

## ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ У ЖІНОК З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Шадлун Д.Р., Кіяшко Г.П., Козодой Г.В., Бородавко Л.Г., Талько А.В.

Київська медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика, м.Київ

Захворювання серцево-судинної системи у вагітних займають основне місце в структурі екстрагенітальної патології і дотепер є однією з головних причин материнської і перинатальної захворюваності і смертності (1,2).

Вагітність пред'являє підвищені вимоги до різноманітних функціональних систем організму, і, у першу чергу, до серцево-судинного, адаптаційні можливості якої при фізіологічному перебігу вагітності дозволяють пристосовуватися до мінливих умов гемодинаміки. При невідповідності адаптаційних можливостей материнського організму адекватно забезпечити потреби плоду, що зростають, може розвиватися синдром поліорганної функціональної недостатності - пізній токсикоз вагітності, частіше називаний останнім часом ОПГ-гестозом (3, 5). У патогенезі даної патології основне місце займають зміни центральної і периферичної гемодинаміки, що виражаються в гіповолемії порушеннях мікроциркуляції (3).

Незважаючи на значне число наукових публікацій по проблемі ОПГ-гестозів (1, 2, 3, 4, 5). Не можна вважати всі питання цілком вирішеними. При цьому, на наш погляд, найбільше невивченими є порівняльні аспекти гіпертензивних порушень під час вагітності.

Метою дійсного дослідження є вивчення особливостей перебігу вагітності і родів у жінок із різноманітними гіпертензивними порушеннями, пов'язаними як з акушерської, так і із соматичною патологією.

Для рішення поставленої мети були проведені клініко-функціональні дослідження в жінок трьох груп:

1 група - 30 вагітних із «чистою» нефропатією I ступеня (первинно нормотензивні, здорові жінки)

2 група - 30 вагітних із гіпертонічною хворобою (ГБ) I-II ступеня

3 група - 30 вагітних із вегето-судинною дистонією по гіпертонічному типі (ВСД).

Контрольну групу склали 30 соматично здорових вагітних.

Вік пацієнток коливався в межах 18-37 років,

причому вагітні з ГБ знаходилися в більш старшій віковій групі (32,3±3,1 років). Середня тривалість основного захворювання склала у жінок із ГБ 5,3±0,4 року, а при ВСД - 2,5±0,2 року (p<0,01). Більшості пацієнток із ВСД (63,3%) цей діагноз був виставлений уперше на ранніх термінах вагітності.

Найбільше обтяженими в плані перенесеної акушерської і гінекологічної патології виявилися жінки з ГБ: у 36,7% обстежених попередня вагітність ускладнилася ОПГ-гестозом (нефропатією I-II ступеня); у 20% в анамнезі - передчасні роди і факти мертворожденості або неонатальної смерті новонародженого від респіраторного дистрес-синдрому. Звертає на себе увага факт наявності в анамнезі у пацієнток «чистою» нефропатією і з ГБ великого числа артифіційних абортів (три і більш) і відповідно в 26,7% і 30,0% жінок проти 6,7% у здорових вагітних. На відміну від контрольної групи, у жінок із різноманітними генералізованими порушеннями в анамнезі в 16,7% мало місце жіноча неплідність.

У вагітних із гіпертензивними порушеннями значно частіше була надлишкова маса тіла. Так, вихідна середня вага пацієнток із ГБ на 32%, а з ВСД - на 21% перевищував відповідний показник у контрольній групі. Вихідна середня вага жінок із «чистою» нефропатією незначно перевищувала показник у контрольній групі, але надлишкова для свого віку і росту маса тіла є узвичаєною думкою, що надлишкова маса тіла є істотним чинником ризику розвитку ОПГ-гестозів.

Аналіз клінічного перебігу вагітності показав, що у пацієнток із «чистою» нефропатією початок ОПГ-гестозів, у середньому, було відзначено в 34 тижні, а тривалість його склала 3-4 тижні. За винятком одиничних випадків (6,7%) нефропатії II ступеня, вага клінічних проявів гестозу в I групі відповідала нефропатії I ступеня. Гіпертензивний синдром, набряки, протеїнурія, обумовлена розвитком гестозу, спостерігалися практично у всіх жінок цієї групи, а в 50% спостережень мала місце ангіопатія сітківки.

Серед вагітних із супутньою артеріальною гіпертензією більш ранній і більш виражений прояв ОПГ-гестозів, більш тривалий його перебіг відзначений у вагітних із ГБ: початок гестоза, у середньому, у 32-33 тижні, а тривалість - 5-6 тижнів. Основною клінічною формою гестоза у жінок із ГБ були нефропатія: у 60% випадків I ступінь; у 23,3% - II ступінь і в 16,7% - III ступінь нефропатії. Гіпертензивний синдром і протеїнурія, обумовлена гестозом, мали місце у всіх жінок із ГБ, а набряки - у 73,3% випадків. Супутня гіпертонічна ангіопатія у вагітних із ГБ виявляється у 80,0% пацієнток.

На відміну від групи з ГБ, у жінок із ВСД по гіпертонічному типу початок гестоза був більш пізнім - у 34-35 тижнів, відповідно, лікування і його тривалість - 3 тижні. Основними клінічними формами гестоза у пацієнток із ВСД були нефропатія I ступені і водянка вагітних (по 43,3%), а в інших 13,3% - нефропатія II ступеня. Гіпертензивний синдром, обумовлений гестозом, спостерігався у кожній другій (50%) пацієнтки з ВСД: набряки - у 86,7%, а протеїнурія - у 46,7% вагітних. Гіпертонічна ангіопатія сітківки в жінок із ВСД по гіпертонічного типу мала місце в 50% спостережень.

Частота термінових пологів у всіх досліджуваних групах склала 86,7%; передчасних - 10,0% і спізнілих - 3,3%. Через природні пологові шляхи було розроджено 73,3%, шляхом операції кесарева розтину - 26,7%.

У контрольній групі питома вага ускладнених пологів склала 23,3%, а найбільше частим ускладненням був передчасний розрив плодових оболонок, за яким випливали заходи щодо пологозбудженню і/або пологостимуляції, при неефективності яких - абдомінальне розродження. Відсоток кесарських розтинів у цій групі склав 13,3%, що відповідає середньостатистичним даним (1). Середній розмір загальної крововтрати в цій групі склав  $250,4 \pm 21,5$  мл, а інтраопераційної -  $585,4 \pm 32,7$  мл. Середня маса новонароджених у здорових жінок склала  $3501,4 \pm 233,5$  мл; оцінка по шкалі Апгар на першій хвилині життя  $7,07 \pm 0,16$  бали, на п'ятій -  $7,55 \pm 0,09$  бали. У 23,3% новонароджених цієї групи було відзначено обвиття пуповини навколо шиї.

Перебіг пологів і післяпологового періоду в пацієнток із гіпертензивними порушеннями супроводжувався великим числом ускладнень як акушерського, так і екстрагенітального характеру.

У жінок із «чистою» нефропатією ускладненими були кожні другі пологи (50%). На перший план виходили ускладнення, пов'язані з порушенням відділення плаценти і гіпотонічним станом післяпологової матки (36,7%), у результаті

чого загальна крововтрата перевищувала на 30% таку в контрольній групі, а інтраопераційна склала  $832,4 \pm 24,6$  мл ( $p < 0,01$ ). У 10,0% спостережень відбулося часткове передчасне відшарування плаценти, а 26,7% породіллям цієї групи треба буде проведення гемотрансфузії, тоді як у здорових жінок цей показник склав 6,7% ( $p < 0,01$ ).

Середня маса тіла новонароджених у жінок із «чистою» нефропатією була вірогідно менше, ніж у здорових жінок ( $p < 0,05$ ), також як і оцінка по шкалі Апгар ( $p < 0,05$ ). Як і в контрольній групі, у 20,0% випадків спостерігалось обвиття пуповини навколо шиї. У порівнянні з цим, у 46,7% дітей даної групи мали місце ознаки гіпотрофії, а в 63,3% - перинатальна поразка ЦНС, що зажадало переведення їх у спеціалізовану клініку для подальшого лікування.

Серед пацієнток із ГБ тільки 56,7% жінок були розроджені через природні пологові, а 43,3% - абдомінальним шляхом. У структурі показань переважали неефективне медикаментозне лікування (20,0%); передчасне відшарування плаценти (16,7%) і сукупність відносних показань в інтересах плоду (6,7%). У 10,0% спостережень у пологах проводилася керована гіпотонія. Загальна кровоточивість у цій групі була в два рази вище в порівнянні з контрольною ( $p < 0,01$ ), що пояснюється високим рівнем кесарських перетинів. Кожній другій породіллі з ГБ (50%) проводилася гемотрансфузія.

Середня маса тіла новонароджених у жінок із ГБ була вірогідно менше ніж у контрольній ( $p < 0,01$ ) і I групах ( $p < 0,05$ ), також як і оцінка по шкалі Апгар ( $p < 0,01$ ). Ознаки гіпотрофії мали місце в 36,7% новонароджених, а перинатальна поразка ЦНС - у 73,3%.

У пацієнток із ВСД частота ускладнених пологів склала 56,7% із перевагою оперативних втручань у пологах (33,3%) і аномалій пологової діяльності (30,0%), що явно переважали в структурі показань до кесарева перетину (26,7%). Показники загальної крововтрати і число гемотрансфузій було вірогідно вище у порівнянні з контрольною групою ( $p < 0,05$ ), проте з 2 групою - без явних різниць ( $p > 0,05$ ).

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, жінки з різноманітними гіпертонічними порушеннями під час вагітності складають групу високого ризику щодо розвитку акушерської і перинатальної патології. При цьому, найбільше несприятливим варіантом є гіпертонічна хвороба і вегето-судинна дистонія по гіпертонічного типу. Це свідчить про необхідність розробки комплексу специфічних лікувально-профілактичних заходів з урахуванням генеза гіпертонії під час вагітності.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Гойда Н.Г. Шляхи зниження материнської смертності при операції кесарева розтину у вагітних з екстрагенітальною патологією // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1999. - №5. - С.66-68.
2. Елисеєв О.М. Серцево-судинне захворювання у вагітних // Акушерство и гинекология. - 1994. - №5. -

C.272-279.

3. Камінський В.В. Стан системи мікроциркуляції при пізніх гестозах //Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. - №3. – С.61-63.
4. Подольський В.В., Моді Салех Фархат, Журавель І.А. Нейроциркуляторна астенія і вагітність //Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1994. - №5. – С.49-52.
5. Чайка В.К., Найкен Б.П., Трифонова О.Ф. Комплексна оцінка стану плсда у вагітних з фетоплацентарною недостатністю при пізньому гестозі //Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. - №3. – С.66-68.

## SUMMARY

### COMPARATIVE ASPECTS OF PREGNANCY AND LABOR IN WOMEN WITH HUPERTENSIVE DISORDERS **Shadlun D.R., Kiyshko G.P., Kozodoy A.V., Borodavko L.G., Tal'ko A.V.**

The clinical course of pregnancy, labor, puerperal, neonatal periods in 90 women with various hypertensive disease and vegetovascular dystonia of hypertensive type. The results obtained suggest that these womcn form a group of high risk in respect of the development of obstetric and perinatal pathology. Hypertensive disease and vegetovascular dystonia of hypertensive type are the most unfavourable variant. It requires the working out of specific treatment-and-prophylactic measures for them.