

Клініко-статистичні особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з хронічною артеріальною гіпертензією

Н.І. Мушак

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Мета дослідження: встановлення особливостей гестаційного процесу, пологів та стану новонароджених у пацієнок із хронічною артеріальною гіпертензією (ХАГ) в умовах ендемічного йодного дефіциту.

Матеріали та методи. З метою визначення частоти різної патології вагітності у жінок із ХАГ в анамнезі, виявлення клінічних паралелей у перебігу вагітності та пологів різних патогенетичних груп, а також прогнозування перебігу вагітності та пологів у цих пацієнок був проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз вагітності і пологів за останні 6 років (2011–2016 рр.) у 236 вагітних із ХАГ, які народжували у міському пологовому будинку м. Ужгород. Отримані дані оброблені статистичним методом за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel.

Результати. Перебіг вагітності і пологів на тлі ХАГ був ускладнений загрозою переривання вагітності, розвитку прееклампсії, хронічною плацентарною недостатністю, дистресом плода, несвоєчасним виливом навколоплідної рідини, що зумовило високу частоту розродження шляхом кесарева розтину, використання акушерських щипців, епізіо- та перинеотомій. Відзначено великий відсоток пологового травматизму та незадовільного стану плода при народженні.

Заключення. Використовувані загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи недостатньо ефективні, що є переконливою підставою для розроблення нового підходу до зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок із хронічною артеріальною гіпертензією, а їхнє попередження є актуальною проблемою сучасного акушерства.

Ключові слова: структура захворюваності, хронічна артеріальна гіпертензія, акушерські і перинатальні ускладнення.

За висновками досліджень зарубіжних вчених, близько 30% вагітних у світі страждають від гіпертензивних порушень під час вагітності [5, 6]. Дана патологія включає прееклампсію, еклампсію, гестаційну гіпертензію та хронічну гіпертензію [6]. Артеріальна гіпертензія (АГ) у вагітних і досі залишається однією з основних причин передчасного розродження, інвалідизації жінок, материнської смертності, а також перинатальної захворюваності та смертності [1, 2, 7]. Так, за даними ВООЗ, з АГ пов'язано 20–33% випадків у структурі материнської смертності [3, 4].

Гіпертензивні ускладнення під час вагітності становлять значний відсоток ускладнень як акушерських, так і пренатальних. На ризик виникнення і розвитку патологічних станів, пов'язаних з АГ, значно впливає навколишнє середовище, зокрема дефіцит низки мікроелементів. Установлено, що у пацієнтів із гіпертонічною хворобою спостерігається дисфункція гіпофізарно-тиреїдної системи, яка проявляється у зниженні секреції ранкового рівня гормонів щитоподібною залозою (ЩЗ), прогресує залежно від стадії гіпертонічної хвороби, разом з тим, як зі зростанням ТТГ при II та

III стадіях знижується рівень йодурії. Виявлена дисфункція ЩЗ може збільшувати ризик розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих на АГ.

У більшості людей світу споживання йоду є недостатнім, медіана йодурії менше 100 мкг/л спостерігається майже у 2 млрд осіб, з них 285,4 млн – діти шкільного віку, що становить 36,5% від загальної кількості (Iodine status worldwide, WHO, 2004) [8]. В Україні на ендемічних щодо йодної недостатності територіях сьогодні проживають 14,6 млн осіб, дефіцит йоду відзначають у 70 % населення України [9].

Проблема захворювань, спричинених нестачею йоду в докільці, є однією з найактуальніших у сучасній тиреїдології. Захворювання ЩЗ – найпоширеніша ендокринна патологія, а найуразливішими для хронічної йодної недостатності є вагітні і діти. Нормальний перебіг вагітності значною мірою визначається станом функції ЩЗ. Відомо, що вагітність навіть за умов нормального надходження йоду призводить до ендогенно зумовленої йодної недостатності. Очевидно, що в йододефіцитних регіонах вона проявляється частіше й у більш виражених формах. Літературні дані засвідчують, що у жінок, які тривало проживають у регіонах із нестачею йоду, вагітність часто супроводжується розвитком зоба і порушеннями тиреїдної функції, здебільшого субклінічним гіпотиреозом [10, 11].

Відомо, що йодна недостатність вважається зв'язуючою ланкою між тиреїдними порушеннями у матері і плода. У вагітних навіть за відсутності тиреїдної патології відзначається зниження забезпечення йодом. Цей стан посилюється протягом другої половини гестації, коли частина материнського запасу неорганічного йоду витрачається на фетоплацентарний комплекс для забезпечення продукції тиреїдних гормонів плода. Вагітність за відсутності лікувальної програми компенсації підвищеної потреби в йоді призводить до стану відносного його дефіциту [14, 15].

Це дослідження є частиною комплексного дослідження впливу зобогених факторів на частоту акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних з хронічною АГ (ХАГ).

Мета дослідження: встановлення особливостей гестаційного процесу, пологів та стану новонароджених у пацієнок із ХАГ в умовах ендемічного йодного дефіциту.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З метою визначення частоти різної патології вагітності у жінок із ХАГ в анамнезі, виявлення клінічних паралелей у перебігу вагітності та пологів різних патогенетичних груп, а також прогнозування перебігу вагітності та пологів у цих пацієнок був проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз вагітності і пологів за останні 6 років (2011–2016 рр.) у 236 вагітних із ХАГ, які народжували у міському пологовому будинку м. Ужгород.

Отримані дані оброблені статистичним методом за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel.

Ускладнення гестації у вагітних із ХАГ (абс. число, %)

Ускладнення	Абс. число	%
Бактеріальний вагіноз	57	24,2
Загроза переривання у першій половині вагітності	49	20,7
Загроза переривання у другій половині вагітності	82	34,7
Гестаційна анемія	56	23,7
Гестаційний пієлонефрит	62	26,3
Прееклампсія	87	36,8
Плацентарна дисфункція	91	38,5
ЗРП	45	19,1
Дистрес плода	9	3,8

Таблиця 2

Перебіг пологів у вагітних із ХАГ (абс. число, %)

Ускладнення	Абс. число	%
Передчасні пологи	21	8,9
Передчасний розрив плодових оболонок	156	66,1
Дистрес плода у пологах	43	18,2
Кесарів розтин	77	32,6
Застосування акушерських щипців	4	1,7
Епізіотомія	21	8,9
Перинеотомія	4	1,7
Розриви шийки матки	10	4,2
Розриви промежини	5	2,1
Ручне обстеження стінок порожнини матки	19	8,1

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті ретроспективного дослідження було визначено, що частота вагітностей та пологів у жінок із ХАГ, за даними міського клінічного пологового будинку м. Ужгорода, становить 1,02%.

Кількість жінок, які народжували вперше, серед вагітних із ХАГ дорівнювала 205 (86,9%), а жінок, які народжували повторно, – 31 (13,1%). Отже, ХАГ спостерігалась у 6,6 рази частіше у жінок, які народжували вперше.

Установлено, що середній вік вагітних із ХАГ дорівнював $31,1 \pm 2,3$ року. Кількість жінок, які народжували після 30 років вперше, становила 232 особи (98,3%), жінок до 18 років – 4 (1,7%). Розподіл вагітних згідно з їхнім місцем постійного проживання, тобто належності до певної біогеохімічної зони, виявив, що із 236 вагітних 89 (37,7%) мешкали на рівнині, 92 вагітні (38,9%) – у передгір'ї, 55 вагітних (23,3%) – у гірській зоні.

У вагітних із ХАГ відзначали високу частоту перенесених дитячих інфекційних хвороб (16,9%), патології ПЦЗ (37,3%), вегетосудинної дистонії (14,8%), захворювань нирок (11,9%), ожиріння (15,7%). Із даних соматичного анамнезу було з'ясовано переважання інфекційного індексу, який проявлявся частими інфекціями у дитинстві, ангінами та хронічним тонзилітом. Усі інші варіанти соматичної патології фіксували у поодиноких випадках.

Обтяжений гінекологічний анамнез виявили у 225 вагітних із ХАГ, що становило 95,3% випадків. Анамнестичні дані дозволили з'ясувати, що у 36,9% випадків спостерігалось порушення менструального циклу, яке проявлялося подовженням менструального циклу або затримками від 3 до 6 міс за типом олігоменореї. Вагітні із ХАГ мали: проблеми з нейроендокринною системою, які зумовили порушення менструальної функції, мимовільні викидні (13,1%), лейоміому матки (6,7%),

ендометріоз (2,9%), майже у кожному четвертому випадку – перенесені запальні захворювання статевих органів (22,9%).

Виявлені ускладнення перебігу даної вагітності представлені у табл. 1.

Клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності та пологів у жінок із ХАГ дозволив виявити високу частоту наступної акушерської патології:

- бактеріального вагінозу, який спостерігався майже у кожному четвертому випадку, – 24,2%;
- загрози переривання як у першій, так і другій половині вагітності – 20,7% та 34,7% відповідно;
- гестаційної анемії вагітних – 23,7%;
- гестаційного пієлонефриту – 26,3%;
- прееклампсії – 36,8%;
- плацентарної дисфункції – 38,4%;
- синдрому ЗРП – 19,1%;
- дистресу плода в антенатальний період – 3,8%.

Найбільш частим ускладненням вагітності у цих жінок були загроза переривання вагітності, прееклампсія, плацентарна дисфункція та ЗРП, що співпадає з даними сучасної літератури [3].

Наявність загрози переривання вагітності найчастіше відзначали у жінок, які народжують уперше, у II та III триместрах вагітності. У вагітних, які народжують повторно, частота цього ускладнення за триместрами не відрізнялась. Під час аналізу клінічного перебігу загрози переривання вагітності було встановлено, що особливістю її перебігу у I триместрі є висока частота кровомазання, а у II триместрі – наявність больового синдрому. Особливістю раннього гестозу був затяжний його перебіг – до 14–16 тиж вагітності.

При цьому спостерігався ланцюжок за термінами розвитку: загострення ХАГ (22–24 тиж) – прееклампсія (24–26 тиж) – анемія вагітних (26–28 тиж) – плацентарна недостатність

(26–28 тиж) – ЗРП (28–30 тиж). Так, гіпертензивні розлади під час вагітності на тлі ХАГ встановлені у 36,8% випадків і характеризувалися преєклампсією легкого та середнього ступеня, яка спостерігалася з 24–26 тиж вагітності. Виявлена висока частота плацентарної дисфункції та ЗРП співпадає з даними сучасної наукової літератури [2, 5, 6].

Ускладнення під час розродження вагітних із ХАГ цілком залежали від рівня перенесеної акушерської патології під час вагітності (табл. 2).

Під час аналізу перебігу пологів у 66,1% випадків (156 вагітних) було встановлено передчасний розрив плодових оболонок. Через природні пологові шляхи пологи закінчилися у 159 жінок, що становило 67,4% випадків, шляхом операції кесарева розтину – у 77 жінок, що становило 32,6%. Показанням до проведення операції кесарева розтину були:

- тяжка преєклампсія на тлі ХАГ – у 25 вагітних, що становило 10,6% випадків;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – у 9 вагітних, що становило 3,8% випадків;
- дистрес плода – у 43 вагітних, що становило 18,2% випадків.

Вихідні акушерські щипці були накладені у 1,7% випадків (4 жінки).

У головному передлежанні відбулися пологи у 225 жінок, що становило 95,4% випадків, у тазовому передлежанні – в 11 жінок, що становило 4,6% випадків. У 21 жінки, що становило 8,9% випадків, при прорізуванні голівки плода була виконана епізіотомія. Показанням к проведенню даної операції була загроза розриву промежини, накладання вихідних акушерських щипців, гострий дистрес плода. Перевага частоти епізіотомії над перинеотомією зумовлена пріоритетом (8,9% проти 1,7% відповідно). Пологовий травматизм у матері спостерігався у 15 випадках, що становило 6,4%. Розриви промежини (переважно першого ступеня) фіксували у 5 жінок, що становило 2,1% випадків, розриви шийки матки – у 10 жінок (4,2% випадків).

У 19 жінок, що становило 8,1% випадків, проводили ручне обстеження стінок порожнини матки. Показаннями до цього втручання були інтимне прикріплення плаценти, дефект дольки посліду, атонічна кровотеча, контрольне обстеження стінок порожнини матки після використання акушерських щипців. Загальна крововтрата під час пологів становила 345 ± 84 мл, під час операції кесарева розтину – 793 ± 65 мл.

Післяпологовий період у 206 жінок, що становило 87,3% випадків, перебігав без ускладнень. У 30 жінок, що становило 12,7% випадків, спостерігалися наступні ускладнення пурперального періоду: субінволюція матки – у 17 (7,2%) жінок, метроендометрит – у 9 (3,8%), часткове розходження швів на промежині – у 4 (1,7%).

Народилися 234 живі дитини, 2 пологів закінчилися інтранатальною загибеллю плодів (20%). Причиною смерті була тяжка плацентарна недостатність. Середня маса тіла но-

новароджених становила $3225,7 \pm 153,9$ г, середній зріст – $50,9 \pm 1,8$ см. У задовільному стані народилися 202 дитини, що становило 86,5% випадків. У стані асфіксії народилися 32 дитини, що становило 13,7% випадків: легку асфіксію реєстрували у 18 новонароджених (7,7% випадків), середньої тяжкості – у 10 новонароджених (4,3% випадків), тяжкий стан – у 4 новонароджених (1,7% випадків). У ранній неонатальний період діагностували синдром пригнічення ЦНС у 21 новонародженого, що становило 8,9% випадків, аспіраційний синдром – у 13 новонароджених, що становило 5,6% випадків.

Отже, результати ретроспективного дослідження перебігу вагітності та пологів у жінок із ХАГ засвідчили, що частота ХАГ в анамнезі під час вагітності, за даними міського клінічного пологового будинку м. Ужгорода, становить 1,24%.

На підставі проведеного клініко-статистичного аналізу були виявлені наступні фактори ризику виникнення ускладнень вагітності на тлі ХАГ:

- екстрагенітальні та ендокринні захворювання (вегетосудинна дистонія, ожиріння, гіпертонічна хвороба, захворювання ЩЗ);
- надмірне нервово-психічне напруження;
- негативні емоції;
- часті гострі та хронічні інфекційні порушення менструальної функції;
- запальні захворювання жіночих статевих органів;
- мимовільні аборти та безплідність в анамнезі.

Треба відзначити, що визначення факторів ризику розвитку ускладнень вагітності у жінок із ХАГ зумовлює створення груп вагітних високого ризику розвитку преєклампсії. Це є базою для зниження частоти материнської і перинатальної захворюваності і смертності.

ВИСНОВКИ

Перебіг вагітності і пологів на тлі хронічної артеріальної гіпертензії (ХАГ) був ускладнений загрозою переривання вагітності, розвитку преєклампсії, хронічної плацентарної недостатності, дистресом плода, несвоечасним виливом навколоплідної рідини, що зумовило високу частоту розродження шляхом кесарева розтину, використання акушерських щипців, епізіо- та перинеотомії. Відзначено великий відсоток пологового травматизму та незадовільного стану плода при народженні.

Отже, наявність ХАГ під час вагітності призводить до значного зростання числа акушерських та перинатальних ускладнень з боку матері та плода, саме для цих жінок характерний найбільш високий рівень розвитку преєклампсії. Використовувати загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи недостатньо ефективні, що є переконливою підставою для розроблення нового підходу до зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок із ХАГ, а їх попередження є актуальною проблемою сучасного акушерства.

Полученные данные обработаны статистическим методом с помощью компьютерной программы Microsoft Excel.

Результаты. Течение беременности и родов на фоне ХАГ был осложнен угрозой прерывания беременности, развития преєклампсии, хронической плацентарной недостаточностью, дистресом плода, несвоевременным излиянием околоплодной жидкости, что обусловило высокую частоту родоразрешения путем кесарева сечения, использование акушерских щипцов, эпизио- и перинеотомий. Отмечен большой процент родового травматизма и неудовлетворительного состояния плода при рождении.

Заключение. Используемые общепринятые лечебно-профилактические мероприятия недостаточно эффективны, что является убедительным основанием для разработки нового подхода к снижению частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин с хронической артериальной гипертензией, а их предупреждение является актуальной проблемой современного акушерства.

Ключевые слова: структура заболеваемости, хроническая артериальная гипертензия, акушерские и перинатальные осложнения.

Клинико-статистические особенности течения беременности и родов у женщин с хронической артериальной гипертензией

Н.И. Мушак

Цель исследования: установление особенностей гестационного процесса, родов и состояния новорожденных у пациенток с хронической артериальной гипертензией (ХАГ) в условиях эндемического йодного дефицита.

Материалы и методы. С целью определения частоты различной патологии беременности у женщин с ХАГ в анамнезе, выявления клинических параллелей в ходе беременности и родов различных патогенетических групп, а также прогнозирования течения беременности и родов у этих пациенток был проведен ретроспективный клинико-статистический анализ беременности и родов за последние 6 лет (2011–2016 гг.) у 236 беременных с ХАГ, которые рожали в городском родильном доме г. Ужгород.

Clinical and statistical features of prevalence of pregnancy and sickness in women with chronic arterial hypertension
N.I. Mushak

The objective: the establishment of features of the gestational process, delivery and the state of newborns in patients with chronic arterial hypertension (CAG) under conditions of endemic iodine deficiency.

Materials and methods. In order to determine the frequency of various pregnancy pathologies in women with CAG in the anamnesis, to identify clinical parallels during pregnancy and childbirth of various pathogenetic groups, and to predict the course of pregnancy and childbirth, these patients had a retrospective clinical and statistical analysis of pregnancy and childbirth for the last 6 years (2011-2016) in 236 pregnant women with CAG who gave birth in the city maternity hospital in Uzhhorod.

The received data were processed by statistical method using the computer program Microsoft Excel.

Results. The course of pregnancy and childbirth on the background of the CAG was complicated by the threat of abortion, the development of pre-eclampsia, chronic placental insufficiency, fetal distress, untimely outpouring of amniotic fluid, which led to a high rate of delivery by caesarean section, the use of obstetric forceps, episiotomy and perineotomies. A large percentage of birth trauma and unsatisfactory state of the fetus at birth was noted.

Conclusion. The commonly used treatment and prophylactic measures are not effective enough, which is a convincing basis for developing a new approach to reducing the frequency of obstetric and perinatal complications in women with chronic arterial hypertension, and their prevention is an actual problem of modern midwifery.

Key words: structure of morbidity, chronic arterial hypertension, obstetric and perinatal complications.

Сведения об авторе

Мушак Наталия Ивановна – ГБУЗ «Ужгородский национальный университет», 88000, г. Ужгород, пл. Народная, 3; тел.: (050) 671-58-53. E-mail: Cenkler@i.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування гіпертензії: посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. – К., 2008. – 76 с.
2. Косова А.С., Степанова Р.Н., Тарасова Л.П., Смолечкова Н.Н. Идентификация и оценка социально-биологических и анамнестических факторов, ассоциированных с повышением риска развития преэклампсии (ПЭ) // Ученые записки Орловского государственного университета. – Орел, 2014. – № 3 (59). – С. 212–220.
3. Степанова Р.Н., Смолечкова Н.Н., Косова А.С. Ожирение – фактор, ассоциированный с высоким риском реализации преэклампсии, акушерских и пери-неонатальных осложнений беременности (обзор литературы) // Ученые записки Орловского государственного университета. – Орел, 2013. – № 3 (53). – С. 316–322.
4. Кобалава Ж.Д. Артериальная гипертония и ассоциированные расстройства при беременности / Кобалава Ж.Д., Серебрянникова К.Г. // Сердце. – 2012. – № 5. – С. 244–250.
5. Duley L. The global burden of pre-eclampsia and eclampsia. *Seminars in Perinatology*, 2009 Jun; 33(3): 130–137.
6. Steegers EA, vonDadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet*, 2010, 21; 376 (9741): 631–44.
7. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*, 2006 Apr 1; 367(9516):1066–1074.
8. Reference intervals of serum thyroid function tests in a previously iodine-deficient area / H. Vülzke, D. Alte, T. Kohlmann [et al.] // *Thyroid*. – Mar. 2015. – Vol. 15, № 3. – P. 279–285.
9. Паньків В.І. Поширеність патології щитоподібної залози в йододефіцитних районах Західної України / В.І. Паньків // *Ендокринологія*. – 2009. – Т. 11, № 1. – С. 134–137.
10. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Кремнинская В.М. Фундаментальная и клиническая тиреоидология. – М.: Медицина, 2007. – 816 с.
11. Герзанич С.О. Перинатальні аспекти йододефіцитних станів (патогенез, прогнозування, профілактика і лікування ускладнень: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14. 01. 01. «Акушерство та гінекологія» / С.О. Герзанич. – К., 2011. – 34 с.
12. Дашкевич В.Є. Скринінг перинатальних ускладнень в умовах йодного дефіциту / В.Є. Дашкевич, С.О. Герзанич, С.В. Бабенко // *Педіатрія, акушерство та гінекологія*. – 2010. – Т. 72, № 2. – С. 70–73.
13. Zimmermann M.B. Iodine deficiency in pregnancy and the effects of maternal iodine supplementation on the offspring: a review // *Am. J. Clin. Nutr.* – 2009. – Vol. 89, № 2. – P. 668–672.
14. Маланчин І.М. Перебіг раннього неонатального періоду у новонароджених від матерів з преэклампсією / І. М. Маланчин // *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. – 2013. – № 1. – С. 199–201.
15. Glinoe D., Royet J. Gestational hypothyroxinemia and the beneficial effects of early dietary iodine fortification thyroid // *Thyroid*. – 2009. – Vol. 19, № 5. – P. 431–434.

Статья поступила в редакцию 11.12.17