

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

А.В. СЕЛИВАНОВА
Т.В. ПАВЛОВА

*Белгородский
государственный
университет*

e-mail: alinartsh@mail.ru

Развивающиеся при гипертонической болезни сосудистые поражения находят свое продолжение в изменении кровотока и эндометрии и плаценты, что наиболее остро проявляется при сочетании с гестозом. Данные изменения наблюдаются в виде развития склероза, фибриноидного некроза, нарушения кровообращения (полнокровие, стаз, кровоизлияния, тромбоз), деструкции ультраструктур. Все это приводит к развитию маточно-фетоплацентарной сосудистой недостаточности и сопровождается крайне напряженным состоянием гомеостаза плода.

Ключевые слова: беременность, артериальная гипертензия, гестоз, маточно-фетоплацентарная сосудистая недостаточность.

Гипертоническая болезнь наблюдается у 4-6 % беременных. Течение гипертонической болезни при беременности может быть различным. В I триместре у 1/3 больных беременность оказывает депрессорное влияние и артериальное давление снижается, но в дальнейшем у большинства беременных оно остается стойко повышенным, особенно при II стадии заболевания [8]. У беременных преимущественно отмечается I Б или II А стадии гипертонической болезни [8, 9]. Ряд авторов выделяет 4 варианта течения гипертонической болезни при беременности [4, 5]:

1) типичное течение со свойственными, как и здоровым беременным, колебаниями артериального давления – снижение в I-II триместрах и повышение в III триместре – у 43,6 %;

2) типичное «неустойчивое» течение с эпизодами дистонии – у 19,6 %;

3) «атипичное» течение – у 34,6 %: а) с повышением артериального давления в I либо II-III триместрах; б) со стабильно высоким артериальным давлением на протяжении всей беременности; в) с присоединением гестоза;

4) кризовое течение гипертонической болезни – у 2,6 % беременных.

Шехтман М.М.[8] выделяет 6 вариантов течения гипертонической болезни во время беременности:

1) стабильно высокое или близкое к нормальному давление на всем протяжении беременности (25,7 %);

2) повышение артериального давления в начале или середине беременности и далее стабильное течение при сохранении артериального давления на том же повышенном уровне до срока родов (23,6 %);

3) колебания артериального давления на протяжении всей беременности без выраженной закономерности (17 %);

4) снижение артериального давления в начале или середине беременности и далее стабильное течение при сохранении артериального давления на том же уровне (15,1 %);

5) стабильное течение с повышением артериального давления в последние недели беременности (10,6 %);

6) снижение артериального давления в середине беременности, затем повышение его к сроку родов (8 %).

Значительная часть беременных, страдающих гипертонической болезнью, имеет выраженные признаки церебральной патологии и невроза, у половины беременных с гипертонической болезнью выявлены изменения сосудов глазного дна, чаще всего носящие характер гипертонической ангиопатии [1, 6]. Злокачественное течение гипертонической болезни наблюдается при симптоматической гипертензии у больных с нарушением проходимости почечных артерий, хроническом гломерулонефрите и хроническом пиелонефрите. Следует все же отметить что, у беременных злокачественное те-



чение гипертонической болезни встречается крайне редко [6, 8].

Гипертоническая болезнь является опасным преморбидным фоном для неблагоприятного течения II и III триместров беременности. По данным ряда авторов [6, 8], гестоз различной степени тяжести развивается у 36 % беременных с гипертонической болезнью. Некоторые исследователи [2, 3] указывают на более высокую частоту гестоза у женщин с гипертонической болезнью (86 %). Столь значительная частота этого осложнения беременности обусловлена общностью многих патогенетических механизмов регуляции сосудистого тонуса и деятельности почек при обоих заболеваниях. У беременных женщин с гипертонической болезнью нередко отмечается раннее возникновение гестоза (на 24-26-й неделе гестации) и преобладание гипертензивного синдрома с умеренно выраженными отеками и протеинурией. Присоединение гестоза увеличивает степень тяжести гемодинамических расстройств [4]. Установлена прямая корреляционная связь между сроком возникновения гестоза, степенью протеинурии и степенью повышения артериального давления. Одной из отличительных особенностей гестоза, развивающегося на фоне гипертонической болезни, являются его упорное, рецидивирующее течение, малая эффективность проводимых лечебных мероприятий [8]. Частота развития и тяжесть сочетанного гестоза прямым образом связаны с тяжестью этого фонового заболевания. Есть данные, что гестоз при гипертонической болезни II стадии развивается в 1,5-2 раза чаще, чем при I стадии болезни [1, 4]. Связанное с повышением артериального давления самопроизвольное прерывание беременности в поздние сроки отмечается у 5,5 % пациенток с гипертонической болезнью, фетоплацентарная недостаточность – у 37 % беременных, задержка внутриутробного развития плода – у 10-20 % женщин [6, 7]. При гипертонической болезни степени риска, выделенные Шехтман М.М., для женщин с экстрагенитальной патологией, в значительной степени соответствуют стадиям развития заболевания: I степень риска – гипертонической болезни I стадии; II степень риска – гипертонической болезни II А стадии; III степень риска – гипертонической болезни II Б, III стадии и злокачественной гипертензии [8].

Гипертоническая болезнь значительно отягощает течение родов: самопроизвольное прерывание беременности в поздние сроки отмечается в среднем у 5,5 % женщин, преждевременные роды – у 23 % больных, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – у 5-10 % беременных [8]. По данным некоторых авторов, у 10,5 % женщин беременность заканчивается кесаревым сечением в сроки 34-40 недель в связи с угрозой внутриутробной гибели плода, у 2 % больных беременность прерывают в сроки 27-28 недель в связи с резким ухудшением течения заболевания, не поддающегося лечению [4, 5, 8]. Родоразрешение женщин с гипертонической болезнью I стадии чаще всего производится через естественные родовые пути с постоянным контролем артериального давления и адекватным обезболиванием, при необходимости производится выключение потужного периода акушерскими щипцами [1, 6, 8]. При гипертонической болезни II стадии производится родоразрешение путем кесарева сечения, особенно при наличии акушерских показаний и при состояниях, угрожающих жизни матери (расстройства мозгового кровообращения, отслойка сетчатки) [1, 6, 8]. При гипертонической болезни III стадии беременность прерывается в любые сроки по медицинским показаниям [5, 10]. В послеродовом периоде проводится поддерживающая гипотензивная терапия с учетом показателей гемодинамики [6, 8, 9].

Мы обследовали 50 беременных, страдавших кардиоваскулярной гипертензией в 50% случаев с 25 лет, 54% были в возрасте от 25 до 35 лет, 52% имели среднее образование. 46% женщин предстояли первые роды. Наследственную предрасположенность удалось выявить у 28% беременных 20 женщин страдали ожирением. Развитие позднего токсикоза беременности наблюдалось у 34 женщин, из которых нефропатия I степени была у 15, II степени у 2. Из них у 33 диагноз кардиоваскулярной гипертензии был поставлен до беременности и у 17 — во время беременности. Однако на учете у терапевта не состояла ни одна из женщин, и лишь 3 принимали гипотензивные препараты при подъемах АД.

АД у исследуемой группы женщин, было неустойчиво повышенным, с периоди-



ческими снижениями до нормы. Особенностью течения беременности при кардиоваскулярной гипертензии является склонность к преждевременному самопроизвольному прерыванию беременности (у 24 женщин), токсикоз первой половины беременности (у 7), формирование ХФПН (у 46 женщин), синдром задержки развития плода (у 2 женщин) (табл. 1). У 52% исследуемых женщин имело место наличие урогинетальной инфекции, из них у 50% были признаки ВУИ. 75% женщин были обследованы у окулиста и у 76% на глазном дне ималась ангиопатия гипертонического типа. 10 беременным проведено УЗИ сердца (у 6 выявлен ПМК 1 степени), определен тип гемодинамики, с учетом которого была подобрана гипотензивная терапия. Роды, путем операции кесарева сечения закончились у 14 женщин, при этом наличие кардиоваскулярной гипертензии не послужило показанием для оперативного родоразрешения ни в одном из случаев. У 3 женщин во II периоде родов использовались ганглиоблокаторы (управляемая нормотония).

Таблица 1

**Особенности течения беременности и родов
у беременных с гипертонической болезнью**

Осложнения беременности	
Токсикоз I половины	7
Угроза прерывания беременности	24
Гестоз II половина	34
- отеки	17
- Нефропатия I	15
- Нефропатия II	2
ХФПН	46
- СЗРП	2
Урогинетальная инфекция	26
Экстрагинетальная патология	
Пиелонефрит	7
- хронический	5
- гестационный	2
ПМК	6
ожирение	20
- I	4
- II	15
- III	1
Исход беременности	
Кесарево сечение	14
Управляемая нормотония	3
Роды через естественные родовые пути	33

Таким образом особенностями течения беременности и родов при позднем токсикозе и гипертонической болезни являются: частое развитие позднего токсикоза беременности при всех стадиях гипертонической болезни, более ранние, чем обычно, сроки развития позднего токсикоза беременности, тяжелое течение позднего токсикоза при выраженных формах гипертонической болезни, повторение позднего токсикоза при последующих беременностях, отставание плодов в развитии при сочетании позднего токсикоза с выраженной формой гипертонической болезни, частое появление в родах мозговых симптомов у матери и угрожающей внутриутробной асфиксии плода, необходимость частого применения родоразрешающих оперативных вмешательств.

Литература

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. – Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 1997. – 281 с.
2. Герасименко Ю.А. Система автоматизированного скрининга экстрагенитальной патологии ее роль в наблюдении за беременными с артериальной гипертензией // Инструмен-



тальные методы исследований во врачебной практике: Сб. науч. тр. – Саратов, 1996. – С.150-152.

3. Гипертензивные нарушения при беременности: Доклад исследовательской группы ВОЗ. – Женева, 1989. – 121 с.

4. Зозуля О.В. Течение гипертонической болезни у беременных. Механизмы развития, ранняя диагностика и профилактика осложнений: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М.: ММА им. Н.П. Сеченова, 1997. – 43 с.

5. Коломийцева А.Г. Гипертоническая болезнь у беременных. – Киев: Здоров'я, 1988. – 246 с.

6. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. – М.: МИА, 1997. – 424 с.

7. Титченко Л.И. Диагностическое значение комплексного доплерометрического исследования плодово-плацентарного кровообращения у беременных с гипертензивным синдромом // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1995. – №4. – С.9-14.

8. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 2003. – 815 с.

FEATURES DURING PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION

A.V. SELIVANOVA,

T.V. PAVLOVA

Belgorod State University

e-mail: alinartsh@mail.ru

Vascular affections developing under hypertension influence on the change of blood flow both endometrics and placenta, which becomes more apparent in combination with gestosis. These changes can be observed in the form of sclerosis, fibrinoid necrosis, blood supply disturbance (plethora, stasis, hemorrhage, thrombosis), destruction of ultrastructures. All these causes development of uterofetoplacental circulatory collapse and is accompanied by extremely tense state of fetus' homeostasis.

Key words: Pregnancy, hypertension, gestosis, uterofetoplacental circulatory collapse.