

УДК 616.12-008.331.1:618.2-06

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ, АНАМНЕЗА И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

© 2009 г. В. С. Чулков, С. П. Синицын, Н. К. Вереина,
Н. В. Уразова

Челябинская государственная медицинская академия, г. Челябинск

По данным большинства исследований, проведенных в последние годы, распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди беременных в различных регионах Российской Федерации составляет от 5 до 30 % [3–7, 9, 10, 13, 15–23]. Артериальная гипертензия является доказанным фактором риска материнской и перинатальной смертности [1, 2, 6, 7, 12–14, 18, 19]. Беременные с АГ предрасположены к развитию таких осложнений, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, ДВС-синдром, нарушения мозгового кровообращения, острая почечная недостаточность, задержка внутриутробного развития и гибель плода, эклампсия [1, 2, 4–7, 9–14, 16, 17–23], в патогенезе которых большое значение имеют тромбогенные сдвиги в системе гемостаза [8, 15].

Данные о частоте различных форм АГ у беременных, их взаимосвязи с другими факторами риска, включая тромбогенные, клиническими особенностями протекания беременности и ее исходов немногочисленны и неоднородны, что во многом определяется использованием до недавнего времени различных подходов к терминологии и классификации [5–7, 16].

Цель и задачи когортного исследования с ретроспективной когортой — изучить структуру АГ, взаимосвязь различных ее форм с соматическими и акушерско-гинекологическими факторами тромбогенного риска, а также особенности течения и исходов беременности у женщин с различными формами АГ в условиях крупного промышленного города (Челябинск).

Материал и методы исследования

Источниковой популяцией явились беременные женщины, направленные на консультацию в городской отдел патологии гемостаза на базе городской клинической больницы № 11 г. Челябинска за период 2006–2007 годов. Точкой начала наблюдения явился первый визит в отдел патологии гемостаза, конца наблюдения — 12 недель после завершения беременности, независимо от ее исхода.

Метод выборки: для группы с АГ — сплошной, для группы без АГ — каждый 2-й случай (случайная выборка) из общего списка пациенток с известными исходами беременности (700 женщин).

Критерии включения: беременность, подтвержденная положительным тестом на хорионический гонадотропин человека, ультразвуковым исследованием, осмотром гинеколога; данные медицинской документации о течении и исходе беременности.

Критерии исключения: заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, гипотиреоз, гипертиреоз, болезнь и синдром Иценко — Кушинга), сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания (пороки сердца

Целью исследования явилось изучение структуры артериальной гипертензии (АГ), взаимосвязи с соматическими и акушерско-гинекологическими факторами тромбогенного риска, а также течением и исходами беременности у женщин с различными формами АГ в условиях крупного промышленного города (Челябинск). За период 2006–2007 годов ретроспективно отобрано 400 беременных: 135 с АГ (основная группа), 265 без АГ (группа сравнения).

У женщин с АГ достоверно чаще встречались избыточная масса тела и отягощенная наследственность по АГ, акушерско-гинекологический анамнез характеризовался большей частотой гестоза и преждевременных родов в исходе предыдущих беременностей, а течение настоящей беременности — более частым развитием раннего токсикоза, хронической плацентарной недостаточности. Относительный риск преждевременных родов в 2,5 раз выше, а патологии со стороны плода при рождении (хроническая внутриутробная гипоксия, задержка развития плода) у беременных с АГ в 2,1 раз выше, чем у женщин без АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, беременность, факторы тромбогенного риска, гипертензивные нарушения во время беременности.

различной этиологии, миокардиты, кардиомиопатии), системные заболевания соединительной ткани (включая системные васкулиты), антифосфолипидный синдром, геморрагические диатезы, хронический алкоголизм, наркомании.

Артериальная гипертензия устанавливалась в случае повышения систолического артериального давления (САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления (ДАД) ≥ 90 мм рт. ст. [6].

За период 2006–2007 годов ретроспективно, согласно критериям включения/исключения, было отобрано 400 беременных. Все беременные были разделены на 2 группы: основная группа — с АГ ($n = 135$), группа сравнения — без АГ ($n = 265$).

В соответствии с классификацией, предложенной Рабочей группой по высокому артериальному давлению (АД) при беременности Всероссийского научного общества кардиологов (2007), беременные с АГ были разделены на 4 подгруппы.

В подгруппу с хронической АГ (ХАГ) вошли 32 беременные с АГ, диагностированной до наступления беременности или до 20 недели гестации, а также возникшей после 20 недели гестации, но не исчезнувшей после родов через 12 недель.

В подгруппу с гестационной АГ (ГАГ) вошли 10 беременных. ГАГ регистрировалась при повышении САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст., впервые зафиксированных после 20 недели беременности, при этом отсутствовали патологическая прибавка массы тела, отеки и протеинурия. Диагноз уточнялся через 12 недель после родов — АД приходило к норме, в случае сохранения АГ устанавливался диагноз ХАГ.

Гестоз, специфичный для беременности синдром, который обычно возникает после 20 недели гестации, определялся по появлению АГ, сопровождавшейся патологической прибавкой массы тела, отеками и/или протеинурией, встречался у 52 беременных.

Сочетанный гестоз (гестоз на фоне ХАГ) наблюдался у 41 беременной.

Срок первого обращения был ($21,0 \pm 4,5$) недели в группе с АГ и ($22,0 \pm 5,0$) недели в группе без АГ. Количество визитов в отдел патологии гемостаза в среднем составило от 2 до 4 визитов за всю беременность.

Методы исследования

Анализ карты наблюдения в городском отделе патологии гемостаза, а также медицинской документации в женской консультации (история беременности, диспансерная карта беременной): 1) выкопировка клинических данных из медицинской документации; 2) регистрация данных обследования на урогенитальные инфекции (методами иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции), данные УЗИ и доплерометрии маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков.

Статистический анализ данных проводился с помощью пакета программ STATISTICA 6.0 (Stat-Soft, 2001). Данные в тексте и в таблицах представлены

в виде $M \pm \sigma$ (M — среднее значение, σ — среднее квадратическое отклонение) при нормальном распределении; в виде $Me [25; 75]$ (Me — медиана; 25 и 75 процентиля) при распределении, отличном от нормального. Для сравнения качественных показателей (долей) в группах и подгруппах использовался критерий χ^2 (хи-квадрат Пирсона). В случае, если ожидаемая частота признака составляла менее 5, применялся точный критерий Фишера. Критический уровень значимости принимался равным 0,05. Расчеты относительного риска (ОР) и с 95 % доверительным интервалом (95 % ДИ) проводились с помощью программы EpiInfo (Версия 5.16).

Результаты исследования

Возраст беременных варьировал от 19 до 42 лет. Средний возраст пациенток в группе с АГ оказался выше и составил ($29,0 \pm 5,2$) года, а в группе без АГ ($27,0 \pm 5,1$) года ($p = 0,002$). Беременные старше 30 лет чаще встречались среди женщин с АГ — 85 беременных (43 %), чем без АГ — 98 беременных (33 %), особенно в подгруппах с ХАГ (у 49 %) и сочетанным гестозом (у 60 %), $p < 0,05$.

Структура АГ у обследованных пациенток выглядит следующим образом: у 32 женщин (23,7 %) имела место ХАГ (без присоединения гестоза), а у 41 (30,4 %) отмечалось присоединение гестоза к предшествующей гипертензии (сочетанный гестоз). «Чистый» гестоз (без предшествующей АГ) имел место у 52 женщин (38,5 %). Реже всего встречалась ГАГ — у 10 человек (7,4 %).

Среди пациенток с ХАГ диагноз гипертонической болезни, установленный терапевтом, имели 55 беременных (77,5 %); симптоматической АГ — 16 (22,5 %): нейроциркуляторная дистония (НЦД) по гипертоническому типу — у 14 человек (19,7 %), патология почек (хронический пиелонефрит) — у 2 (2,8 %). Присоединение гестоза к предшествующей гипертензии (сочетанный гестоз) отмечалось у 65,5 % беременных с гипертонической болезнью и у 35,7 % беременных с ранее выставленной НЦД по гипертоническому типу (всего у 41 женщины из 135 с АГ).

У 5 беременных (15,6 %) в подгруппе с изолированной хронической АГ и у 1 (2,4 %) в подгруппе с сочетанным гестозом выставлена II стадия гипертонической болезни (на основании обнаружения гипертрофии левого желудочка — $ИММЛЖ \geq 110$ г/м²), у остальных беременных с АГ поражения сердца и почек не обнаружено, что, вероятнее всего, связано с недостаточным объемом проведенных исследований. Ассоциированных клинических состояний не было ни у одной беременной в нашем исследовании.

При анализе анамнеза оказалось, что отягощенная наследственность по АГ достоверно чаще встречалась в группе с АГ в сравнении с группой без АГ (39,3 и 20,4% соответственно, $p < 0,001$). В подгруппах с АГ отягощенная наследственность по АГ достоверно чаще наблюдалась у женщин с ХАГ (46,9 %, $p =$

0,002) и сочетанным гестозом (48,8 %, $p < 0,001$) по сравнению с беременными без АГ.

Нами также был проведен анализ соматических факторов тромбогенного риска в основных группах и подгруппах с АГ (табл. 1).

Таблица 1

Частота клинических тромбогенных факторов риска у беременных в группах сравнения

Показатель	Беременные с АГ (n = 135)		Беременные без АГ (n = 265)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Средний возраст, лет	29,0 ± 5,2		28,0 ± 5,0		0,006
Отягощенная наследственность по тромбозам	21	15,6	37	14	0,781
Тромбозы в анамнезе	3	2,2	3	1,1	0,679
Индекс массы тела ≥ 25 кг/м ²	70	51,9	44	16,6	<0,001
Курение до настоящей беременности	33	24,4	50	18,9	0,242
Варикозная болезнь нижних конечностей	36	26,7	82	30,9	0,441

У беременных с АГ достоверно чаще встречалась избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²). Курение до беременности и тромбозы в анамнезе также чаще встречались в группе беременных с АГ в сравнении с группой без АГ, но различия статистически не достоверны.

В подгруппах с АГ статистически значимым клиническим фактором явилась избыточная масса тела у беременных с ХАГ (71 %) и сочетанным гестозом (68,3 %) по сравнению с беременными без АГ (16,6 %) и другими подгруппами ($p < 0,05$). У беременных с сочетанным гестозом достоверно чаще встречались тромбозы в анамнезе (тромбозы глубоких вен голени) при сравнении с беременными без АГ (7,3 против 1,1 %, $p = 0,008$). По другим факторам достоверных различий в подгруппах не получено.

Поскольку на исходы беременности существенное влияние оказывает отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, нами проанализированы сведения о наличии в анамнезе бактериальных и вирусных урогенитальных инфекций, особенностях течения и исходов предыдущих беременностей.

Частота урогенитальных инфекций в анамнезе в группах и подгруппах с АГ не различалась. У беременных с АГ по сравнению с беременными без АГ достоверно чаще в анамнезе отмечался гестоз (по отношению к повторнородящим) — 35,9 против 6,7 %, $p < 0,001$, а также преждевременные роды (по отношению к вынашиваемым беременностям) — 14,3 против 6,1 %, $p = 0,03$. Во всех подгруппах с АГ, за исключением гестационной, эти осложнения также встречались достоверно чаще.

Особенности течения настоящей беременности представлены в табл. 2.

Частота выявления вирусных и бактериальных урогенитальных инфекций в настоящую беременность в группах была сопоставима.

Таблица 2

Характеристика течения настоящей беременности в группах сравнения

Фактор	Беременные с АГ (n = 135)		Беременные без АГ (n = 265)		p	ОР 95 % ДИ
	Абс.	%	Абс.	%		
Бактериальная инфекция	35	26,3	69	26,2	0,986	—
Вирусная инфекция	66	50	145	55,8	0,28	—
Хроническая плацентарная недостаточность	27	27	33	12,5	0,064	ОР 1,6 1,1 < ОР < 2,6
Задержка развития плода	11	11	16	6	0,427	—
Маловодие по УЗИ	17	17	27	10,2	0,546	—
Нарушение кровотока во II триместре	13	13	13	5,1	0,11	—
Нарушение кровотока в III триместре	13	13	12	5,5	0,076	ОР 1,6 1,0 < ОР < 4,5

Хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) (по данным комплексного акушерского заключения) чаще встречалась в группе с АГ, чем в группе без АГ, хотя различия статистически не достоверны ($p = 0,06$).

Течение беременности в подгруппах с АГ характеризовалось более частым развитием осложнений у женщин с «чистым» и сочетанным гестозом по сравнению с беременными без АГ. Так, ранний токсикоз чаще встречался у женщин с сочетанным гестозом (43,9 и 21,9 % соответственно, $p < 0,001$), чем у женщин без АГ. ХПН чаще наблюдалась у женщин с гестозом (28,8 и 12,5 % соответственно, $p = 0,003$), причем достоверно чаще наблюдались такие ее проявления, как нарушения кровотока в III триместре (22,9 и 5,5 % соответственно, $p < 0,001$) и маловодие по данным УЗИ (21,2 и 10,2 % соответственно, $p = 0,046$) в сравнении с беременными без АГ. У женщин с АГ относительный риск ХПН в 1,6 раз выше, чем у женщин без АГ (ОР = 1,61; 95 % ДИ [1,1; 2,6]).

Нами проанализировано назначение различных групп лекарственных препаратов в группах и подгруппах с АГ. В ходе комплексного лечения с целью коррекции недостаточности гестагенов и при угрозе прерывания беременности врачами-гинекологами назначался дюфастон (или утрожестан); при выявлении урогенитальных бактериальных инфекций проводилась антибактериальная терапия, при выявлении вирусных инфекций (вирус простого герпеса, цитомегаловирус) — назначались вобэнзим, иммуноглобулин, виферон, при угрозе прерывания беременности (преждевременных родов) — спазмолитические средства, магне-В6, гинипрал. Различий в частоте назначения этих групп препаратов в группах и подгруппах сравнения не выявлено.

В качестве антигипертензивной коррекции чаще всего назначался допегит (500–750 мг/сут), как препарат первой линии при лечении АГ у беременных. Привлекает внимание высокая частота назначения

препаратов, не позволяющих контролировать АД на оптимальном уровне и не входящих в настоящее время в стандарты лечения АГ у беременных — но-шпа, эуфиллин, папаверин (рис. 1). Четкие данные по достижению целевого уровня АД и контролю АД в изучаемой медицинской документации не были представлены в полном объеме.

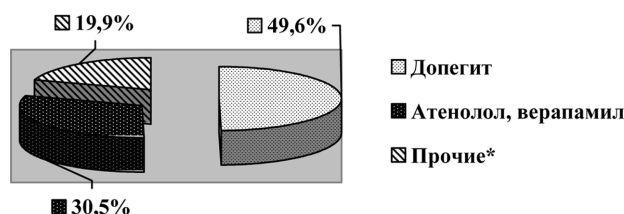


Рис. 1. Антигипертензивная терапия у беременных
Примечание. * — но-шпа, эуфиллин, папаверин.

Всем пациенткам проводилось развернутое гемостазиологическое исследование, после чего при выявлении тромбогенных сдвигов назначались различные антитромботические препараты (табл. 3): антиагреганты — дипиридамолом (курантил) 75—150 мг/сут, аспирин (кардиомагнил) 75 мг/сут, антикоагулянты — низкомолекулярные гепарины курсами по 7—14 дней (эноксапарин 20—40 мг, надропарин 0,3 мл).

Таблица 3
Характеристика антитромботической терапии беременных

Препараты	Беременные с АГ (n = 135)		Беременные без АГ (n = 265)		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Аспирин	67	49,6	117	44,5	0,351
Дипиридамолом	110	81,5	190	72,3	0,044
Низкомолекулярные гепарины	62	45,9	91	34,3	0,032
Прочие антиагреганты	22	16,4	32	12,2	0,311

При анализе частоты тромбогенных сдвигов и использования коррекции оказалось, что у беременных в группе с АГ достоверно чаще, чем у беременных без АГ, требовалось назначение курантила (81,5 и 72,3 % соответственно, $p = 0,044$) и низкомолекулярных гепаринов (45,9 и 34,3 % соответственно, $p = 0,032$), причем дипиридамолом чаще назначался беременным с гестозом, чем беременным без АГ (86,5 против 72,3 %, $p = 0,039$), а низкомолекулярные гепарины — беременным с сочетанным гестозом (53,7 против 34,3 %, $p = 0,027$) (рис. 2).

Прочие антиагреганты (эуфиллин, пентоксифиллин) также чаще назначались беременным с «чистым» (23,1 %) и сочетанным (22,0 %) гестозом по сравнению с беременными с ХАГ (ни у одной беременной) и без АГ — у 32 женщин (12,2 %), $p < 0,05$. Сравнение внутри других подгрупп различий не выявило.

Исходы настоящей беременности представлены на рис. 3.

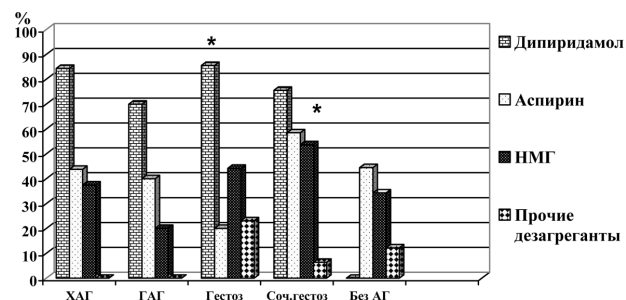


Рис. 2. Антитромботическая коррекция в подгруппах женщин с артериальной гипертензией

Примечание. * — $p < 0,05$ (при сравнении с беременными без АГ).

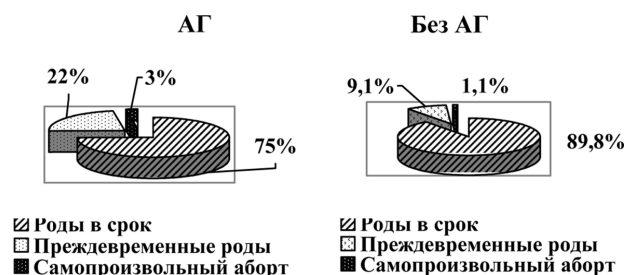


Рис. 3. Исходы беременности у женщин артериальной гипертензией и без нее

У беременных с АГ достоверно чаще, чем у беременных без АГ, беременность потребовала преждевременного родоразрешения или заканчивалась самостоятельными преждевременными родами ($p < 0,05$; ОР = 2,5; 95 % ДИ [1,55; 4,14]). Срок родов составил ($37,8 \pm 2,0$) недели у женщин с АГ и ($38,5 \pm 1,2$) недели у женщин без АГ ($p = 0,003$).

Преждевременными родами достоверно чаще заканчивались беременности у женщин с гестозом ($p < 0,001$) и сочетанным гестозом ($p = 0,008$) в сравнении с беременными без АГ. Срок родов в этих подгруппах составлял ($37,4 \pm 2,3$) и ($38,5 \pm 1,4$) недели соответственно.

Патология новорожденных (внутриутробная гипоксия, задержка внутриутробного развития по заключению неонатолога) достоверно чаще наблюдалась у женщин с АГ, чем в группе без АГ ($p < 0,001$; ОР = 2,1; 95 % ДИ [1,4; 3,2]), особенно у женщин с хронической АГ ($p = 0,007$; ОР = 2,2; 95 % ДИ [1,2; 4,1]) и гестозом ($p < 0,001$; ОР = 2,7; 95 % ДИ [1,7; 4,4]) по сравнению с таковыми без АГ.

Обсуждение

Наиболее частой клинко-патогенетической формой в нашем исследовании явилась ХАГ (без присоединения гестоза и с присоединившимся гестозом). Примерно в 50 % случаев ХАГ осложнялась присоединением гестоза.

Недостаточное внимание в медицинской документации отведено критериям выбора антигипертензивного препарата и достижения целевого уровня АД, проведения контроля и самоконтроля. В нашем исследовании в подавляющем большинстве случаев

назначался допегит в стандартной дозировке 500–750 мг/сут без указаний на необходимость корректировки дозы. Отягощенная наследственность по АГ, особенно при недостаточном объеме обследования, может служить одним из дополнительных аргументов в пользу гипертонической болезни у обследуемых. Следует также отметить необходимость более тщательного контроля АД и стандартного обследования у беременных с АГ с целью раннего (доклинического) выявления поражения органов-мишеней.

При изучении возраста беременных нами отмечено, что беременные с АГ были старше, чем женщины без АГ, что согласуется с результатами последних эпидемиологических исследований (Р. Г. Оганов, И. Г. Фомина и соавт., 2006), согласно которым АГ (гипертоническая болезнь) реже встречается у женщин моложе 30 лет [9]. Большая частота выявления избыточной массы тела у беременных с ХАГ и сочетанным гестозом, возможно, демонстрирует роль метаболических сдвигов в генезе этих форм АГ. Привлекает внимание довольно высокая частота венозных тромбозов до беременности у женщин с сочетанным гестозом, а также более частая необходимость у них в назначении антитромботической коррекции по результатам гемостазиологического исследования. Это позволяет предположить роль тромбофилических состояний в генезе гестоза, указанную многими авторами [7, 8, 14], и частое сочетание этих нарушений с АГ, что требует углубленного обследования на генетические тромбофилии на предгравидарном этапе у данной категории пациенток.

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза нами подтвержден факт отягощенного течения предыдущих беременностей: гестоз и преждевременные роды чаще встречались у беременных с АГ, чем у таковых без АГ, что согласуется с данными литературы [1, 2, 5–7, 10, 11, 13–23].

Течение настоящей беременности характеризовалось более частым развитием осложнений у беременных с АГ, чем у женщин без АГ, несмотря на проводимую коррекцию. В подгруппах с АГ осложненное течение беременности чаще наблюдалось у женщин с «чистым» и сочетанным гестозом, что отразилось в большей частоте преждевременных родов и внутриутробной гипоксии плода при рождении в этих подгруппах.

Между тем у женщин с ХАГ в нашем исследовании, несмотря на меньшую частоту гестационных осложнений, в исходе беременности отмечались достоверно чаще преждевременные роды и патология новорожденных (внутриутробная гипоксия и задержка внутриутробного развития), что также согласуется с данными литературы [1, 2, 6, 7, 11, 14–16, 18–23].

ГАГ в нашем исследовании реже всего встречалась у беременных с АГ. Течение беременности у женщин с данной формой АГ характеризовалось наиболее благоприятным течением и исходами беременности в

сравнении с другими подгруппами АГ. Однако следует помнить, что согласно данным литературы примерно в 50 % случаев эта форма АГ сопровождается присоединением гестоза в последующем, а в отдаленном прогностическом отношении является самой неблагоприятной формой в плане риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе гипертонической болезни, — в последующем [6, 16].

Наиболее осложненное течение настоящей беременности чаще наблюдалось у беременных с «чистым» и сочетанным гестозом, что во многом определило большую частоту преждевременных родов у женщин в подгруппах с АГ.

Отсутствие достоверных различий в частоте самопроизвольных абортов у женщин с АГ и без АГ в определенной степени показывает эффективность проводимой комплексной терапии, в том числе антитромботической.

Сочетание АГ с прочими факторами риска на фоне адаптационного повышения тромбогенного потенциала крови у беременных приводит к формированию гиперкоагуляционных и гиперагрегационных сдвигов со срывом механизмов адаптации, что может составлять основу для развития многих осложнений беременности (гестоз, ХПН и проч.) [1, 3, 5, 7, 8, 11, 14, 16].

Полученные нами данные позволяют использовать факторы риска в качестве дифференциально-диагностических критериев различных клиникопатогенетических форм артериальной гипертензии, а своевременная коррекция тромбогенных сдвигов, наряду с адекватной антигипертензивной терапией, вероятно, позволит уменьшить риск развития осложнений и пролонгировать беременность до нормальных сроков, что требует дальнейшего изучения этих вопросов.

Список литературы

1. Башмакова Н. В. Современные подходы к профилактике гестоза / Н. В. Башмакова, Л. А. Крысова, Е. Н. Ерофеев // Акушерство и гинекология. — 2006. — № 5. — С. 45–47.
2. Венцовский Б. М. Гестозы : руководство для врачей / Б. М. Венцовский, В. Н. Запорожан, А. Я. Сенчук и др. — М. : Медицинское информационное агентство, 2005. — 312 с.
3. Гогин Е. Е. Гипертоническая болезнь / Е. Е. Гогин. — М., 1997. — 400 с.
4. Захарова Т. Г. Артериальная гипертензия у беременных : учебное пособие / Т. Г. Захарова, М. М. Петрова. — Ростов н / Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2006. — 112 с.
5. Кардиология : национальное руководство / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М. : Гэотар-Медиа, 2007. — 1232 с.
6. Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертензией в России. — М. : Рашин Продакшн, 2007. — 136 с.
7. 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.

8. Макацария А. Д. Тромбофилии и противотромботическая терапия в акушерской практике / А. Д. Макацария, В. О. Бицадзе. — М. : Медицинское информационное агентство, 2003. — 904 с.

9. Мишина И. Е. Клиническое и прогностическое значение нейровегетативных и метаболических нарушений при артериальной гипертонии у беременных : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Мишина И. Е. — Иваново, 2007. — 39 с.

10. Мурашко Л. Е. Суточный мониторинг артериального давления в диагностике синдрома гипертензии при гестозе и гипертонической болезни беременных / Л. Е. Мурашко, В. Н. Серов, О. Н. Ткачева и др. // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 3. — С. 13–17.

11. Савельева Г. М. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза : методические рекомендации МЗ РФ №99/80 / Г. М. Савельева, В. И. Кулаков, В. Н. Серов и др. — М. : Политех-4, 1999. — 28 с.

12. Серов В. Н. Основные причины материнской смертности в динамике / В. Н. Серов, О. Г. Фролова, З. З. Токова // Проблемы беременности. — 2001. — № 3. — С. 15–19.

13. Сибай В. М. Артериальная гипертензия у беременных / В. М. Сибай // Русский медицинский журнал. — 1999. — № 7(18). — С. 890–893.

14. Сидорова И. С. Гестоз : учебное пособие / И. С. Сидорова. — М. : Медицина, 2003. — 416 с.

15. Супряга О. М. Гипертензивные состояния у беременных : клинико-эпидемиологическое исследование : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Супряга О. М. — М., ИЦ АГиП, 1997. — 35 с.

16. Ткачева О. Н. Актуальные вопросы патогенеза, диагностики и фармакотерапии артериальной гипертензии у беременных / О. Н. Ткачева, А. В. Барабашкина. — М. : Пагри, 2006. — 140 с.

17. Ушкалова Е. А. Лечение артериальной гипертензии у беременных / Е. А. Ушкалова // Фарматека. — 2003. — № 11. — С. 27–31.

18. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. — М. : Трида, 2005. — 816 с.

19. Gifford R. W. 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. — Vol. 183. — P. S1–S22.

20. Peters R. M. Hypertensive disorders of pregnancy / R. M. Peters, J. M. Flack // J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs. — 2004. — Vol. 33(2). — P. 209–220.

21. Roberts J. M. Summary of the NHLBI Working Group on Research on Hypertension During Pregnancy. / J. M. Roberts., G. Pearson, J. Cutler et al. // Hypertens. — 2003. — Vol. 41 (3). — P. 437–445.

22. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure // Hypertens. — 2003. — Vol. 42. — P. 1206–1256.

23. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy // Eur. Heart. J. — 2003. — Vol. 24. — P. 761–781.

PECULIARITIES OF STRUCTURE, CASE HISTORY AND PREGNANCY RESULTS IN HYPERTENSION

V. S. Chulkov, S. P. Sinitin, N. K. Vereina, N. V. Urazova

Chelyabinsk State Medical Academy, Chelyabinsk

The aim of this research was to study the structure of hypertension, the correlation with somatic and obstetric-gynecologic factors of thrombotic risks as well as with pregnancy course and termination in women with different forms of hypertension under condition of a big industrial city (Chelyabinsk). 400 women were chosen retrospectively during the period of 2 years (2006–2007) who were divided into 2 groups: the main group — with hypertension (n=135), the comparison group — without hypertension (n=265). According to the classification of All-Russian Scientific Society of Cardiologists the pregnant women with hypertension are divided into 4 groups: chronic hypertension, gestational hypertension, gestosis, combined gestosis. Women with hypertension more often had overweight and compromised heredity upon hypertension; obstetric-gynecologic history was characterized by more frequency of preterm delivery and late gestosis during the previous pregnancy terminations; the course of present pregnancy was characterized by more frequency of early gestosis, and chronic placental insufficiency. In women with hypertension relative risk (RR) of preterm delivery was in 2,5 times and pathology of the fetus during delivery (chronic fetal hypoxia, development delay of the fetus) in 2,1 times as high as in women without hypertension.

Key words: hypertension, pregnancy, factors of thrombotic risk, hypertensive disorders in pregnancy.

Контактная информация:

Чулков Василий Сергеевич — аспирант кафедры внутренних болезней и эндокринологии ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава»

Адрес: 454016, г. Челябинск, ул. Чайковского, д. 70а–76

E-mail: VSCHULKOV@RAMBLER.RU

Статья поступила 14.07.2008 г.