

**К.В. Воронін,
Т.О. Лоскутова,
Бен Саада Нахла**

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ВАГІТНИХ ІЗ ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

*Дніпропетровська державна медична академія
кафедра акушерства та гінекології
(зав. – д.мед.н., проф. В.О.Потанов)*

Ключові слова: вагітність,
гіпертензивні порушення,
пreeклampsія, акушерські
ускладнення

Key words: pregnancy, hypertensive
disorders, preeclampsia, obstetric
complications

Резюме. Изучены особенности течения беременности, родов и послеродового периода у беременных с гипертензивными нарушениями. Установлено, что наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии (заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек, желудочно-кишечного тракта, ожирения) является неблагоприятным фоном, на котором во время беременности проявляются гипертензивные расстройства и которыеотягощают ее течение. Установлено наличие повторных самоабортов до 10%, невынашивания беременности, бесплодия до 11% у беременных с гипертензивными нарушениями. Выяснено, что гипертензивные нарушения при беременности, особенно преэклампсия средней и тяжелой степени, являются причиной развития таких акушерских осложнений, как преждевременная отслойка плаценты (до 15%), антенатальная гибель плода, ранняя неонатальная смертность, дистресс плода, формируют внутриутробную задержку развития плода, увеличивают количество кесаревых сечений (до 87%) и досрочного родоразрешения (до 78,3%).

Summary. The peculiarities of pregnancy, childbirth and the postpartum period in pregnant women with hypertensive disorders were investigated. It was established that the presence of concomitant extragenital pathology (diseases of the cardiovascular system, kidneys, gastrointestinal tract and obesity) is an unfavorable background, hypertensive disorders during pregnancy occur on it. The presence of repeated abortions up to 10%, miscarriage, infertility up to 11% in pregnant women with hypertensive disorders was detected. It was found that hypertensive disorders in pregnancy, especially moderate and severe preeclampsia, is a cause of obstetric complications such as premature placental abruption (15%), antenatal fetal death, early neonatal death, fetal distress, form intrauterine fetus growth retardation, increase the number of caesarean sections (up to 87%) and premature delivery (up to 78,3%).

Проблема гіпертензивних порушень при вагітності залишається актуальною, що пов'язано не тільки з частотою даного ускладнення вагітності, а й з тими ускладненнями для матері та дитини, які спостерігаються при даній патології [1,2,7-9]. За даними статистики, пreeклampsія виявляється у 18-22% вагітних, а у спеціалізованих стаціонарах високого ризику у 28-30% [7,8]. Хоча етіологія пreeклampsії залишається відкритим питанням [1,2,9], важливими ініціюючими факторами вважаються недостатня плацентарна інвазія, а також порушення диференціювання трофобласта та перебудова судин плацентарного ложа. Дисфункція ендотеліальних клітин при пreeклampsії може бути результатом дії різних факторів: порушення кровотоку, гіпоксії, продуктів перекисного окиснення ліпідів — вільних радикалів й атомарного кисню, інших

субстанцій. На думку О.Д. Макацарія, В.О. Біцадзе (2008) [6], якщо вважати тромбофілію постійно персистуючим фактором у жінок із генетичною тромбофілією або АФС, то початкові її ефекти виглядають як порушення імплантації плідного яйця, недостатня глибина інвазії трофобласта, неповноцінна плацентация і як результат — ендотеліопатія. Дослідження [3,6], що були проведені, показали зв'язок тромбофілії з типово акушерськими ускладненнями, такими як звичні викидні, тяжкі пreeклampsії, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНRP), синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР), антенатальна загибель плода (АЗП). Частота внутрішньоутробної затримки розвитку плода (ЗВРП) при пreeклampsії за останні 30 років зросла з 55 до 67%, в основному, за рахунок

збільшення її виражених форм [8]. Одним із способів припинення несприятливого впливу важкого гестозу на стан матері та плода є передчасне розродження. Частота передчасних пологів при прееклампсії коливається від 50 до 75,5%. Однак виживання дітей не вирішує всіх проблем, оскільки термін вагітності при пологах визначає не тільки найближчі, але й віддалені результати розвитку дитини. Недооцінка ступеня тяжкості прееклампсії, а отже, неадекватне лікування і запізниле розродження є провідними причинами материнської смертності при цьому ускладненні вагітності. Це пов'язано з частою розбіжністю наявних клініко-лабораторних та інструментальних даних з істинною тяжкістю патологічних змін в системі мати - плацента - плід, коли на тлі клінічно легкої або середньої тяжкості прееклампсії раптово розвиваються такі важкі ускладнення, як еклампсія, передчасне відшарування плаценти, поліорганна недостатність [4,8].

Метою даного дослідження було вивчення особливостей перебігу вагітності пологів та післяпологового періоду у вагітних із гіпертензивними порушеннями і визначення частоти розвитку акушерських ускладнень при гіпертензивних порушеннях.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для реалізації поставленої мети був проведений ретроспективний аналіз історій пологів (ф 096 / О), обмінних карт (ф 113 / О) та карток розвитку новонароджених (ф 097 / О) за період 2004-2008 рр., які перебували на лікуванні в акушерському відділенні обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова. Критерієм відбору в досліджувану групу була наявність гіпертензивних порушень. Наявність гіпертензивних порушень і ступінь їх тяжкості були визначені з чинним клінічним протоколом із надання акушерсько-гінекологічної допомоги № 676 МОЗ України [5]. Були проаналізовані анамнестичні дані, перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та стан новонароджених. Залежно від ступеня тяжкості гіпертензивних порушень було сформовано 3 групи дослідження. Першу групу склали 99 вагітних із гестаційною артеріальною гіпертензією і прееклампсією легкого ступеня. Другу групу - 118 вагітних із прееклампсією середнього ступеня. Третю групу - 23 вагітні з прееклампсією тяжкого ступеня. Група контролю (К) була сформована з 60 вагітних без гіпертензивних порушень. На кожен клінічний випадок заповнювалася спеціально розроблена карта. Статистичну обробку отриманих даних проводили на комп'ютері з використанням стан-

дартних програм Windows Vista: Microsoft Excel 2007 і програми "Biostat». При множинному порівнянні величин вираховували критерій достовірності Ньюмена-Кейлса. Відмінності між показниками вважали достовірними при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За віком вагітні в групах достовірно не відрізнялися. Середній вік в I групі склав $26,26 \pm 0,65$ року, у II групі - $27,09 \pm 0,6$ року, в III - $26,09 \pm 1,2$ року, в контрольній групі - $26,14 \pm 1,12$ ($p > 0,05$). Кількість першо-і повторюючих у групах також на відрізнялася ($p < 0,05$). Дані пологи були першими у 68 (68,7%) жінок першої групи, 67 (56,8%) жінок другої групи, 14 (60,9%) - третьої групи (К = 34 (56,6%)). При аналізі перебігу вагітності було встановлено, що загроза переривання цієї вагітності достовірно частіше ($p < 0,05$) зустрічалася в досліджуваних групах, ніж у контролі, і становила $41,4 \pm 0,05\%$, $31,4 \pm 0,04\%$, $30,4 \pm 0,09$ і $26,7 \pm 0,06\%$ відповідно. Токсикоз першої половини вагітності найбільш часто зустрічався в 3 групі ($34,8 \pm 0,09\%$), у порівнянні з контрольною ($30 \pm 0,06\%$), першою ($28,3 \pm 0,04\%$) і другою ($25 \pm 0,04\%$) групами ($p < 0,05$). При аналізі супутньої екстрагенітальної патології звертає на себе увагу висока питома вага супутніх захворювань серцево - судинної системи (пороки серця, вегето - судинна дистонія за гіпертонічним типом, гіпертонічна хвороба), сечовидільної системи у жінок з гіпертензивними порушеннями при вагітності, особливо при розвитку у них прееклампсії середнього та тяжкого ступеня. Порушення обмінних процесів, які реалізуються у вигляді захворювань шлунково-кишкового тракту, ожиріння також є тим несприятливим тлом, на якому при вагітності проявляються гіпертензивні порушення (табл. 1).

При дослідженні менструальної і репродуктивної функції відзначалася висока частота невиношування вагітності, безпліддя у вагітних досліджуваних груп. Висока частота повторних самоабортів, до 10%, при прееклампсії середнього та тяжкого ступеня, тривалого безпліддя 8, 11 і 8,7% в I, II, та III групах відповідно, може свідчити про наявні у цих жінок тромбофілічні порушення, які при даній вагітності проявилися у вигляді тяжких гіпертензивних розладів. Акушерський анамнез був вірогідно більш часто ускладнений передчасними пологами: в I групі у 5 ($5 \pm 0,02\%$), у II групі - у 8 ($6,8 \pm 0,02\%$), в III групі у 3 ($13 \pm 0,07\%$) жінок, ніж у контрольній групі - 1 ($3,3 \pm 0,01\%$) ($p < 0,05$). Пізній гестоз при попередній вагітності зустрічався у $3,4 \pm 0,01\%$ вагітних із прееклампсією середнього ступеня і $4,3 \pm 0,04\%$ з прееклампсією тяжкого

ступеня. У вагітних контрольної та першої груп дане ускладнення не спостерігалось. За даними літератури [6], у жінок із рецидивними гестозами тромбофілія виявляється у 96% випадків, що дозволяє припустити провідну роль тромбофілічних порушень у патогенезі прееклампсії. Антенатальну загибель плода в анамнезі мали $2 \pm 0,01\%$ жінок I групи, $1,7 \pm 0,01\%$ другої групи і $4,3 \pm 0,04\%$ третьої групи, в контрольній групі не спостерігалось. Затримку внутрішньоутробного

розвитку плоду в анамнезі мали $6 (6 \pm 0,02\%)$ жінок I групи, $13 (11 \pm 0,03\%)$ жінок II групи та $3 (13 \pm 0,07\%)$ жінки III групи ($K = 0$). Оскільки причиною загибелі плода, затримки його внутрішньоутробного розвитку може бути тромбоз судин трофобласта і плаценти, дослідження системи гемостазу та діагностика тромбофілічних порушень має виключне значення для діагностики та профілактики можливих ускладнень під час наступної вагітності.

Таблиця 1

Характеристика супутньої екстрагенітальної патології у вагітних груп дослідження

Захворювання	I (n=99)		II (n=118)		III (n=23)		Контроль (n=60)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Захворювання легень	5	$5 \pm 0,02$	9	$7,6 \pm 0,02$	1	$4,3 \pm 0,04$	4	$6,7 \pm 0,03$
Серцево-судинні захворювання	7	$7 \pm 0,2$	14	$11,9 \pm 0,03^*$	3	$13 \pm 0,07^*$	4	$6,7 \pm 0,03$
Захворювання ЖКТ	12	$12,1 \pm 0,03$	15	$12,7 \pm 0,03$	4	$17,4^* \pm 0,07$	8	$13,3 \pm 0,04$
Захворювання нирок і сечового міхура	21	$21 \pm 21 \pm 0,04^*$	32	$27,1 \pm 0,04^*$	6	$26 \pm 0,09^*$	12	$20 \pm 0,05$
Ожиріння	28	$28,3 \pm 0,04^*$	38	$32,2 \pm 0,04^*$	10	$43,3 \pm 0,1^*$	6	$10 \pm 0,03$
Варикозна хвороба	3	$3 \pm 0,01^*$	4	$4 \pm 0,01^*$	2	$8,7 \pm 0,05^*$	-	-

Примітка: $p < 0,05$ * достовірні відмінності з показниками контрольної групи

Аналіз пологів виявив наявні відмінності в термінах гестації серед вагітних досліджуваних груп. Гестаційний вік у другій і третій групі був достовірно менше ($p < 0,05$), ніж у контрольній $38,38 \pm 0,19$ тижня. Середній термін гестації в I групі склав $37,7 \pm 0,3$ тижня ($p > 0,05$), у II групі $35,16 \pm 0,3$ тижня, в третій $33,52 \pm 0,8$ тижня. Дані відмінності пов'язані з необхідністю дострокового розродження у II та III групах у зв'язку з наростанням тяжкості прееклампсії, відсутністю ефекту від лікування, погіршенням стану плода. Були відзначені відмінності в способах розродження і показаннях до оперативного розродження. Основним способом розродження в контрольній групі були пологи через природні

родові шляхи, вони склали 90%, інші жінки були розроджені оперативним шляхом за акушерськими показаннями. В I групі консервативне розродження мало місце у 78 (78,78%), у II у 41 (34,74%), в III групі у 3 (13,04%) жінок ($p < 0,05$). З наростанням тяжкості прееклампсії відповідно наростала і кількість кесаревих розтинів (таблиця 2). Високий відсоток кесаревих розтинів у II та III групах був пов'язаний з відсутністю умов для дбайливого і швидкого розродження через природні родові шляхи. Екстрений кесарів розтин при прогресуючому відшаруванні плаценти було зроблено у 2 (9,522%) жінок I групи, 10 (12,9%) II групи і 3 (15%) III групи.

Таблиця 2

Показання до оперативного розродження в досліджуваних групах

Показання	Групи					
	I (n=21)		II (n=77)		III (n=20)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Наростання тяжкості при відсутності умов для розродження через природні родові шляхи	4	$19,04^{*,**}$	46	$59,7^{**}$	13	65
Погіршення стану плода (ЗВУР, дистрес)	4	19,04	11	$14,3^{**}$	4	20
Передчасне відшарування плаценти	2	9,52*	10	12,9	3	15
Поспання прееклампсії і тривалого безпліддя	5	23,8*	6	7,79	-	-
Прееклампсія і багатоплідність	-	-	3	3,9	-	-
Прееклампсія і рубець на матці	-	-	1	1,29	-	-
Інші	6	28,6	-	-	-	-

Примітка: * - $p < 0,05$ - достовірні відмінності з показниками II групи, ** - $p < 0,05$ - достовірні відмінності з показниками III групи

З вищевикладеного випливає, що наявність гіпертензивних порушень при вагітності веде до прогресивного погіршення стану вагітної та / або погіршення стану плода, що і вимагає розродження. Розродження проводилося під регіонарною анестезією у 75% вагітних із гіпертензивними порушеннями. Лише вагітним із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти був проведений ендотрахеальний наркоз. Це підтверджує, що регіонарні методи знеболювання патогенетично обґрунтовані і є пріоритетним методом знеболювання при гіпертензивних розладах.

Аналіз результатів пологів показав, що в I групі народилося живими 96 (96,9%) немовлят, спостерігалися 2 випадки антенатальної загибелі плодів та 1 випадок інтранатальної загибелі внаслідок тяжкої інтранатальної асфіксії. У II групі живими народилося 113 (96%) немовлят, 5 випадків антенатальної загибелі плода при середньому терміні гестації $34,4 \pm 0,8$ тижня. У III

групі 22 (95,6%) живих новонароджених, один випадок ранньої неонатальної смерті (PHC) внаслідок гострої важкої асфіксії при передчасному відшаруванні плаценти. У контрольній групі народилося 100% живих дітей. Порівнюючи середні фетометричні показники новонароджених у досліджуваних групах, ми виявили, що маса і ріст дітей, народжених від матерів із гіпертензивними порушеннями, достовірно менше від показників контрольної групи і прогресивно зменшуються зі збільшенням ступеня тяжкості прееклампсії ($p < 0,05$) (таблиця 3). Це пов'язано з формуванням синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку плоду у вагітних із гіпертензивними розладами. ЗВРП в I групі була відзначена в 44,4% випадків, у II групі в 47,5%, в III групі в 60,9% випадків. Оцінка за шкалою Апгар на 1-й і 5-й хвилини була достовірно нижче в групі з прееклампсією середнього та тяжкого ступеня, ніж у контрольній групі ($p < 0,05$).

Таблиця 3

Показники стану новонароджених

Показник	Групи			
	I (n=99)	II (n=118)	III (n=23)	Контроль (n=60)
Строк гестації, тижнів	37,7 ± 0,3	35,16 ± 0,3	33,52 ± 0,8	38,38 ± 0,19
Маса тіла, г	2829±65,4*	2386±77*,1	1940±160*,1,2	3300±65,3
Ріст, см	50,38±0,4	46,62±0,7*,1	44,39±1,3*,1	52,83±0,4
Оцінка за шкалою Апгар на 1-й хвилині	6,3±0,26	5,8±0,17*	5,4±0,4*	7,07±0,05
Оцінка за шкалою Апгар на 5-й хвилині	7,4±0,25	6,9±0,17*	6,6±0,4*	8,03±0,06
Народилось живими	96	113	22	60
Антенатальна загибель плода, абс. (%)	2 (2%)	5 (4,2%)	0	0
Інтранатальна загибель плода, абс. (%)	1 (1%)	0	1	0
PHC, абс. (%)	1 (1%)	5 (4,2%)	2 (8,7%)	0

Примітки: *-р <0,05 - достовірні відмінності з показниками контрольної групи; 1-р <0,05 - достовірні відмінності з показниками I групи; 2-р <0,05 - достовірні відмінності з показниками II групи

Кількість передчасних пологів зі збільшенням ступеня тяжкості прееклампсії вірогідно збільшилась ($p < 0,05$). При гестаційній артеріальній гіпертензії передчасні пологи відзначалися у 15,2% пацієнток, при прееклампсії середнього ступеня у 56,8%, при прееклампсії тяжкого ступеня у 78,3%. Таким чином, наростання тяжкості прееклампсії призвело до передчасного розродження за життєвими показаннями з боку матері та зумовило народження недоношених дітей. Несприятливі постнатальні результати в основному пов'язані з народженням дітей з морфофункціональною незрілістю. У II групі 5

(4,4%) випадків ранньої неонатальної смертності з середнім терміном гестації $30,5 \pm 0,6$ тижня, в III 2 (9%) випадків із середнім терміном гестації $32 \pm 0,1$ тижня.

15 (15,7%) новонароджених першої групи мали потребу в лікуванні у відділенні реанімації та інтенсивної терапії, із них недоношених 7, у другій групі 43 (38%) новонароджених зажадали проведення інтенсивної терапії, з них 39 недоношених і в третій групі 14 (63,6%), всі недоношені (таблиця 4). 13,5, 37,2 і 59,1% новонароджених I, II, III груп відповідно були переведені на другий етап виходжування. У зв'язку з

тим, що основна маса пологів у другій та третій групах була передчасними, частота синдрому дихальних розладів і реалізація внутрішньоутробної інфекції у новонароджених даних груп була достовірно вище, ніж у першій групі ($p < 0,05$). З усього вищевикладеного випливає, що важкий стан новонароджених від матерів із

гіпертензивними розладами в першу чергу зумовлений глибокою недоношеністю.

Таким чином, наявність гіпертензивних розладів під час вагітності, особливо тяжких форм, супроводжується збільшенням кількості акушерських і перинатальних ускладнень.

Таблиця 4

Стан здоров'я новонароджених, народжених від матерів різних клінічних груп

Показник	Групи			
	I (n=96)	II (n=113)	III (n=22)	Контроль (n=60)
Виписано, абс., (%)	82 (85,4)*	66 (58,4)*,1	7 (31,8)* 1,2	60 (100)
Необхідність лікування у відділенні інтенсивної терапії	15 (15,7%)	43 (38)	14 (63,6) 1,2	0
із них недоношених, %	46,7	90,7	100	
Затримка внутрішньоутробного розвитку плода, абс., %	44 (44,4)	56 (47,5)	14 (60,9) 1,2	0
Синдром дихальних розладів, абс., %	8 (8,3)	27 (23,9) 1	11 (50) 1,2	0
Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, абс., %	13 (13,5)	39 (34,5) 1	11 (50) 1,2	0

Примітка: * - $p < 0,05$ - достовірні відмінності з показниками контрольної групи; 1- $p < 0,05$ - достовірні відмінності з показниками I групи; 2- $p < 0,05$ - достовірні відмінності з показниками II групи

ВИСНОВКИ

1. Наявність супутньої екстрагенітальної патології (захворювань серцево-судинної системи, нирок, шлунково-кишкового тракту, ожиріння) є тим несприятливим тлом, на якому під час вагітності виявляються гіпертензивні розлади і які обтяжують її перебіг.

2. Наявність повторних самоабортів до 10%, невиношування вагітності, безпліддя до 11% вимагають обстеження вагітних на наявність генетичних і набутих дефектів гемостазу, для того щоб запобігти і / або понизити вірогідність розвитку акушерських ускладнень.

3. Гіпертензивні розлади при вагітності, особливо прееклампсія середнього та тяжкого ступеня, є причиною розвитку таких акушерських ускладнень, як передчасне відшарування плаценти (до 15%), антенатальна загибель плода, рання неонатальна смертність, тривала внутрішньоутробна гіпоксія, формування внутрішньоутробної затримки розвитку плода.

4. Наявність гіпертензивних розладів веде до прогресуючого погіршення стану матері і/або плода, що збільшує кількість кесаревих розтинів (до 87%) та дострокового розродження (до 78,3%).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К., Мостовая Е.В. Гестоз: теория и практика.- М.: МЕДпресс-информ, 2008.- 272 с.
2. Венцківський Б.М., Запорожан В.М., Сенчук А.Я. Гестози вагітних: Навч. посібник.-К.: Аконті, 2002. – 112 с.
3. Запорожан В.М., Лінніков В.І. Набуті та генетичні форми тромбофілій у патогенезі акушерської патології // Інтегративна антропология.-2006.-№2 (8).-С. 3-7.
4. Оценка степени тяжести гестоза (по данным литературы) / Сидорова И.С., Билявская О.С., Никитина Н.А., Шеманаева Т.В. // Акушерство и гинекология.-2008.-№3.-С. 40-43.
5. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги: Наказ МОЗ України №676.

6. Профилактика повторных осложнений беременности в условиях тромбофилии: Руководство для врачей / Под ред. Макацария А.Д., Бицадзе В.О.-М.: Триада-Х, 2008.-152 с.
7. Сидорова И.С., Габибов А.Г., Никитина Н.А. Новые данные о генезе гестоза и оценке степени его тяжести // Акушерство и гинекология.-2006.-№6.-С. 10-15.
8. Шалина Р.И. Гестоз. Современное состояние вопроса // Акушерство и гинекология.-2007.-№5.-С. 27-32.
9. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP – синдром. – Петрозаводск.: ИнтелТек, 2002.-432 с.

