

УДК 618.3.-008.6.-073.43.19

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ГІПЕРТЕНЗИВНИМ СИНДРОМОМ (огляд літератури)

Пуга Н.П.

Ужгородський державний університет, м. Ужгород

Ключові слова: вагітність, гіпертензивні синдроми.

Гіпертензія вагітності (ГВ) описується в літературі під назвою “гіпертензія, викликана вагітністю” і “гіпертензія, пов’язана з вагітністю”, і являє собою групу неоднорідних по прогностичному значенню клінічних синдромів [7, 17, 26]. У багатьох випадках ГВ протікає у вигляді помірного підвищення АТ в кінці вагітності, яке не супроводжується протеїнурією і зникає в перші тижні після родів. Прогноз для матері і плода при цій пізній формі ГВ загалом благоприємний [17, 20, 22-24, 26, 27].

З підвищеною захворюваністю і смертністю плода поєднуються випадки ГВ з протеїнурією (не менше 300 мг за 24 год. при 2-разовому визначенні), які звичайно визначають як прееклампсію. Розрізняють легку і важку прееклампсію. Легка прееклампсія характеризується невеликим підвищенням АТ (140/90 – 159/109 мм рт. ст.) і помірною протеїнурією. Про важку прееклампсію говорять у випадках, коли важка АГ супроводжується протеїнурією; протеїнурія перевищує 5 г на добу, є симптоми ураження головного мозгу або ознаки серйозного ураження нирок, печінки (вміст креатініна більше 2 мг/мл, гемоліза або тромбоцитопенія менше 100 тис. в 1 мм^3), а також може бути набряк легень. Наявність генералізованих судом у жінок з прееклампсією при виключенні захворювання центральної нервової системи вказує на розвиток еклампсії [17].

Ведучим синдромом при гестозі є генералізований артеріолоспазм, який приводить до серйозних порушень гемодинаміки, аж до набряку легень в родах [8, 27, 29], що веде до зниження швидкості кровотоку в капілярах, в результаті чого підвищується в’язкість крові, йде накопичення недоокислених продуктів, розвивається метаболічний ацидоз і ішемія тканин. Секвестрація формених елементів, порушення регуляції агрегатного стану крові обумовлюють високий ризик тромбоембологічних ускладнень в родах і ранньому післяродовому періоді. Вищеописані зміни розцінюються як криз мікроциркуляції, що в свою чергу веде до підвищення загального периферійного опору і усугубляє гемодинамічні розлади. Підтримка хвилинного об’єму серця у хворих гестозом забезпечується підвищенням частоти серцевих

скорочень, що в свою чергу виснажує компенсаторні ресурси міокарда і призводить до уражень серця у вигляді міокардіодистрофії, гострого міокардита, перикардита і змін таких його властивостей як провідність, збудливість, автоматизм [8, 23, 24, 27, 29].

Для важких форм гестоза характерно порушення органного кровотока з ураженням функції життєво важливих органів: головного мозгу, печінки, нирок. Із-за печінкової недостатності, обумовленої дефіцитом перфузії, знижується продукція альбумінів і збільшуються глобуліни, що веде до збільшення в’язкості крові. Гіпопротеїнемія викликає зниження онкотичного тиску і збільшення інтерстиціальних набряків, що на фоні коагулопатії і підвищеної судинної проникливості обумовлює виникнення петехіальних крововиливів у різних органах, в тому числі і в головному мозгу [8, 28]. Зниження швидкості капілярного кровотоку призводить до дефіциту перфузії в плаценті. Рахують, що первинною причиною гіпертензії у вагітних є недостатність плацентарного кровообігу, яка виникає в результаті судинних порушень в плаценті на фоні раніше існуючих факторів ризику. Вищевказані наслідки

мікроциркуляторного кризу відбуваються і в плаценті, що супроводжується різким зниженням оксигенації плода плаценти. На сьогодні рахується доведеним, що в основі затримки росту плода при артеріальній гіпертензії, виниклій під час вагітності, лежать порушення гемодинаміки у матері. Патогномонічна для розглянутої патології гіповолемія, обумовлена зниженням об’єма циркулюючої плазми, тісно корелює із ступенем артеріальної гіпертензії і частотою розвитку вад плода [1, 2, 4, 6, 8-14, 18, 19, 24, 25, 28, 29].

Для встановлення діагнозу гіпертензивних порушень при вагітності необхідно виключити у жінки екстрагенітальні захворювання і спостерігати за змінами АТ в терміни ранніх (13-16 тиж.) проявів циркуляторної адаптації розвитку фізіологічної волеїї вагітних. У практично здорових жінок в ці терміни вагітності рівень АТ знижується, тоді як при ризику розвитку гіпертензивних порушень він залишається незмінним чи навіть підвищується [3, 5]. Слідуючою необхідною умовою для підтвердження поставленого діагнозу є

21. Gant N.F., Worley R.I. Hypertension in Pregnancy: Concepts and Management. – New York, 1980.
22. Lindheimer M.D. Diagnosis and management of hypertension complicating pregnancy. Am. J. Kidney Dis. 1989; 13:6:1:17-27.
23. Lubbe W.F. Hypertension in pregnancy: Whom and how to treatment. Br. J. Clin. Pharmacol 1987; 24:1; 15 S-20 S.
24. Lubbe W.F. Hypertension in pregnancy. Pathophysiology and management. Drugs 1984; 28:170-188
25. Nissel H., Lunnell N.O., Linde B. // Obstetr. Gynecol. – 1988.- 71. - № 2. – P. 163-166.
26. Pipkin F.B. The Hypertensive disorders of pregnancy. Br. Med. J. 1995; 311:609-613.
27. Svensson A. Hypertension in pregnancy. Clin. Exp. Hypertension. 1993; 15:1353-1361.
28. Wasserstrum N., Kirshon B., Wilis R.S. e.a. // Obstetr. Gynecol. – 1989. – Vol. 73. – P. 546-550.
29. Weiner C.P. // Amer. J. Obstetr. Gynecol. – 1987. – 156. - № 4. P. 885-888.

SUMMARY

PREGNANCY PECULIARITIES IN WOMEN WITH HYPERTENSIVE SYNDROME

Puga N.P.

Present paper deals with the peculiarities of the course of pregnancy in women with pregnancy hypertension, essential hypertension and hypertensive neurocirculatory asthenia. The pregnancy hypertension (gestosis) is the most severe form of hypertensive syndrome, because it provokes irreversible changes in organs and systems of women's body, which sometimes result in ugly states. In particular, the changes in the fetoplacental system may lead to the fetal hypoxia and fetus hypotrophia. Neurocirculatory asthenia is a functional disease and, despite the fact that patient may have a severe form of pregnancy, it does not provoke serious complications for the organisms of mother and fetus. In most of women hypertension accompanied by the pregnancy is aggravated, and fetation retardation, threat of pregnancy interruption and premature delivery are observed.

Key words: pregnancy, hypertensive syndromes