

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ GESTAЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ
(РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ)

Резюме. Недостатня ефективність існуючих методів лікування гіпертензивних станів під час вагітності обґрунтовує доцільність пошуку нових антигіпертензивних засобів та методик їх застосування у вагітних, що дозволить попередити розвиток прееклампсії та еклампсії у значній кількості випадків, і, таким чином, знизити частоту розвитку ускладнень вагітності та перинатальних втрат.

Мета дослідження – виявити фактори, що впливають на розвиток прееклампсії у вагітних з різними видами гіпертензивних розладів.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз і багатопланову розробку 564 карт спостереження за вагітними та жінками з гіпертензивними розладами.

Результати досліджень та їх обговорення. Хронічну артеріальну гіпертензію під час вагітності слід розглядати як один із факторів ризику виникнення прееклампсії та поєднаного гестозу, а низьку ефективність антигіпертензивної терапії або відсутність комплаєнсу можна вважати передвісником розвитку цих ускладнень. Наявність нелікованої хронічної артеріальної гіпертензії провокує маніфестацію прееклампсії та поєднаного гестозу у вагітних на 2–3 тижні раніше, ніж у жінок без артеріальної гіпертензії або при її адекватній терапії.

Висновки. Наявність неконтрольованої хронічної артеріальної гіпертензії у вагітних суттєво підвищує частоту розвитку в них пізніх гестозів і значно погіршує прогноз виношування вагітності. Застосування адекватної антигіпертензивної терапії вазодилатуючими бета-адреноблокаторами сприяє достовірному зниженню частоти розвитку прееклампсії та тяжкості її перебігу.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія у вагітних; фактори ризику; прееклампсія.

ВСТУП Артеріальна гіпертензія (АГ) в період виношування вагітності та під час пологів значно погіршує стан здоров'я жінки, провокує прогресування захворювання, виникнення судинних ускладнень і може стати причиною смерті жінки та дитини [1, 2]. Так, за даними ВООЗ, саме з АГ пов'язано 20–33 % випадків материнської смертності, а перинатальна смертність прогресивно зростає при кожному підвищенні середнього АТ на 5 мм рт. ст і зазвичай пов'язана з матково-плацентарною недостатністю і відшаруванням плаценти [3–5].

Хронічна артеріальна гіпертензія є незалежним чинником ризику розвитку порушень мозкового і ниркового кровообігу, спричиняє системні гемодинамічні розлади, підвищення загального периферичного опору судин, а також значно збільшує ймовірність розвитку хронічної хвороби нирок у вагітних [6]. Артеріальна гіпертензія, виявлена під час вагітності, часто трансформується в прееклампсію у (50 % випадків), а переклампсія на тлі гіпертонічної хвороби, особливо при неадекватному лікуванні, може ускладнюватися еклампсією (в 17–25 % випадків) [7].

Статистичні дані за останні роки свідчать, що в Україні немає тенденції до зниження частоти розвитку прееклампсії у вагітних [8, 11]. Аналогічні результати дають і вчені інших країн [9, 10]. Наведені факти зумовлюють зростання інтересу фундаментальної та клінічної медицини до питань епідеміології, патофізіології, прогнозування, профілактики та лікування гіпертензивних розладів у вагітних взагалі та поєднаного гестозу зокрема.

Недостатня ефективність стандартної (протокольної) антигіпертензивної терапії та суттєве обмеження застосування існуючих методів лікування гіпертензивних станів під час вагітності обґрунтовують доцільність пошуку нових антигіпертензивних засобів та методик їх застосування у вагітних, і саме ґрунтування на патогенетичному підході до лікування та профілактики гіпертензивних ускладнень, зокрема відновлення функціонального стану ендотелію судин та плаценти [10], дозволить попередити розвиток прееклампсії та еклампсії в значній кількості

випадків, і, таким чином, знизити частоту розвитку ускладнень вагітності та перинатальних втрат.

Метою дослідження було виявити фактори, що впливають на розвиток прееклампсії у вагітних із різними видами гіпертензивних розладів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проведено ретроспективний аналіз медичної документації вагітних жінок з артеріальною гіпертензією, а також прееклампсією, що розвинулася на фоні хронічної артеріальної гіпертензії, які перебували на лікуванні у відділенні патології вагітних та відділенні екстрагенітальної патології Тернопільського обласного перинатального центру “Мати і дитина” за період 2014–2016 рр. При цьому виконано багатопланову розробку 564 карт спостереження за вагітними та жінками з гіпертензивними розладами, які відповідали критеріям включення в дослідження, а саме: наявність одного із варіантів хронічної артеріальної гіпертензії (гіпертонічної хвороби I–II стадії, артеріальна гіпертензія на тлі патологічних станів, що супроводжуються вегетосудинною дисфункцією, та/або епізодів артеріальної гіпертензії в анамнезі); відсутність гіпертонічної хвороби III стадії та симптоматичних артеріальних гіпертензій; відсутність клінічних проявів прееклампсії на початку спостереження; можливість динамічного спостереження за усіма пацієнтками з 12-го тижня до завершення вагітності.

Для зручності статистичної обробки вказані історії пологів поділили на 4 блоки: перший блок – 138 карт вагітності жінок, які нехтували лікуванням хронічної артеріальної гіпертензії (ХАГ) до вагітності; другий блок – 142 історії вагітності жінок, де основними терапевтичними підходами до лікування хронічної артеріальної гіпертензії до вагітності було застосування інгібіторів АПФ; третій блок – 144 карти жінок, які отримували для лікування артеріальної гіпертензії вазодилатуючі бета-адреноблокатори; четвертий блок – 140 жінок без артеріальної гіпертензії та/чи іншої соматичної патології на початку спостереження, у яких артеріальна гіпертензія, в тому числі й прееклампсія, розвинулись під час вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті аналізу медичної документації встановлено, що вік вагітних із ХАГ є вищим, ніж у вагітних четвертого блоку. Причому медіана віку жінок із ХАГ становила 28 років, у т.ч. для першовагітних (табл. 1).

Отримані дані свідчать про те, що у більшості пацієнток синдром хронічної артеріальної гіпертензії формується у молодому віці, а вагітність, як додатковий фактор навантаження, сприяє ранній маніфестації симптомів артеріальної гіпертензії.

Відомо, що суттєвий вплив на хронічне підвищення артеріального тиску можуть спричиняти шкідливі звички та соціальні фактори: тютюнокуріння, вживання алкоголю, стресовий та малорухливий спосіб життя, зловживання гострою та солодкою їжею, надмірна маса тощо. Аналіз цих факторів ризику в обстежених пацієнток наведено в таблиці 2. При цьому встановлено, що одним із найважливіших факторів ризику розвитку АГ та розвитку на її фоні поєднаної прееклампсії був спадковий: наявність артеріальної гіпертензії у матері або батька вагітної жінки виявлено у понад 50 % обстежених усіх дослідних груп.

Встановлено, що жінок, у яких хронічна артеріальна гіпертензія була в найближчих родичів, у загальному виявилось 290 (51,6 %), на несприятливі соціальні фактори вказувала 181 пацієнтка (32,1 %) з усієї вибірки, курили 133 вагітних (23,6 %), в т.ч. під час вагітності 65 (11,5 %); пережили тяжкий стрес 203 обстежених (36,0 %), проблему надмірної маси мали 148 вагітних (26,2 %). Слід зауважити, що суттєвої різниці в частоті виявлення факторів ризику АГ серед вагітних усіх обстежених груп не виявлено, разом з тим, вказані фактори ризику могли суттєво впливати на частоту розвитку ускладнень АГ, у т.ч. гестозів.

Результати анамнестичного дослідження комплаєнсу щодо виду та об'єму терапії у жінок із хронічною артеріальною гіпертензією встановили його важливе клінічне значення. Так, у результаті ретроспективного аналізу було встановлено, що найчастіше прееклампсія розвивалася у жінок із хронічною артеріальною гіпертензією, які нехтували антигіпертензивним лікуванням до вагітності, а найнижчий показник був у жінок, в схему лікування яких було включено препарати бета-адреноблокаторів із вазодилатуючим ефектом (табл. 3).

З наведених у таблиці даних, видно, що гестози були у вагітних усіх груп, проте зауважимо суттєво нижчу частоту гестозів серед вагітних третьої та четвертої груп, що дозволяє зробити висновок про клінічну ефективність лікування вазодилатуючими засобами. Відмічено також факт суттєвої різниці в термінах гестації, при яких маніфестувала прееклампсія у жінок із хронічною артеріальною гіпертензією. Так, у вагітних із хронічною нелікованою артеріальною гіпертензією прееклампсія розвивалася на 2–3 тижні раніше, ніж у жінок без неї або в тих, які приймали антигіпертензивну терапію (рис.).

Як видно з наведеної діаграми, у жінок із хронічною артеріальною гіпертензією, які нехтували лікуванням, прееклампсія розвивалась в більш ранні терміни, в середньому на 2 тижні раніше. У жінок, які нехтували лікуванням, найбільша кількість випадків переходу хронічної артеріальної гіпертензії у поєднану прееклампсію відбувалась з двома "піками" в 26–28 тижнів (10 жінок) та 33–36 тижнів (14 жінок). При цьому в ранньому терміні вагітності було 2 випадки з прееклампсією тяжкого ступеня, 6 середнього і 2 легкого; у терміні 33–36 тижнів гестоз розвивався у 16 вагітних, відповідно у 3 жінок – тяжкого, 7 – середнього і 6 – легкого ступенів. У жінок,

Таблиця 1. Поділ вагітних за віком у групах дослідження

Вік	Перший блок історій	Другий блок історій	Третій блок історій	Четвертий блок історій
Середній вік у групі	29,4	29,9	29,6	29,6
Медіана віку	28,35	28,5	28,35	27,25

Таблиця 2. Соціально-демографічні фактори розвитку гіпертензивних розладів у вагітних обстежених груп

Фактор	Перша група, абс.		Друга група, абс.		Третя група, абс.		Четверта група, абс.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Спадковий фактор (гіпертензивні розлади у батька або матері вагітної, у т.ч. під час вагітності, сумарно)	70	50,7	74	52,1	74	51,4	72	51,4
Несприятливі соціальні фактори (одинок, складні житлові умови тощо)	46	33,3	45	33,1	47	32,6	43	30,7
Куріння (до/під час вагітності)	33	23,9	35	24,2	34	23,6	31	22,1
Наявність стресів на роботі, в сім'ї (розлучення, смерть близьких, задіяність у політично-військових процесах та ін.)	51	36,9	50	35,2	52	36,1	50	35,7
Надмірна маса, метаболічний синдром або надмірний набір маси до 20 тижня вагітності	37	26,8	37	26,0	38	26,4	36	25,7

Таблиця 3. Частота маніфестації прееклампсії у вагітних обстежених груп

Група	Частота розвитку прееклампсії	
	абс.	%
Перша, n=138	53	38,4
Друга, n=142	45	31,7
Третя, n=144	37	26,9
Четверта, n=140	38	27,1

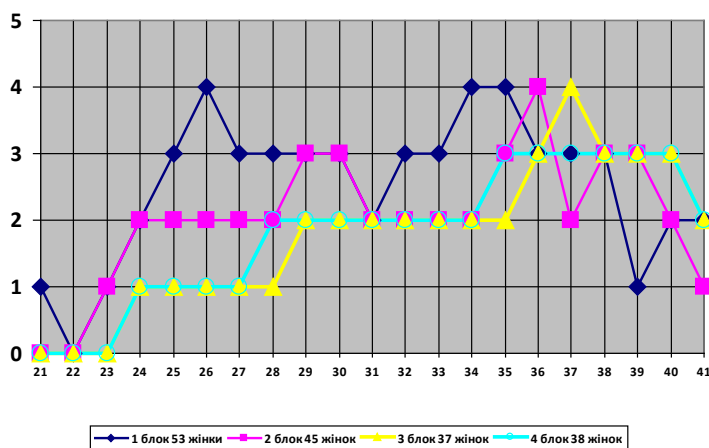


Рис. Графік кореляції терміну гестації у жінок із ХАГ і терміном появи преєклампсії.

які отримували антигіпертензивне лікування до вагітності, спостерігався незначний "пік" частоти розвитку поєднаного гестозу в 29–30 тижнів, і повторно в 35–36 тижнів вагітності. У жінок, котрі до вагітності для лікування ХАГ отримували вазодилатуючі бета-адреноблокатори і продовжували приймати їх під час вагітності (3 блок), та у жінок, у яких гіпертензія вперше розвинулась під час вагітності (4 блок) зростання частоти розвитку поєднаного преєклампсії припадало на 36–37 тижні гестації, з переважанням середньотяжкого і легкого ступенів тяжкості (табл. 4).

Наведені результати свідчать, що найбільша кількість ускладнень хронічної артеріальної гіпертензії преєклампсією спостерігається серед жінок, які нехтували лікуванням, у тому числі в них переважав розвиток гестозу тяжкого і середнього ступенів тяжкості (43,4 % – середній і 9 % – тяжкий). Більше того, в однієї вагітної цієї групи розвинулась еклампсія (на 34 тижні вагітності). У жінок, котрі отримували лікування хронічної артеріальної гіпертензії до вагітності, спостерігався суттєво нижчий відсоток тяжкої преєклампсії. Переважали середній та легкий ступені преєклампсії, але також мав місце один випадок еклампсії у вагітної на 36 тижні. Хронічна артеріальна гіпертензія у цієї вагітної мала резистентний перебіг і погано піддавалась медикаментозній корекції. У вагітних із хронічною артеріальною гіпертензією, які отримували

вазодилатуючі бета-адреноблокатори, гестоз розвивався у найпізніший термін, і при цьому переважали легкий або середній ступені тяжкості.

У цілому можна узагальнити, що факторами ризику тяжкого перебігу гіпертензивних розладів у вагітних є вік першородиль (старше 28 років), наявність спадкової схильності до артеріальної гіпертензії (наявність гіпертензії у матері або батька), нераціональне харчування, шкідливі звички (зокрема тютюнокуріння) та стрес.

Хронічну артеріальну гіпертензію під час вагітності слід розглядати як один із факторів ризику виникнення преєклампсії та поєднаного гестозу, а низьку ефективність антигіпертензивної терапії або відсутність комбінації можна вважати передвісником розвитку цих ускладнень. Наявність нелікованої хронічної артеріальної гіпертензії провокує маніфестацію преєклампсії та поєднаного гестозу у вагітних на 2–3 тижні раніше, ніж у жінок без артеріальної гіпертензії або при її адекватній терапії. Зауважимо також, що у вагітних, які використовували для лікування хронічної артеріальної гіпертензії вазодилатуючі бета-адреноблокатори, а також у жінок, в яких артеріальна гіпертензія вперше виникла під час вагітності, преєклампсія розвивалась із частотою, наближеною до частоти у загальній популяції і перебігала з переважанням легкого та середнього ступенів тяжкості.

Таблиця 4. Частота розвитку преєклампсії та ступені тяжкості у вагітних із хронічною артеріальною гіпертензією

Група	Кількість жінок	Легкий ступінь		Середній ступінь		Тяжкий ступінь		Еклампсія	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Перша	53	20	37,7	23	43,4	9	17,0	1	1,9
Друга	45	19	42,2	17	37,8	8	17,8	1	2,2
Третя	37	17	45,9	16	43,2	3	8,1	0	0
Четверта	38	18	47,3	17	44,7	2	5,3	0	0

ВИСНОВКИ 1. Наявність некорегованої хронічної артеріальної гіпертензії у вагітних суттєво підвищує частоту розвитку в них пізніх гестозів і значно погіршує прогноз виношування вагітності.

2. Застосування адекватної антигіпертензивної терапії вазодилатуючими бета-адреноблокаторами сприяє достовірному зниженню частоти розвитку преєклампсії та тяжкості її перебігу.

Перспективи подальших досліджень Отримані результати дослідження свідчать про несприятливий вплив хронічної артеріальної гіпертензії на частоту розвитку та тяжкість перебігу пізніх гестозів, що обґрунтовує доцільність вивчення клінічної ефективності різних груп антигіпертензивних засобів у вагітних з артеріальною гіпертензією та можливості їх комбінованого застосування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Roberts J. M. Pregnancy is a screening test for later life cardiovascular disease: now what? Research recommendations / J. M. Roberts, J. M. Catov // *Womens Health Issues*. – 2012. – Vol. 22. – P. 123–128.
2. Gifford R. W. Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy American Academy of Family Physicians / R. W. Gifford, P. A. August, G. Cunningham // *American Academy of Insurance Medicine*. <http://www.vidya.com/pdfs/1026preg.pdf>
3. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension; "Hypertension in Pregnancy"; https://www.escardio.org/static_file/escardio/Guidelines/publications/AHWeb_EM_Hypertension_2013.pdf
4. Наказ МОЗ від 24.05.2012 № 384.
5. Cerdeira A. S. Biomarkers in preeclampsia / A. S. Cerdeira, S. A. Karumanchi. – In: Edelstein C. L., editor. *Biomarkers of kidney disease*. 1st ed. Amsterdam; Boston: Academic Press/Elsevier; 2011. P. 385–426.
6. Гіпертонічна хвороба у вагітних: удосконалення системи організаційних і лікувально-профілактичних заходів. ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України" / І. М. Мелліна, Л. Б. Гутман, Л. І. Тутченко, А. А. Гудименко // *Артеріальна гіпертензія*. – 2011. – 1(15). – С.106–119.
7. Нагорная В. Ф. Гестозы / В. Ф. Нагорная // *Здоров'я України*. Тематичний випуск "Акушерство і гінекологія". – 2013. – С. 35–37.
8. "Hypertension in Pregnancy", The American College of Obstetrician and Gynecologists, Task Force, 2013; <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy>
9. The Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand Guideline for the Management of Hypertensive Disorders of Pregnancy / S. A. Lowe, K. Lust, L. P. McMahon // *Sydney. SOMANZ*. 2014 <https://somanz.org/documents/HTPregnancyGuidelineJuly2014.pdf>
10. George E. M. Endothelin: key mediator of hypertension in preeclampsia / E. M. George, J. P. Granger // *Am. J. Hypertens*. – 2011. – Vol. 24. – P. 964–969.
11. Підгірний Я. М. Анестезія та інтенсивна терапія у вагітних із преєклампсією/еклампсією / Я. М. Підгірний // *Медицина невідкладних станів*. – 2013. – № 6 (53). – С.19–26.

Отримано 03.05.17

©S. M. Geryak, I. Ye. Humenna, M. I. Shved

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

PECULIARITIES OF GESTATION IN WOMEN WITH HYPERTENSIVE DISORDERS (RETROSPECTIVE ANALYSIS)

Summary. Insufficient effectiveness of existing methods of treatment of hypertensive conditions during pregnancy justifies the expediency of searching for new antihypertensive agents and methods of their use in pregnant women, which will prevent the development of preeclampsia and eclampsia in a significant number of cases, and thus reduce the incidence of pregnancy complications and perinatal losses.

The aim of the study – to detect factors affecting the development of preeclampsia in pregnant women with various types of hypertensive disorders.

Materials and Methods. A retrospective analysis and a multidimensional development of 564 monitoring cards for pregnant women and women with hypertensive disorders was conducted.

Results and Discussion. Chronic hypertension in pregnancy should be considered as one of the risk factors for pre-eclampsia and preeclampsia combined, and low efficiency of antihypertensive therapy or lack of compliance can be considered a precursor to the development of these complications. The presence of untreated chronic hypertension and pre-eclampsia provokes demonstration combined preeclampsia in pregnant 2–3 weeks earlier than women without hypertension or at its adequate therapy.

Conclusions The presence of not corrected chronic hypertension in pregnancy significantly increases the frequency of their late gestosis and significantly worsens the prognosis of pregnancy. Applying an adequate antihypertensive therapy vasodilator beta-blockers contributes significant reduction in the incidence of preeclampsia and the severity of its course.

Key words: arterial hypertension in pregnant women; risk factors; preeclampsia.

©С. Н. Геряк, И. Е. Гуменная, Н. И. Швед

ГБУЗ "Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского"

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

Резюме. Недостаточная эффективность существующих методов лечения гипертензивных состояний во время беременности обосновывает целесообразность поиска новых антигипертензивных средств и методик их применения у беременных, что позволит предупредить развитие преэклампсии и эклампсии у значительного количества случаев, и, таким образом, снизить частоту развития осложнений беременности и перинатальных потерь.

Цель исследования – обнаружить факторы, влияющие на развитие преэклампсии у беременных с различными видами гипертензивных расстройств.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ и многоплановая разработка 564 карт наблюдения за беременными и женщинами с гипертензивными расстройствами.

Результаты исследований и их обсуждение. Хроническую артериальную гипертензию во время беременности следует рассматривать как один из факторов риска возникновения преэклампсии и сочетанного гестоза, а низкую эффективность антигипертензивной терапии или отсутствие комплаенса можно считать предвестником развития этих осложнений. Наличие нелеченной хронической артериальной гипертензии провоцирует манифестацию преэклампсии и сочетанного гестоза у беременных на 2–3 недели раньше, чем у женщин без артериальной гипертензии или при ее адекватной терапии.

Выводы. Наличие неконтролируемой хронической артериальной гипертензии у беременных существенно повышает частоту развития у них поздних гестозов и значительно ухудшает прогноз вынашивания беременности. Применение адекватной антигипертензивной терапии вазодилирующей бета-адреноблокаторы способствует достоверному снижению частоты развития преэклампсии и тяжести ее течения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия у беременных; факторы риска; преэклампсия.