



УДК: 618.3-06:616-005.98:616.12-008.331.1:616.633.96

ОСОБЛИВОСТІ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК ІЗ ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ ВАГІТНОСТІ

О. О. Корчинська, Р. М. Федько, Ю. Р. Федько

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет,
кафедра акушерства та гінекології, м. Ужгород*

Вступ

Гіпертензивні розлади у вагітних залишаються однією з основних причин материнської і перинатальної захворюваності й смертності як у високорозвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються. Зниження рівня материнської та перинатальної захворюваності є пріоритетним завданням на всіх етапах надання акушерської допомоги [1]. Артеріальна гіпертензія має негативний вплив на перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду. Гіпертензивні розлади під час вагітності в різних точках світу зустрічаються від 7 до 30% [2], а за даними експертів ВООЗ ускладнюють до 20% вагітностей. Дана тема має важливе практичне значення, оскільки практикуючі лікарі акушер-гінекологи мають приділяти особливу увагу прегравідарній підготовці, в яку входить прогноз вагітності у жінок з артеріальними гіпертензіями. Визначивши основні фактори ризику, можливо отримати уніфіковане значення-рівень загального ризику для кожної жінки, та поставити питання про можливість та доцільність виношування вагітності взагалі, адже недооцінка ступеня тяжкості гіпертензивних розладів, а отже, неадекватне лікування і запізніле розродження є провідними причинами материнської смертності при даному ускладненні вагітності [1,3].

Мета дослідження

Виявити особливості перебігу пологів у жінок із гіпертензивними розладами під час вагітності.

Матеріали і методи

Для визначення частоти та структури гіпертензивних розладів у вагітних проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 1392 історій пологів жінок, що народжували в Ужгородському міському перинатальному центрі в період з 19.10.11 р. по 19.02.2012 р.

Результати досліджень

Було виявлено, що гіпертензивними роз-

ладами під час вагітності страждала 31 жінка (4,5%), із яких склалась група вибірки. Відзначимо, що на прееклампсію різних ступеней тяжкості страждали 24 жінки (79%), на гестаційну гіпертензію – 5 жінок (15%), на хронічну артеріальну гіпертензію – 1 жінка (3%), та одній жінці був виставлений діагноз поєднаної прееклампсії (3% із групи вибірки).

Середній вік жінок, що страждали на гіпертензивні розлади під час вагітності – $27 \pm 1,5$ року.

Відмітимо, що 16 жінок (55%) із групи вибірки склали першородячі жінки, решта 15(45%) – повторнородячі жінки. Необхідно зазначити, що важкість перебігу гіпертензивних розладів під час вагітності знаходилась в прямій кореляційній залежності з наявністю ускладнень перебігу вагітності.

В 1 триместрі у 10 (35%) жінок вагітність ускладнилась загрозою переривання вагітності, в 2 триместрі цей показник суттєво не відрізнявся – у 7 жінок (26%). В 3 триместрі у 5 жінок (15%) виявлялась загроза передчасних пологів.

Пологи через природні родові шляхи своєчасно закінчились у 9 жінок (27%), у 6 жінок (18%) наступили передчасні пологи.

У 8 жінок (24%) спостерігались аномалії родових сил. У 5 жінок (15%) пологи ускладнились первинною пологовою слабкістю, у 3 жінок (9%) – вторинною пологовою слабкістю.

У 5 жінок (15%) спостерігалось передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

У 2 жінок (6%) пологи ускладнились порушенням виділення та відділення посліду.

Ручна ревзія порожнини матки проводилась 4 жінкам (12%), із них 2 жінкам (6%) – внаслідок кровототечі в послідовому та ранньому післяпологовому періоді.

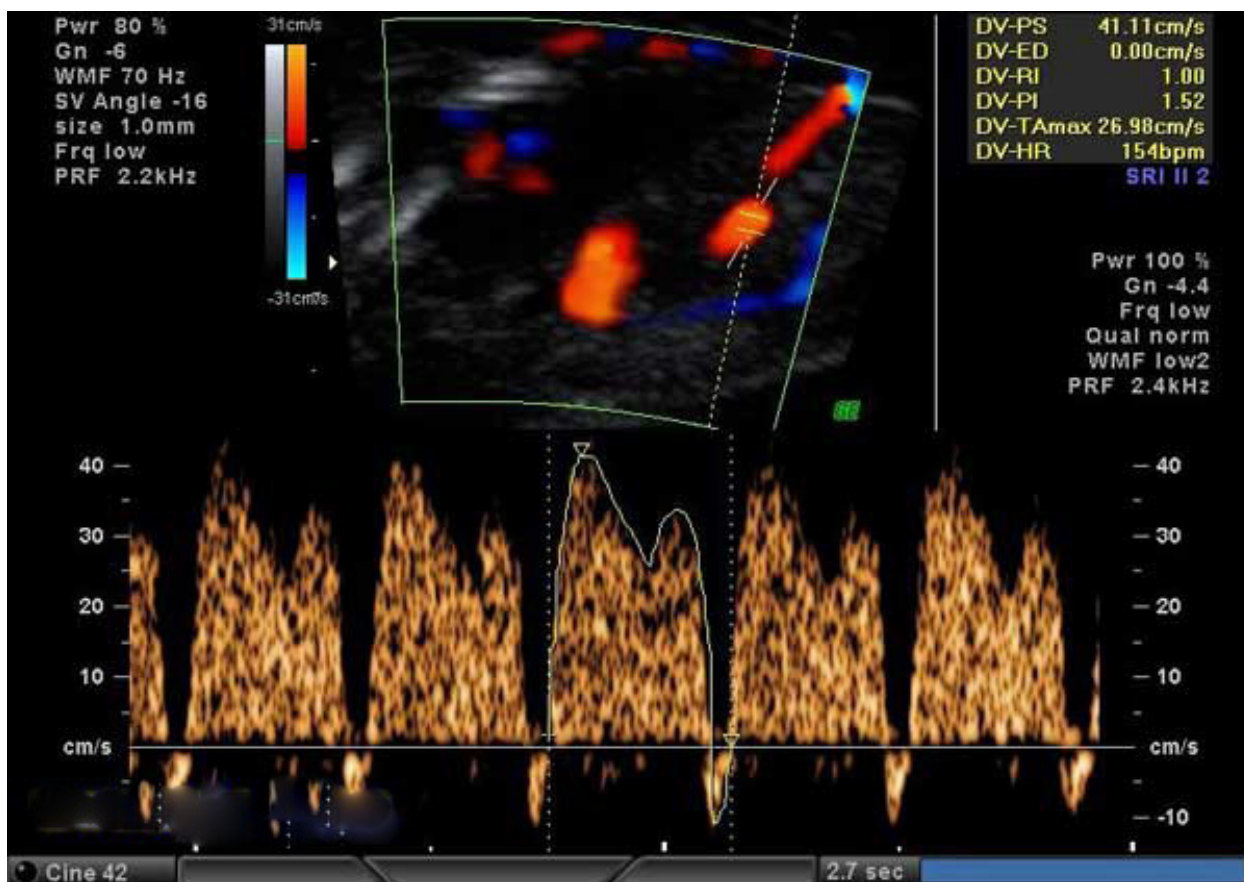
Відзначимо, що у 8 вагітних (18%) були виявлені ознаки дистресу плоду. Із них:

При КТГ у 4 жінок відзначався показник STV менше 4.

У однієї жінки БПП склав менше 5 балів.

При доплерівському дослідженні крово-

току у 3 жінок (9%) було виявлено порушення кровотоку. Із них у 2 жінок (6%) спостерігався реверсний кровотік, та у однієї жінки – нульовий кровотік у пуповинній артерії.



Ми бачимо доплерографію пуповинної артерії плоду. Спостерігається реверсний кровотік, що є патологічним і вказує на дистрес плоду внаслідок порушення плодово-маткового кровообігу. Дана доплерографія проводилась жінці із тяжким гіпертензивним розладом при вагітності – поєднаною прееклампсією, що ускладнювала 1 вагітність (3% вагітностей) із групи вибірки. Згодом ця патологія призвела до антенатальної загибелі плоду на тлі поєднаної прееклампсії.

Артеріальна гіпертензія у вагітних діагностується на основі повторної реєстрації підвищеного рівня артеріального тиску (АТ) (систоличний АТ (САТ) ≥ 140 мм. рт. ст. і/або діастолічний АТ (ДАТ) ≥ 90 мм. рт. ст. [4].

Гіпертензію, пов'язану з вагітністю, діагностують та оцінюють за ступенем тяжкості на підставі діастолічного тиску, який більше характеризує периферичний судинний опір і не може контролюватись емоційним станом жінки [3].

За даними ВООЗ артеріальна гіпертензія,

що існувала до вагітності, ускладнює 1-5% вагітностей і визначається як гіпертонія з рівнем АТ $\geq 140/90$ мм. рт. ст., яка розвинулась до вагітності, або протягом перших 20 тижнів вагітності і зберігається після 42-го дня після родового періоду. Фізіологічне зниження АТ у першому триместрі вагітності може ускладнювати діагностику цієї форми гіпертензивних розладів у жінок, які раніше не обстежувались, і призвести до помилкової констатації гестаційної артеріальної гіпертензії на більш пізніх термінах вагітності.

Гестаційна артеріальна гіпертензія (з протеїнурією чи без неї) ускладнює 6-7% вагітностей. Ця форма гіпертензивних розладів розвивається після 20-го тижня вагітності, зникає до 42-го дня після пологів, є системним захворюванням матері і плода і характеризується погіршенням перфузії внутрішніх органів. Асоціація гестаційної гіпертензії з клінічно значущою протеїнурією ($\geq 0,3$ г/доб або ≥ 30 мг/ммоль креатиніну в одній порції сечі відома як прееклампсія. набряки не є діа-



гностичним критерієм преєклампсії, оскільки супроводжують більше половини (60%) нормальних вагітностей. Преєклампсія ускладнює 5-7% вагітностей зі зростанням показника до 25%, у жінок з артеріальною гіпертензією, яка існувала до вагітності. Факторами ризику розвитку преєклампсії є перша вагітність, багатоплідна вагітність, міхурцевий заносок і цукровий діабет [4].

До ознак тяжкої преєклампсії відносять: біль у правому верхньому квадратні живота / епігастральній ділянці (через набряк печінки і / або внутрішню печінкову кровотечу), головний біль, порушення зору (внаслідок набряку мозку), гіперрефлексія, клонічні і тонічні судоми (внаслідок набряку мозку), HELLP-синдром (H – Hemolysis (гемоліз), EL - Elevated liver enzymes (підвищення рівня ферментів печінки), LP - Low platelets (низьке число тромбоцитів)[3]. Протеїнурія може бути пізнім симптомом преєклампсії. Основним методом лікування преєклампсії є розродження.

Поєднана преєклампсія – поява протеїнурії $\geq 0,3$ г /добу після 20 тижнів вагітності на фоні хронічної гіпертензії. Поєднана преєклампсія є одним із характерних і дуже тяжких ускладнень у вагітних з гіпертензивними розладами. Дуже часто вона має тяжкий перебіг, погано піддається лікуванню і може бути причиною порушень мозкового кровообігу, крововиливів у ділянці очного дна, гострої та хронічної ниркової недостатності, набряку легень, волемічних порушень у матері. Саме за тяжкої, що виникла рано, поєднаної преєклампсії, спостерігаються здебільшого передчасні пологи, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, тяжкі порушення стану плода і новонародженого. Слід зауважити, що у групі досліджуваних нами історій пологів, у 3 % випадків констатована антенатальна загибель плода на тлі поєднаної преєклампсії.

Якщо АТ вперше вимірюється після 20-го тижня вагітності, і при цьому реєструється його підвищення (із системними проявами чи без них), діагностується артеріальна гіпертензія, що не класифікована у дородовому періоді [4].

За даними ВООЗ 20 - 33% материнської смертності обумовлені гіпертензивними розладами під час вагітності [1,2].

Експерти ВООЗ вказують на те, що у 5 - 14,6% жінок, які перенесли важкі артеріальні гіпертензії під час вагітності, преє-

клампсії та еклампсію, після пологів формуються важкі форми артеріальної гіпертензії та (або) патології нирок, які протягом найближчих 10 років призводять до інвалідності та смертності [3].

Фактори ризику.

Проведене дослідження дає підставу вважати, що найбільший відсоток розвитку гестозу виявлено у віковій групі від 20 до 30 років, це можна обґрунтувати тим, що більша кількість пологів припадає на дану вікову категорію. Гіпертензивні розлади часто розвиваються при екстрагенітальних захворюваннях, у хворих на цукровий діабет, хронічний пієлонефрит, при органічних вадах серця, патології гепатобіліарної системи, при схильності до судинної гіпертензії. Виникненню зазначеного ускладнення вагітності сприяють ожиріння, алергія, інтоксикація. Значно підвищують ризик гіпертензивних розладів під час вагітності великий плід і двійня, що пов'язано зі збільшенням площі та маси плаценти. Помірна надлишкова маса тіла до вагітності не збільшує ризик розвитку гіпертензивних порушень, але впливає на ймовірність народження великого плоду. У той же час виражене ожиріння гормональної етіології є найбільш істотним фактором ризику раннього розвитку і важкого перебігу преєклампсії та інших гіпертензивних розладів. При цьому збільшується ймовірність еклампсії.

Недолік кухонної солі в їжі є таким же суттєвим фактором ризику гіпертензивних розладів при вагітності, як і збільшення її споживання. Зменшення вмісту кальцію в повсякденному раціоні вагітної жінки підвищує ризик розвитку даного ускладнення.

Гіпертензія до вагітності підвищує ризик розвитку гіпертензій особливо в поєднанні зі станом тривоги і пригніченості. Поєднання декількох факторів ризику робить розвиток гіпертензивних розладів під час вагітності найбільш імовірним. При цьому групу високого ризику становлять вагітні з артеріальною гіпертензією, гіпотонією, вегето-судинною дистонією, вадами серця, ожирінням, дифузно-токсичними хронічними неспецифічними захворюваннями легень, наявністю гіпертензивних розладів в анамнезі.

Група помірного ризику включає вагітних, що страждають на ожиріння, патологію гепато-біліарної системи та ревматизм.

Група низького ризику – практично здорові вагітні жінки. Неповнолітні жінки пови-



нні включатися в групу високого ризику розвитку гіпертензивних станів через недостатню адаптацію до вагітності та ймовірності надмірної стресової реакції на неї.

Частота кесаревих розтинів і вагінальних розроджень. Покази.

Частота кесаревих розтинів склала 55% у групі вибірки, проти 45% вагінальних розроджень. Основним показом до кесаревого розтину стала прееклампсія другого та третього ступенів тяжкості.

Згідно з наказом МОЗУ при прогресуючих гіпертензивних розладах середнього та тяжкого ступенів важкості, або погіршенню стану плода розпочинають підготовку до розродження. Розродження проводять з урахуванням акушерської ситуації. Перевагу віддають пологам через природні пологові шляхи з адекватним знеболенням (епідуральна анестезія або інгаляція закисом азоту). За умови готових пологових шляхів проводять амніотомію з наступним призначенням родозбудження окситоцином. За умови неготової шийки матки та відсутності ефекту від підготовки простагландінами, або у разі прогресування гіпертензії, загрози судомного нападу, погіршення стану плода розродження проводять шляхом операції кесаревого розтину.

Показанням до планового кесаревого розтину у разі тяжкої прееклампсії є прогресування прееклампсії або погіршення стану плода у вагітної з незрілими половими шляхами.

При погіршенні стану вагітної або плода у другому періоді пологів накладають акушерські щипці або проводять вакуум-екстракцію плода на фоні адекватного знеболення. У третьому періоді пологів – утеротонічна терапія з метою профілактики кровотечі (окситоцин внутрішньовенно краплинно) [4].

Небезпеки і складності кесаревого розтину під загальним наркозом.

- труднощі при інкубації (набряк гортані)
- внутрішньо мозкові крововиливи, різке підвищення середнього артеріального тиску (САД) під час інкубації і екстубації/аспірації якщо САД > 140 мм.рт.ст. – внутрішньочерепні судини втрачають здатність підтримувати тонус і можуть розірватися;
- набряк легенів, дуже високий тиск у легеневиких судинах.

Чи є переваги у негайному кесаревому розтині?

Екстренний кесарів розтин не має переваг у жінок із тяжкою прееклампсією.

При кесаревому розтині частіше трапляються легеневі ускладнення у матері та новонародженого. Кесарів розтин не знижує рівень будь-яких ускладнень

Крововтрата.

Гемодинамічні зміни у вагітних, котрі страждають на гіпертензивні розлади, посилюються, так як відомо в цей період навіть у здорових жінок відбуваються значні зрушення зі сторони серцево-судинної системи. Збільшується ОЦК до $7,5 \pm 0,3$ л проти $6,1 \pm 0,3$ л у здорових вагітних. Збільшується периферичний опір судин, тоді як у здорових вагітних навпаки – знижується. Все це має негативний вплив на плід, а також може призвести до кровотечі при пологах. Час згортання цільної крові у вагітних, що страждали на гіпертензивні розлади при вагітності менше, ніж у здорових вагітних. Цей факт дозволяє припустити те, що гіпертензивний розлад – стан ще більшої гіперкоагуляції ніж при фізіологічному перебігу вагітності і може призвести до синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ синдром).

Джерелом гострої масивної крововтрати в акушерській практиці можуть бути:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- передлежання плаценти;
- кровотечі в послідовому і ранньому післяпологовому періоді;
- ушкодження м'яких тканин родових шляхів (розриви тіла і шийки матки, піхви, статевих органів).

Стан породіллі залежить від інтенсивності і тривалості кровотечі. Фізіологічна крововтрата в пологах не повинна перевищувати 0,5% маси тіла жінки, але не більше 450 мл. Якщо сили породіллі виснажені, реактивність організму знижена, то навіть незначне перевищення фізіологічної норми крововтрати може викликати важку клінічну картину [3,4].

Жінок із гіпертензивними розладами під час вагітності із обстежуваної нами групи вибірки ми умовно розділили на 2 групи : ті, яким проводився кесарів розтин, і ті, які народжували шляхом вагінальних пологів. Було виявлено, що середнє число крововтрати в групі, яким проводився кесарів розтин склало 450 ± 25 мл. В групі жінок, які народжували за допомогою вагінальних пологів цей показник менший – 300 ± 25 мл. Необхідно зауважити, що у 65% жінок із групи, яким продовився кесарів розтин, крововтрата склала понад



450 мл, проти 28,5 % жінок із крововтратою понад 450 мл із групи, які народжували шляхом вагінальних пологів.

Особливості перебігу післяпологового та післяопераційного періоду. Стан новонароджених дітей.

При наявності гіпертензивних розладів різко погіршуються наслідки вагітності для плода. Серед новонароджених у групі вибірки 6 (18 %) є недоношеними, у 3 (9 %) діагностований ЗВУР плода. Відмітимо, що стан дітей, матері яких страждали на гіпертензивні розлади, оцінені більш низькими балами по шкалі Апгар, у них частіше виникають захворювання, які потребують переведення в палату інтенсивної терапії.

За даними експертів ВООЗ від 5 % до 14,6% жінок, які перенесли важкі артеріальні гіпертензії під час вагітності, прееклампсії та еклампсію, після пологів формуються важкі форми артеріальної гіпертензії та (або) патології нирок, які протягом найближчих 10 років приводять до інвалідності та смертності.

Всього післяпологові кровотечі мали місце у 7 (21%) випадках, із них у 5 жінок кровотеча розпочалась після кесаревого розтину, та у 2 жінок – після вагінальних пологів.

Важка прееклампсія або еклампсія можуть мати місце в післяпологовому періоді.

Повідомляється, що до 44% випадків еклампсії відбувається постнатально, особливо у жінок, які народили в строк. Жінки, у яких після пологів проявляється гіпертензія або симптоми прееклампсії (головний

біль, зорові порушення, нудота і блювота або епігастральний біль), повинні звернутися до фахівця і обстежитися, щоб виключити прееклампсію.

Висновки

Таким чином, із вищесказаного випливає, що гіпертензивні розлади під час вагітності суттєво ускладнюють перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також негативно впливають на внутрішньоутробний стан плоду і новонароджених.

Жінки, які народили при наявності важкої прееклампсії (або еклампсії), після пологів повинні продовжувати спостерігатися у лікаря. Оскільки повідомляється про випадки еклампсії до 4 тижнів після пологів, оптимальний термін стаціонарного післяпологового лікування туманний, проте ймовірність нападу еклампсії і гострої прееклампсії знижується після четвертого післяпологового дня.

Антигіпертензивну терапію слід продовжувати після пологів, хоча спершу артеріальний тиск може знизитися, зазвичай він знову підвищується приблизно через 24 години після пологів. Зниження антигіпертензивної терапії повинно проводитися поступово. Не існує причини, чому б жінці не виписатися з лікарні і не продовжити лікування амбулаторно.

Після прееклампсії артеріального тиску може знадобитися майже 3 місяці для повернення в норму. За цей час треба не дозволяти перевищення артеріального тиску 160/110 мм.рт.ст [4].

Резюме. Вивчено 1392 історії пологів жінок, які народжували в Ужгородському міському перинатальному центрі в період з 19.10.2011. по 19.02.2012. В 31 історії пологів зазначалося, що жінка страждала гіпертензивними розладами під час вагітності. З них було сформовано групу вибірки, яку ми і досліджували. Встановлено, що в 55% випадків віддавалася перевага оперативному методу розродження жінок, з них у 13% випадків головним показанням до кесаревого розтину стала прееклампсія середнього та важкого ступенів.

Ключові слова: прееклампсія, еклампсія, розродження жінок.

Peculiarities of accouchement of women with hypertensive disorders during gestation.

O.O.Korchynska, R.M.Fedko, J.R.Fedko

Summary. We investigated 1392 birth histories of women who gave birth in Uzhgorod city prenatal center in the period from 19.10.2011 till 19.02.2012. Of these, in 31 genera of history it was noted that the woman suffered from hypertensive disorders in pregnancy. Of the group the sample, we investigated further was comprised. It was found that in 55% of cases it was given preference to the operational method of delivery woman, in 13% of the main moderate and severe preeclampsia severity were the reasons of it.

Keywords: preeclampsia, eclampsia, delivery of women.



ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство и гинекология: Клинические рекомендации. Выпуск 2. / Под ред. В.И. Кулакова. – 2006. – 560 с.
2. Руководство по амбулаторнополиклинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н.Прилепской, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
3. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2000. – 430 с.
4. Наказ МОЗУ № 676 від 31.12.2001 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної практики» [1.1 Гіпертензивні розлади під час вагітності].