

© Мазченко О.О.

УДК: 618.2-071.1:616.12-008.331.1

Мазченко О.О.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра акушерства і гінекології №2(вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Резюме. Проведено вивчення особливостей акушерсько-гінекологічного анамнезу у вагітних з гіпертензивними розладами, а саме прееклампсією та гіпертонічною хворобою. Досліджено взаємозв'язок обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу у вагітних з виникненням у них дистресу плода.

Ключові слова: прееклампсія вагітних, гіпертонічна хвороба, дистрес плода, ускладнення.

Вступ

Сучасна проблема прогнозування розвитку ускладнень вагітності у вагітних з гіпертензивними розладами остаточно не вирішена і до сьогоднішнього дня.

Основні ускладнення для плода при прееклампсії та гіпертонічній хворобі вагітної пов'язані з недоношеністю та плацентарною недостатністю. При хронічній плацентарній дисфункції та порушенні матково-плацентарного кровотоку розвивається дистрес плода, який призводить до затримки внутрішньоутробного розвитку плода, реєструється низька маса тіла при народженні для даного гестаційного віку (асиметрична та симетрична форма ретардації) [1, 2].

Материнські ускладнення гіпертензивних розладів пов'язані з ускладненнями акушерсько-гінекологічного анамнезу. Частота розвитку дистресу плода зі збільшенням акушерського-гінекологічної патології пропорційно збільшується і становить 5-13,5% випадків на 100 пологів [3, 4].

Наслідками перенесеного дистресу плода у новонароджених є гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, наслідками народження недоношених дітей є дихальні розлади, судомний синдром та дитячий церебральний параліч в майбутньому. Серед таких новонароджених реєструється високий відсоток перинатальної смертності та інвалідизації [5].

Метою нашої роботи було оцінити особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу у вагітних з гіпертензивними розладами та їх взаємозв'язок з виникненням у них дистресу плода.

Матеріали та методи

Під спостереженням перебували 120 вагітних в терміні гестації від 32 до 37 тижнів віком від 20 до 39 років. Вагітні розроджувалися в пологовому відділенні Обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова (м. Вінниця) та відділенні патології вагітних ВМКПБ№ 2. Серед них було 90 жінок з гіпертензивними розладами: 30 вагітних з прееклампсією легкого ступеня важкості, 30 жінок з прееклампсією вагітних середнього ступеня важкості, 30 вагітних з гіпертонічною хворобою I ступеня важкості та 30 здорових вагітних (контрольна група).

З методів дослідження, які використовувались при виконанні даної роботи, були: клінічні, лабораторні (в

тому числі молекулярно-генетичні), інструментальні. Серед клінічних проводили ретельний фізичний огляд, збір репродуктивного та соматичного анамнезів, оцінку перебігу даної вагітності, аналіз ускладнень з боку матері та плода, наслідки пологів та стан новонароджених в ранньому неонатальному періоді. Усім вагітним жінкам проводили комплексне клініко-лабораторне обстеження (розгорнутий загальний аналіз крові з підрахунком кількості тромбоцитів, біохімічний аналіз крові (сечовина, креатинін, загальний білок, білірубін, цукор)), оцінку системи гомеостазу, загальний аналіз сечі, добову втрату білка сечі, бактеріологічний посів сечі та виділень з цервікального каналу та мазок з піхви на ступінь чистоти. Вагітні були оглянуті суміжними спеціалістами: терапевтом, окулістом, кардіологом, невропатологом, нефрологом. Із інструментальних методів обстеження вагітних проводили ультразвукове дослідження плода та доплерометрію матково-плацентарних судин, кардіотокографію плода, біофізичний профіль плода.

Результати. Обговорення

Клінічна характеристика вагітних жінок: перший етап нашого дослідження включав вивчення особливостей перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду і репродуктивного анамнезу у вагітних, які поступили в стаціонар з приводу прееклампсії різного ступеня важкості та з гіпертонічною хворобою I ступеню протягом 2009-2010 років. Серед них I групу склали 30 (33,3%) вагітних з прееклампсією легкого ступеня важкості, II група - 30 (33,3%) вагітних з прееклампсією середнього ступеня важкості, III група - 30 вагітних з гіпертонічною хворобою I стадії (33,3%), IV група - 30 здорових вагітних. У 47 (52,2%) жінок під час вагітності прееклампсія поєднувалась з екстрагенітальною патологією (у 5 (5,5%) - хронічний пієлонефрит в стадії ремісії, у 27 (30%) - ожиріння, у 15 (16,6%) - різні соматичні захворювання (патологія щитовидної залози, серцево-судинної системи та ін.) З них у I групі екстрагенітальна патологія наявна у 20 (22,2%) вагітних, у II групі - у 18 (20%) вагітних, у III групі жінок - у 30 (33,3%) вагітних. Вагітність у 95 (77,7%) жінок закінчилась пологами через природні пологові шляхи. У 25 (22,2%) проводився кесарський розтин. Зі 120 вагітних було жінок, які народжували впер-

ше - 28 (31,1%) та 92 (69,9%) жінки, які народжували повторно. У 5 (5,5%) жінок в анамнезі наявні порушення репродуктивної функції: (непліддя - застосування допоміжних репродуктивних технологій) та в 14 (15,5%) перинатальні втрати при попередніх вагітностях.

Анкетний метод. Проаналізувавши дані анкет вагітних, з'ясували, що багато жінок з досліджуваних груп мали шкідливі звички. Так, у IV-й групі, (здорові вагітні) відсоток жінок, які палили до вагітності становив 3,33%, продовжують палити до 10 цигарок на день - 6,66%, пасивно палять - 10,0%, процент вагітних, які вживали алкоголь до вагітності становив - 3,33%, тобто процент вагітних зі шкідливими звичками становив - 23%.

У I-й групі, (вагітні з преєклампсією легкого ступеню) відсоток жінок, які палили до вагітності склав 10,0%, продовжують палити до 10 цигарок на день - 6,66%, під час вагітності пасивно палять - 10,0% вагітних, процент вагітних, які вживали до вагітності алкогольні напої - 13,33%, тобто процент вагітних зі шкідливими звичками становив 40,0%.

У II групі (вагітні з преєклампсією середнього ступеню важкості) до вагітності палили 13,33%, пасивно палять 30,0%, вживали алкоголь до вагітності - 6,66%. Отже, процент шкідливих звичок у вагітних даної групи склав 50,0%.

У III групі (вагітні з гіпертонічною хворобою I ступеню) до вагітності палили 6,66% (від 10 до 20 цигарок на день), пасивно палять 30,0%, вживали алкоголь до вагітності - 10,0%. Отже, процент шкідливих звичок у вагітних даної групи склав 46,6%. Соматична патологія вагітних I-IV груп представлена в таблиці 1.

Процент вагітних I групи, батьки яких хворіють на гіпертонічну хворобу становив - 35,0%.

У однієї пацієнтки була генетична патологія - атрезія лівого вушного проходу - 3,33%.

Акушерсько-гінекологічна патологія у вагітних I-IV груп представлена в таблиці 2.

У I групі вагітних штучний аборт склав - 3,33%. Перенесені операції: правобічний фімбріолізис - 3,33%, кесарський розтин - 3,33%.

У даній групі процент вагітних, що працювали на комп'ютері - 30,0%, відмітили наявність нервово-психічного напруження - 30,0%, стресу - 30,0%, наявність шкідливих факторів на виробництві - 20,0%.

Процент вагітних II групи, батьки яких хворіють на гіпертонічну хворобу становив - 33,3%.

Вагітних з генетичною патологією не було.

Штучний аборт в II групі склав - 10,0%. Перенесені операції - видалення правої маткової труби - 3,33%.

У даній групі вагітних, що працювали на комп'ютері, не було, але відмітили наявність нервово-психічного напруження - 3,33% вагітних, стресу - 3,33%, наявність шкідливих факторів на виробництві - 10,0%, поганих житлово-побутових умов вдома та екології місця проживання - 3,33%.

У II-й групі у вагітних відмічено таку соматичну пато-

Таблиця 1. Соматична патологія вагітних I-IV груп.

№ п/п	Патологія	I	II	III	IV
1.	Залізодефіцитна анемія	30%	20%	30%	30%
2.	Інфекції сечостатевого органів	10%	10%	10%	10%
3.	Головний біль	10%	10%	10%	15%
4.	Жовтяниця	10%	10%	10%	10%
5.	Захворювання щитовидної залози	30%	3,33%	3,33%	30%
6.	Розлади зору	10%	10%	30%	15%
7.	Вітряна віспа	15%	3,33%	40%	16%
8.	Герпесвірусна інфекція	3,33%	3,33%	0%	3,33%
9.	Медикаментозна алергія	3,33%	3,33%	0%	3,33%

Таблиця 2. Акушерсько-гінекологічна патологія у вагітних I-IV груп.

№ п/п	Патологія	I	II	III	IV
1.	Аднексит	10%	6,66%	0%	10%
2.	Кандидовагіноз	10%	0%	10%	10%
3.	Цитомегаловірусна інфекція	3,33%	0%	0%	3,33%
4.	С. Штейна-Левенталя	3,33%	0%	0%	0%
5.	Первинне безпліддя	3,33%	0%	6,66%	3,33%
6.	ПОМЦ	6,66%	20%	10%	6,66%
7.	Ерозія шийки матки, (дисплазія щ/м)	6,66%	10%, (6,66%)	10%	6,66%
8.	Токсоплазмоз	3,33%	0%	0%	3,33%
9.	Аномалії ЖСО	3,33%	0%	3,33%	3,33%
10.	Самовільний викидень	6,66%	3,33%	10%	6,66%
11.	Завмерла вагітність	10%	10%	3,33%	10%
12.	Передчасні пологи	10%	3,33%	30%	10%

логію: червінка - 10,0%, гіпертонічна хвороба - 10,0%, паротит - 3,33%, пневмонія - 3,33%, цистит - 3,33%, розлади зору, в тому числі міопія високого ступеню - 10,0%, захворювання серцево-судинної системи (задишка, НЦД по гіпертонічному типу) - 10,0%.

Процент вагітних, батьки яких хворіють на хронічну гіпертензію становив - 5,0%.

В однієї пацієнтки була генетична патологія - полідактилія - 5,0%.

Серед гінекологічної патології відмічено поліп ендометрію - 3,33%, гіперплазію ендометрію - 3,33%, слабкість пологової діяльності - 10,0%, кровотечу в II половині вагітності (передлежання плаценти) - 3,33%.

Штучний аборт склав - 10,0%. Перенесені операції: кесарський розтин - 20,0%.

У даній групі процент вагітних, що працювали на комп'ютері - 30,0%, відмітили наявність нервово-психічного напруження - 30,0%, стресу - 16,33%, наявність шкідливих факторів на виробництві - 25,0%, контакт з чоловіком, який хворіє на туберкульоз - 3,33%.

У III-й групі (вагітні з гіпертонічною хворобою I ступеню) до вагітності відмічена така соматична патологія, як: гіпертонічна хвороба - 100,0%, паротит - 3,33%, пневмонія - 3,33%, ангіна - 3,33%, ревматизм - 3,33%, панкреатит - 3,33%, бронхіт - 20,0%, кір - 30,0%, захворювання серцево-судинної системи (задишка, НЦД по гіпертонічному типу) - 10,0%, пролапс мітрального клапану - 3,33%, ожиріння - 65,0%, неврит слухового нерва - 3,33%.

Процент вагітних, батьки яких хворіють на гіпертонічну хворобу становив - 50,0%.

В однієї пацієнтки була відмічена генетична патологія - вроджена вада нирок (гіпоплазія правої нирки) - 3,33%.

У даній групі штучний аборт склав - 30,0%. Перенесені операції: кесарський розтин - 20,0%, акушерські щипці - 5,0%.

У даній групі процент вагітних, що працювали на комп'ютері - 30,0%, відмітили наявність нервово-психічного напруження - 35,0%, стресу - 40,0%, наявність шкідливих факторів на виробництві (віддаленість від житла, під'їом ваги, шум, пил) - 35,0%.

З огляду на вище зазначені дані, можна зробити висновок, що в III-й групі вагітних (з гіпертонічною хворобою I ст.), рівень стресу та нервово-психічного напруження, як і процент патології вагітності та оперативного розродження вищі, ніж в попередніх групах.

Дистрес плода виникав частіше у вагітних з гіпертензивними розладами та становив відповідно у групі вагітних з прееклампсією - 9,1%, з гіпертонічною хворобою - 11,6%, тоді як у здорових вагітних він становив - 5%.

У задовільному стані з оцінкою 8-10 балів за шкалою Апгар народилося 98 (88,8%) дітей, з оцінкою 5-7 балів - 17 (8,8%) дітей та 5 (2,2%) новонароджених народились у стані важкої гіпоксії (оцінені за шкалою

Апгар 1/4/5 та 3/5/6 балів відповідно.

Слід зауважити, що у всіх групах спостерігалась тенденція до народження дітей з малою вагою тіла для свого гестаційного віку, що і передбачалося при антенатальному проведенні ультразвукових досліджень під час вагітності. У вагітних за даними УЗД відмічалась затримка внутрішньоутробного розвитку плода та порушення матково-плацентарного в плодово-плацентарного кровообігу.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Вагітні з гіпертензивними розладами належать до груп підвищеного рівня розвитку перинатальної патології, зокрема дистресу плода, ретардації плода. Важкість стану та розвиток важких ускладнень у новонароджених корелює зі ступенем важкості прееклампсії та сукупної екстрагенітальної патології матерів.

2. Серед основних ускладнень акушерсько-гінекологічного анамнезу у вагітних з гіпертензивними розладами відмічено збільшення частоти передчасних пологів, патології плода (дистрес та ретардація, гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС у новонароджених), оперативного пологорозрішення шляхом кесарського розтину порівняно з контрольною групою.

3. Значна частина новонароджених від матерів з гіпертензивними розладами потребували подальшого лікування та виходжування в відділенні патології новонароджених на рівні обласної дитячої клінічної лікарні.

4. Зі збільшенням частоти нервово-психічного напруження та шкідливих звичок у вагітних частота розвитку дистресу плода у них збільшується.

Перспективою подальших розробок планується провести порівняльну характеристику в групах вагітних з гіпертензивними розладами патології плода та новонародженого.

Список літератури

1. Кравченко О.В. Особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу у вагітних з дистресом плода під час вагітності і пологів. „Здоровадитина. Основи раціонального харчування”: матеріали конференції, Чернівці, 18 лют., 2011 р.). - С.53-54.
2. Гайструк Н.А. Антенатальна охорона плода у вагітних з гіпертензивними розладами (патогенез, діагностика, прогнозування і лікування): дис... д-ра мед. Наук: 14.01.01 /Гайструк Наталія Анатоліївна; Донецький державний медичний університет ім. М.Горького.- Вінниця.- 2007.- 283с.
3. Барт Б.Я. Гипертензивные состояния у беременных (социальные и медицинские аспекты) /Б.Я. Барт //Российский кардиологический журнал. - 2010. - №3. - С.26-33.
4. Баскаков П.М. Тактика ведення жінок з дистресом плода і метаболічним синдромом /П.М. Баскаков, Д.В. Дубовенко //Здоровье женщины. - 2011. - №8(64). - С.147-148.
5. Бартош Л.Ф. Артериальные гипертензии у беременных. /Л.Ф. Бартош, И.В. Дорогова М: ДЕКОМ, 2007. - 148с.

Мазченко О.А.

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Резюме. Проведено изучение особенностей акушерско-гинекологического анамнеза у беременных с гипертензивными расстройствами, а именно преэклампсией и гипертонической болезнью. Исследовано взаимосвязь осложненного акушерско-гинекологического анамнеза у беременных с возникновением у них дистресса плода.

Ключевые слова: преэклампсия беременных, гипертоническая болезнь, дистресс плода, осложнения.

Mazchenko O.O

FEATURES OF PECULIARITIES OF OBSTETRICAL-GYNECOLOGICAL ANAMNESIS OF PREGNANT WOMEN WITH HYPERTENSIVE DISORDERS

Summary. The research of peculiarities of obstetrical-gynecological anamnesis of pregnant women with hypertensive disorders

such as preeclampsia and hypertension has been done. Has been researched the connection of the complicate obstetrical-gynecological anamnesis of pregnant women with indication the fetal distress.

Key words: pregnant preeclampsia, hypertensive disease, fetal distress, complications.

Рецензент - д. мед. н. Чечуга С. Б.

Стаття надійшла до редакції 26.12.2016 р.

Мазченко Оксана Олексіївна - асистент кафедри акушерства і гінекології №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова; +38(067)3470548

© Осовська Н.Ю., Шеремета Б.В., Дацюк О.І., Хмелевська Т.А.

УДК: 616.12/.-008.331.1/:616./24.2-0539.81

Осовська Н.Ю., Шеремета Б.В., Дацюк О.І., Хмелевська Т.А.¹

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна),
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, 21018, Україна)¹

ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ТА ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У МОЛОДИХ ЗДОРОВИХ ОСІБ З НОРМАЛЬНОЮ ГЕОМЕТРІЄЮ СЕРЦЯ ТА З КОНЦЕНТРИЧНИМ РЕМОДЕЛЮВАННЯМ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Резюме. Серцево-судинне ремоделювання серця є складним багатофакторним процесом, що визначає прогноз пацієнта з будь-якою серцево-судинною патологією. Метою даної роботи стало вивчення в порівняльному аспекті особливостей внутрішньосерцевої гемодинаміки, добового профілю артеріального тиску, показників добового моніторингу ЕКГ та особливостей вегетативної регуляції у молодих (18-44 роки) практично здорових осіб з нормальною геометрією серця та з концентричним ремоделюванням лівого шлуночка. У дослідження були залучені практично здорові особи від 18 до 42, середній вік яких склав $25,3 \pm 0,6$ років, чоловіків було 56 (73,7%), жінок - 20 (26,36%). В залежності від величини відносної товщини стінки лівого шлуночка (ВТС) усі учасники дослідження були поділені на дві рівні групи по 38 осіб: з $VTC > 0,42$ (концентричне ремоделювання лівого шлуночка) та з $VTC \leq 0,42$ (нормальна геометрія лівого шлуночка). Аналіз отриманих даних виявив порівняно більші розміри лівих порожнин серця, порівняно більш високу швидкість ранішнього підйому та добову варіабельність переважно систолічного артеріального тиску, зменшення активності парасимпатичної автономної нервової системи, більшу кількість надшлуночкових екстрасистол переважно в нічний час у пацієнтів з концентричним ремоделюванням лівого шлуночка та ознак сполучнотканинної дисплазії в групі з концентричним ремоделюванням лівого шлуночка. У більшій половині молодих осіб з концентричним ремоделюванням лівого шлуночка виявлялися ознаки сполучнотканинної дисплазії серця, а саме пролапс мітрального клапана та аномальні хорди лівого шлуночка. Дані особливості структури серця, добового профілю артеріального тиску та варіабельності серцевого ритму можливо трактувати як ознаки, асоційовані з концентричним ремоделюванням лівого шлуночка.

Ключові слова: концентричне ремоделювання лівого шлуночка, артеріальна гіпертензія, варіабельність ритму серця, добове моніторування артеріального тиску, синдром сполучнотканинної дисплазії.

Вступ

У даний час одне з провідних місць в кардіології займає вивчення серцево-судинного ремоделювання при будь-якій серцево-судинній та коморбідній патології. Ремодювання судинної стінки є складним багатофакторним процесом, який визначається не тільки рівнем гемодинамічного навантаження - цифрами артеріального тиску (АТ), а й істотно залежить від активності цілого ряду нейрогуморальних систем, має генетичну схильність, корелює з вагою пацієнта, його шкідливими звичками та навіть рисами його характеру. Ремодювання лівого шлуночка - симптотомокомплекс, що характеризується зміною маси, об'єму та форми лівого шлуночка (ЛШ) за рахунок гіпертрофії кардіоміоцитів, гіпертрофії та гіперплазії інтерстиціальних клітин та ендотелію, що призводить до порушення функціональних властивостей міокарда.

Концентричне ремоделювання ЛШ (КРЛШ) є ознакою субклінічного ураження органів-мішеней. Це проміжний стан між нормальною геометрією серця та гіпер-

трофією лівого шлуночка, так звана передгіпертрофія, яка може й не трансформуватися у гіпертрофію. Проте КРЛШ безперечно є компенсаторним механізмом адаптації серця до підвищеного навантаження та незалежним предиктором розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ), таких як хронічна серцева недостатність та аритмії [1, 2, 3].

В літературі існують досить переконливі спостереження, в яких зроблено висновок про формування концентричного ремоделювання ЛШ ще до появи будь-яких коливань АТ [4, 5]. Проте до цих пір немає єдиної думки про фактори, які беруть участь у ремоделюванні як міокарда, так і судин, особливо при відсутності основного відомого причинного фактору - артеріальної гіпертензії. У зв'язку з цим, актуальним є вивчення взаємозв'язку серцевого та судинного ремоделювання між собою і факторами, які беруть участь в їх розвитку, особливо в осіб молодого віку.

Метою даної роботи стало вивчення в порівняльно-