

УДК 616.12-008.331.1-07-001.5:618.3-06

Л. Ф. Бартош, Н. К. Рунихина, Е. С. Панина

ДИНАМИКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Аннотация. Результаты сравнительного анализа диагностической тактики ведения беременных с артериальной гипертензией в Пензенской области в 2005–2006 и 2009–2010 гг. продемонстрировали, что врачи часто испытывают затруднения при постановке диагноза артериальной гипертензии беременным. Из инструментальных методов исследования у беременных с гипертензивным синдромом клиницисты редко используют суточное мониторирование артериального давления, тогда как контроль уровня артериального давления с помощью данной методики ассоциируется с меньшим числом осложнений течения беременности, родов и неблагоприятных перинатальных исходов.

Ключевые слова: критерии диагностики, инструментальные методы исследования, артериальная гипертензия, беременность.

Abstract. The results of comparative analysis of diagnostic approach to examine pregnant women with hypertension in Penza in 2005–2006 and 2009–2010 show that doctors often face difficulties when diagnosing hypertension in pregnant women. From a number of instrumental methods of examination of pregnant women with hypertension the clinicians seldom use 24-hours monitoring of blood pressure, whereas the control of blood pressure by this method associates with lesser quantity of complication of pregnancy, labor course and unfavorable perinatal outcomes.

Key words: diagnostics criteria, instrumental method of examination, hypertension, pregnancy.

Введение

Артериальную гипертензию (АГ) относят к наиболее частому осложнению при беременности. Распространенность АГ у беременных в России, по данным разных авторов, составляет от 5 до 30 % [1], в США – около 10 % [2].

Несмотря на большую распространенность и высокий процент осложнений для матери и плода/новорожденного, в подходах к ведению беременных с АГ имеется множество несогласованных позиций, в частности касающихся терминологии и методов диагностики данной патологии. Фармакоэпидемиологические исследования АГ у беременных в России продемонстрировали отсутствие единых подходов в лечебно-диагностической тактике ведения беременных с различными формами АГ. Только 59,4 % врачей в 2005–2006 гг. и 62,5 % в 2008–2009 гг. считали критерием диагностики АГ во время беременности общепринятый уровень артериального давления (АД) $\geq 140/90$ мм рт. ст., остальные клиницисты при постановке диагноза АГ у беременной использовали другие критерии [3–9].

Помимо критериев диагностики АГ у беременных, до настоящего времени не существует четкого алгоритма выбора инструментальных методов обследования данной категории пациенток. Несмотря на большое количество исследований, свидетельствующих о ряде преимуществ суточного мониторинга артериального давления (СМАД) в период гестации [10–15], в повседневной акушерской практике по-прежнему основным методом выявления и контроля АГ является традиционное 3–4-кратное измерение АД.

Цель исследования: изучение диагностической тактики ведения беременных с АГ в Пензенской области в 2009–2010 гг. в сравнении с результатами подобного исследования, проводимого в 2005–2006 гг., а также определение наиболее адекватного способа контроля уровня АД в период гестации.

1. Материалы и методы исследования

Исследование включало анкетирование врачей, которые принимают участие в ведении беременных с АГ, – акушеров-гинекологов, терапевтов, кардиологов, а также анализ экспертных карт, заполненных на основании медицинской документации беременных. Материалы для опроса клиницистов составлены с учетом анкет, разработанных Всероссийским научным обществом кардиологов. В анкетировании 2005–2006 гг. приняли участие 77 кардиологов, 142 терапевта и 64 акушера-гинеколога. В 2009–2010 гг. проведено анкетирование среди тех же врачей: 72 кардиологов, 118 терапевтов, 58 акушеров-гинекологов. При анкетировании врачам было предложено ответить на вопрос: какой уровень АД следует использовать в качестве критерия диагностики АГ у беременных и какие методы исследования необходимо проводить у данной категории пациенток?

Были заполнены и оценены 235 экспертных карт: 166 в 2005–2006 гг. и 69 в 2009–2010 гг. По данным медицинской документации проводилась оценка динамики использования инструментальных методов исследования у беременных с АГ в реальной клинической практике за пять лет.

Для определения наиболее адекватного способа контроля уровня АД в период гестации был проведен ретроспективный анализ осложнений беременности, родов и перинатальных исходов в зависимости от методики измерения АД. Первую группу составили 82 беременные с АГ, уровень АД которых контролировался с помощью офисного способа измерения, вторую группу – 156 беременных, у которых АД определялось методом СМАД. Все беременные получали гипотензивную терапию.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica фирмы StatSoft Inc., США, версия 6.0. Достоверность различий оценивалась с помощью критерия χ^2 по Пирсону, χ^2 с поправкой Йетса, двустороннего варианта точного критерия Фишера.

2. Результаты исследования и обсуждение

По результатам анкетирования, врачи Пензенской области считали возможным использовать различные уровни АД при постановке беременной диагноза АГ (рис. 1).

Об этом свидетельствует то, что как в 2005–2006 гг. (32,9 %), так и в 2009–2010 гг. (31 %) большая доля врачей предлагала более одного критерия диагностики АГ в период гестации. Из предложенных значений АД врачи от-

давали предпочтение двум вариантам ответов без существенной динамики за пять лет: чаще других критериев диагностики АГ в период беременности клиницисты считали правильным использовать уровень АД $> 120/80$ мм рт. ст., на втором месте находился общепринятый критерий диагностики АГ у беременных – повышение АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. В 2009–2010 гг. наметилась тенденция к увеличению процента врачей, ориентирующихся при постановке диагноза АГ у беременных на одновременное повышение систолического АД (САД) на 30 мм рт. ст. и диастолического АД (ДАД) на 15 мм рт. ст. от исходного уровня (14,5 против 9,5 %, $p = 0,0769$). Незначительная часть клиницистов как в 2005–2006 гг., так и в 2009–2010 гг. предлагала ориентироваться на повышение только САД на 30 мм рт. ст. или ДАД на 15 мм рт. ст. от исходного уровня. Таким образом, ситуация в отношении критериев диагностики АГ у беременных за пять лет существенно не изменилась. По-прежнему отсутствуют единые критерии диагностики АГ у беременных, большинство врачей испытывает затруднение при постановке диагноза АГ беременным, предлагая несколько вариантов ответов, а значительная часть клиницистов считает правильным ставить диагноз АГ беременным уже при уровне АД $> 120/80$ мм рт. ст.

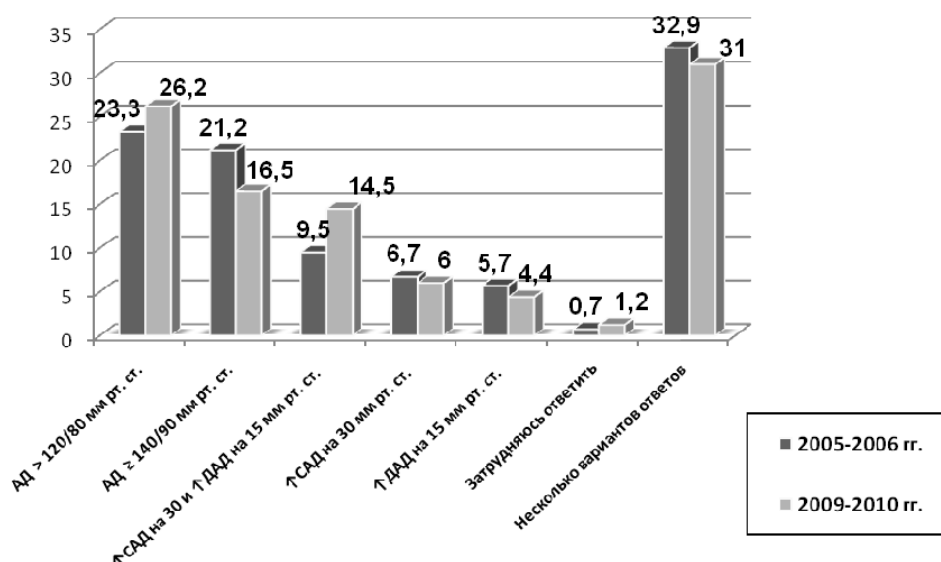


Рис. 1. Динамика ответов врачей по критериям диагностики артериальной гипертензии в период беременности (%)

В большинстве международных рекомендаций в качестве критерия АГ беременных используется повышение САД ≥ 140 мм рт. ст. и (или) ДАД ≥ 90 мм рт. ст. [16–18], однако Канадская ассоциация акушеров-гинекологов предлагает в качестве основного критерия повышение именно ДАД > 90 мм рт. ст. [19]. Необходимо отметить, что во всех международных рекомендациях одновременное повышение САД на 30 мм рт. ст. и ДАД на 15 мм рт. ст. от исходных значений исключено из критериев АГ беременных, так как по результатам ряда клинических исследований у женщин этой группы не возрастало число неблагоприятных исходов [20, 21].

При ведении беременной с повышенным уровнем АД важным является способ измерения АД, на основании которого делается вывод о наличии АГ у пациентки и от которого зависит тактика лечения. Ряд авторов с целью диагностики, назначения и контроля медикаментозного лечения АГ беременных рекомендуют использование метода СМАД [22–24] как наиболее информативного и достоверного, позволяющего врачам не только определиться с диагнозом АГ, но и более качественно провести мониторинг эффективности антигипертензивной терапии у беременной.

Проведенное анкетирование среди врачей Пензенской области продемонстрировало частоту использования СМАД у беременных по сравнению с другими инструментальными методами исследования (табл. 1).

Таблица 1

Динамика ответов врачей в отношении использования инструментальных методов исследования у беременных с артериальной гипертензией

Инструментальные методы исследования	2005–2006 гг. $N = 283, n = 859$		2009–2010 гг. $N = 248, n = 713$		p
	Абс	%	Абс	%	
ЭКГ	273	31,8	214	30	0,4507
СМАД	64	7,5	88	12,3	0,0011
ЭХО-КГ	184	21,4	145	20,3	0,5990
Доплерометрическая оценка МПК	68	7,9	51	7,2	0,5690
УЗИ почек	251	29,2	203	28,5	0,7443
Другие	19	2,2	12	1,7	0,4528

Примечание. ЭКГ – электрокардиография, СМАД – суточное мониторирование артериального давления, ЭХО-КГ – эхо-кардиография, МПК – маточно-плацентарный кровоток, УЗИ – ультразвуковое исследование; N – количество респондентов, n – количество ответов; p – χ^2 по Пирсону.

Как в 2005–2006, так и в 2009–2010 гг. чаще других методов исследования у беременных с АГ клиницисты считали необходимым проведение электрокардиографии (ЭКГ) и ультразвукового исследования (УЗИ) почек, третье место по частоте использования занимала эхо-кардиография (ЭХО-КГ). В 2009–2010 гг. увеличился процент ответов врачей, считающих необходимым проведение СМАД у беременных с повышенным уровнем АД (12,3 против 7,5 %, $p = 0,0011$). Врачи редко считали необходимым проводить оценку маточно-плацентарного кровотока (МПК) без существенной динамики за пять лет.

Для верификации использования инструментальных методов исследования у беременных с АГ в реальной клинической практике был проведен анализ экспертных карт, заполненных по данным медицинской документации (табл. 2).

По данным медицинской документации в 2005–2006 гг. врачи в своей практике чаще использовали ЭКГ, метод СМАД находился на втором месте, практически с одинаковой частотой клиницисты применяли УЗИ почек и исследование МПК, редко оценивая ЭХО-КГ изменения. В 2009–2010 гг. врачи чаще стали использовать СМАД (34,3 против 25,3 %, $p = 0,0311$), которое за-

няло первое место по сравнению с другими методами исследования, статистически значимо увеличился процент оценки МПК (29 против 13,1 %, $p < 0,0001$). Вместе с тем уменьшилась доля применения ЭКГ (11,2 против 36,1 %, $p < 0,0001$), наметилась тенденция к уменьшению частоты использования ЭХО-КГ (7,1 против 11,9 %, $p = 0,0888$). В отношении использования УЗИ почек существенной динамики за пять лет не произошло.

Таблица 2

Динамика инструментальных методов исследования у беременных с артериальной гипертензией по данным экспертных карт

Инструментальные методы исследования	2005–2006 гг., $N = 166, n = 360$		2009–2010 гг., $N = 69, n = 169$		p
	Абс.	%	Абс.	%	
ЭКГ	130	36,1	19	11,2	$< 0,0001$
СМАД	91	25,3	58	34,3	0,0311
ЭХО-КГ	43	11,9	12	7,1	0,0888
Доплерометрическая оценка МПК	47	13,1	49	29	$< 0,0001$
УЗИ почек	49	13,6	31	18,3	0,1566

Примечание. ЭКГ – электрокардиография, СМАД – суточное мониторирование АД, ЭХО-КГ – эхо-кардиография, МПК – маточно-плацентарный кровоток, УЗИ – ультразвуковое исследование; N – количество экспертных карт, n – количество инструментальных методов исследования; p – χ^2 по Пирсону.

По данным проведенного исследования осложнения течения беременности, родов и неблагоприятные перинатальные исходы наблюдались как в группе беременных, которым проводилось офисное измерение АД, так и у пациенток, обследованных с помощью СМАД (табл. 3).

Таблица 3

Способ определения уровня артериального давления, частота выявления осложнений течения беременности, родов и перинатальных исходов

Характер осложнений	Офисное измерение АД		СМАД		<i>p</i>
	<i>N</i> = 82, <i>n</i> = 144		<i>N</i> = 156, <i>n</i> = 381		
	Абс.	%	Абс.	%	
1	2	3	4	5	6
Течение беременности					
Токсикоз	2	1,4	8	2,1	0,5950
Угроза прерывания беременности	25	17,4	40	10,5	0,0332
Предлежание плаценты	1	0,7	4	1,0	0,7083
Преждевременная отслойка НРП	1	0,7	1	0,3	0,4735
Нарушение МПК	5	3,5	6	1,6	0,1757
Хроническая ФПН	16	11,1	27	7,1	0,1335
Течение родов					
Несвоевременное излитие околоплодных вол	9	6,3	34	8,9	0,4131

1	2	3	4	5	6
Нарушения родовой деятельности	13	9,0	32	8,4	0,8184
Преждевременные роды	2	1,4	14	3,7	0,1741
Кровотечение в послеродовом периоде	4	2,8	0	0	0,0011
Перинатальные исходы					
Внутриутробная гипоксия, асфиксия в родах	12	8,3	48	12,6	0,1706
ВЗРП	14	9,7	37	9,7	0,9970
Недоношенность	0	0	13	3,4	0,0248
Гипотрофия	6	4,2	26	6,8	0,2562
Макросомия	0	0	2	0,5	0,3837
Морфофункциональная незрелость	5	3,5	14	3,7	0,9118
Перезрелость	0	0	1	0,3	0,5397
Нарушения церебрального статуса новорожденного	22	15,3	39	10,2	0,1078
Респираторные нарушения у новорожденных	5	3,5	25	6,6	0,1736
Врожденные аномалии	0	0	7	1,8	0,1015
Кожно-геморрагический синдром	0	0	2	0,5	0,3837
Полицитемический синдром	0	0	1	0,3	0,5383
Смерть плода	2	1,4	0	0	0,0212

Примечание. АД – артериальное давление; СМАД – суточное мониторирование артериального давления; НРП – нормально расположенная плацента; МПК – маточно-плацентарный кровоток; ФПН – фетоплацентарная недостаточность; ВЗРП – внутриутробная задержка развития плода; N – количество экспертных карт; n – количество осложнений; p – χ^2 по Пирсону.

Во второй группе достоверно чаще встречались признаки недоношенности у новорожденного (3,4 против 0 %, $p = 0,0248$), тогда как в группе пациенток, у которых контроль уровня АД и эффективности антигипертензивной терапии осуществлялся офисным способом, чаще встречались такие осложнения, как угроза прерывания беременности (17,4 против 10,5 %, $p = 0,0332$) и кровотечения в послеродовом периоде (2,0 против 0 %, $p = 0,0011$), а в двух случаях имела место смерть плода (1,4 против 0 %, $p = 0,0212$).

Заключение

Результаты исследования продемонстрировали, что диагностическая тактика ведения беременных с АГ в Пензенской области в 2009–2010 гг. в сравнении с 2005–2006 гг. практически не изменилась. Анкетирование врачей показало, что в реальной клинической практике по-прежнему нет единства мнений о критериях диагностики АГ у беременных. Общепринятый критерий диагностики – повышение АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. – занимает второе

место по частоте использования после критерия АД $\geq 120/80$ мм. рт. ст., что свидетельствует о гипердиагностике АГ у беременных в Пензенской области. Спектр используемых инструментальных методов исследования для оценки состояния беременных с АГ достаточно широк, однако врачи чаще рекомендуют оценивать функцию сердца и почек беременной, пренебрегая оценкой МПК. Несмотря на увеличение в 2009–2010 гг. числа врачей, recommending СМАД, данный метод в целом используется достаточно редко. Диагностику АГ и контроль уровня АД у беременных с помощью СМАД ассоциируется с меньшим числом осложнений течения беременности, родов и неблагоприятных перинатальных исходов.

Список литературы

1. **Шехтман, М. М.** Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. – М. : Трида, 2008. – 816 с.
2. **Podymow, T.** Update on the Use of Antihypertensive Drugs in Pregnancy / T. Podymow, Ph. August // Hypertension. – 2008. – V. 51. – P. 960–969.
3. Антигипертензивная терапия артериальной гипертонии у беременных в лечебных учреждениях в реальной практике / Л. Ф. Бартош и др. // Артериальная гипертония. – 2008. – Т. 14, № 1(1). – С. 85.
4. Анализ структуры антигипертензивной терапии, назначаемой беременным в реальной практике в зависимости от уровня лечебно-профилактического учреждения / Л. Ф. Бартош и др. // Первый Приволжский кардиологический форум : материалы форума. – Пенза, 2007. – С. 17–18.
5. Анализ структуры антигипертензивной терапии у беременных, назначаемой врачами первичного звена в реальной практике / Л. Ф. Бартош и др. // Первый Приволжский кардиологический форум : материалы форума. – Пенза, 2007. – С. 20–21.
6. Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертонией в России / Р. Г. Оганов и др. – М. : Рашин Продакшн, 2007. – 136 с.
7. **Оганов, Р. Г.** Многоцентровое эпидемиологическое исследование «Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертонией в России «Диалог» / Р. Г. Оганов, В. И. Кулаков, О. Н. Ткачева // Артериальная гипертония. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 27–39.
8. **Оганов, Р. Г.** Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертонией в России: диагностика и классификация (результаты многоцентрового эпидемиологического исследования «Диалог II») / Р. Г. Оганов, О. Н. Ткачева // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 43–48.
9. **Оганов, Р. Г.** Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертонией в России: лечебная тактика (результаты многоцентрового эпидемиологического исследования «Диалог II») / Р. Г. Оганов, О. Н. Ткачева // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 6. – С. 30–36.
10. **Рунихина, Н. К.** Результаты Российского многоцентрового эпидемиологического исследования «Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертонией в России «Диалог II» / Н. К. Рунихина // Артериальная гипертония. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 45–51.
11. **Бартош, Л. Ф.** Диагностика и лечение артериальной гипертонии у беременных в условиях первичной медико-социальной помощи населению : учеб. пособие для участковых терапевтов и врачей общей практики / Л. Ф. Бартош, И. В. Дорогова. – Пенза, 2006. – 68 с.
12. **Горбунов, В. Н.** Использование суточного мониторирования артериального давления для оценки эффективности антигипертензивной терапии / В. Н. Горбунов. – Н. Новгород : ДЕКОМ, 2006. – 48 с.

13. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC). Рекомендации 2007 г. по лечению артериальной гипертензии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2008. – № 1–2. – С. 51–53.
14. **Макаров, О. В.** Артериальная гипертензия у беременных. Только ли гестоз? / О. В. Макаров, Н. Н. Николаев, Е. В. Волкова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 176 с.
15. **Дмитриева, М. Л.** Суточный профиль артериального давления у беременных женщин с артериальной гипертензией в III триместре беременности / М. Л. Дмитриева, А. А. Рябова, И. В. Ергалиева // Материалы Всероссийской 67-й итоговой студенческой научной конференции им. Н. И. Пирогова. – Томск, 2008. – С. 91–92.
16. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24, № 8. – P. 761–781.
17. Society of obstetric medicine of Australia and New Zealand (SOMANZ). Guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2008 / S. A. Lowe et al. // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. – 2009. – V. 49, № 3. – P. 242–246.
18. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy / R. W. Gifford, P. A. August, G. Cunningham [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – V. 183. – P. 1–22.
19. Hypertension Guideline Committee and approved by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy // J. Obstet. Gynaecol. Can. – 2008. – V. 30, № 3. – P. 1–48.
20. **Levine, R. J.** Should the definition of pre-eclampsia include a rise in diastolic blood pressure of 15 mm Hg? / R. J. Levine // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – V. 182. – P. 225.
21. **North, R. A.** Evaluation of a definition of pre-eclampsia / R. A. North, R. S. Taylor, J. C. Schellenberg // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 1999. – V. 106. – P. 767–773.
22. **Бартош, Л. Ф.** Артериальные гипертензии у беременных / Л. Ф. Бартош, И. В. Дорогова. – М. ; Н. Новгород : ДЕКОМ, 2007. – 148 с.
23. **Захаров, И. В.** Применение метода суточного мониторирования артериального давления для выявления гипердиагностики артериальной гипертензии у беременных / И. В. Захаров // Лекарственный вестник. – 2006. – № 5. – С. 55–56.
24. Суточный мониторинг артериального давления при беременности и гестозе / Л. Е. Мурашко, М. С. Губарева, З. Т. Бадоева, Ф. С. Бадоева // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3. – С. 61–67.

Бартош Леонид Федорович

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой терапии, общей
врачебной практики, эндокринологии
и гастроэнтерологии, Пензенский
институт усовершенствования врачей

E-mail: rodino091@rambler.ru

Bartosh Leonid Fyodorovich

Doctor of medical sciences, professor,
head of sub-department of therapy,
general practice, endocrinology
and gastroenterology, Penza Institute
of Advanced Medical Studies

Рунихина Надежда Константиновна

доктор медицинских наук, руководитель
терапевтического отделения, Научный
центр акушерства, гинекологии
и перинатологии им. академика
В. И. Кулакова (г. Москва)

E-mail: secretariat@oparina4.ru

Runikhina Nadezhda Konstantinovna

Doctor of medical sciences, head of therapy
unit, Research center of obstetrics,
gynecology and perinatology named
after academician V. I. Kulakov (Moscow)

Панина Елена Сергеевна

ассистент, кафедра терапии, общей
врачебной практики, эндокринологии
и гастроэнтерологии, Пензенский
институт усовершенствования врачей

E-mail: panina.es@mail.ru

Panina Elena Sergeevna

Assistant, sub-department of therapy,
general practice, endocrinology
and gastroenterology, Penza Institute
of Advanced Medical Studies

УДК 616.12-008.331.1-07-001.5:618.3-06

Бартош, Л. Ф.

Динамика диагностической тактики ведения беременных с артериальной гипертензией в реальной клинической практике / Л. Ф. Бартош, Н. К. Рунихина, Е. С. Панина // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2012. – № 4 (24). – С. 65–73.