

УДК 616.12-008.331.1:618.3(376.2)

**ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
У БЕРЕМЕННЫХ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кожановская Т. В., Демидова Т. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Корбут

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Артериальная гипертензия является одной из наиболее часто встречающихся экстрагенитальных патологий у беременных [3]. Факторами риска указанной патологии является наличие у беременных нарушения толерантности к глюкозе, избыточной массы тела, заболеваний сердечно-сосудистой системы [1]. Диагноз артериальной гипертензии (АГ) у беременных устанавливается при наличии следующих критериев: уровни систолического артериального давления (САД) ≥ 140 мм рт. ст. и (или) диастолического АД (ДАД) ≥ 90 мм рт. ст. при измерении минимум дважды с интервалом в 4 ч [ВОЗ]. Артериальная гипертензия носит характер хронической в случае выявления АГ до или во время первых двадцати недель после наступления беременности. Для установления диагноза «гестационная артериальная гипертензия» требуется следующее: манифестация АГ на 21 неделе беременности и позже, а также восстановление нормальных цифр АД в течение двенадцати недель после родов [4]. Частота выявления артериальной гипертензии у беременных за последние 10–15 лет выросла на 30 % [3]. В России частота выявления АГ у беременных составляет от 5 до 30 % беременностей, в Европе и США — около 10 % [3]. В трети случаев АГ манифестирует до беременности, в остальных случаях — на разных неделях гестации. Вследствие повышенного АД у беременной может возникнуть острое нарушение мозгового кровообращения, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, отек легких, кровоизлияния в сетчатку и последующая ее отслойка, острая или хроническая почечная недостаточность. При наличии АГ у беременной часто развивается фетоплацентарная недостаточность, которая в свою очередь ведет к гипоксии плода и задержке его роста и развития [3]. Также АГ у беременной может приводить к невынашиванию беременности, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, антенатальной гибели плода. Дети, рожденные от матерей, у которых во время беременности диагностировали АГ, в течение жизни более подвержены заболеваниям со стороны эндокринной и сердечно-сосудистой системы. Также была выявлена зависимость между АГ у беременной и патологической прибавкой массы тела, что может сказываться на здоровье женщины после родов [2].

Цель

Установить особенности АГ у беременных Гомельской области.

Материал и методы исследования

Был проведен проспективный анализ 80 историй родов женщин, находящихся в отделении патологии беременности УЗ «ГОКБ» с октября по декабрь 2021 г., а также проведено их анкетирование. Статистическая обработка была проведена при помощи пакета прикладных программ «Statistica» 6.0 (StatSoft, USA). Статистическая обработка количественных данных проводилась методами вариационной статистики Фишера — Стьюдента с определением доли (р%) изучаемого признака и стандартной ошибки доли (S_p %). Для величин, распределение которых по результатам проведенных тестов на нормальность (Шapiro — Уилка и Колмогорова — Смирнова) не соответствовало нулевой гипотезе закона нормального распределения, вычислены медиана и квартили (Me; 25-й — 75-й). Была обследована основная группа беременных — 50 женщин с АГ (группа А), и группа сравнения — 30 женщин без артериальной гипертензии (группа Б).

Результаты исследования и их обсуждение

Всего нами было обследовано 80 женщин, группу А составили 50 беременных с АГ, группу В — 30 беременных без АГ. Группы были сопоставлены по возрасту, возрасту наступления менархе и осложнениям настоящей беременности. Возраст пациенток группы А составил 30 (25 ;36) лет, пациенток группы В 25 (22; 28) лет соответственно, $Z = 3,039$, $p = 0,0024$. Возраст наступления первой беременности в группе А составил 23 (20; 25) года. Гестационный срок обследованных группы А составил 37,5 (36; 39,6) недель, группы В 39 (37,6; 39,5) недель. Уровень оптимального артериального давления составил 118/77 мм рт. ст., у женщин с наличием АГ до беременности — 120/78 мм рт. ст., с гестационной АГ — 117/76 мм рт. ст., $Z = -2,45$, $p = 0,014$. Уровень максимального АД составил 148/93 мм рт. ст., у женщин с наличием АГ до беременности — 150/92 мм рт. ст., с гестационной АГ — 145/93 мм рт. ст., $Z = 2,24$, $p = 0,025$. Наличие АГ у представителей первой линии родства отмечено у 28 ($56 \pm 7,02$ %) беременных группы А. Возраст женщин с отягощенной наследственностью по АГ составил 33 года, без отягощенной наследственности — 27 лет, $Z = 3,17$, $p = 0,0015$, на основании чего можно выявить зависимость между наличием АГ, наследственностью, а также возрастом манифестации. Также у 16 ($55,2 \pm 9,4$ %) женщин с отягощенной наследственностью АГ проявлялась до беременности, у 13 ($44,8 \pm 9,4$ %) — во время гестации, $Z = 2,18$, $p = 0,028$, что указывает на хронический характер наследственной АГ. Паритет родов в группе А — 2 (1; 3), самый высокий паритет родов — 7 (у одной беременной). Паритет беременности в группе А — 3 (1; 3), самый высокий паритет беременности — 8 (у 1 беременной). Возраст наступления менархе в группе А — 13 (13; 14) лет, в группе В — 14 (13; 14) лет. Наличие аборта в анамнезе отмечено у 15 ($30 \pm 6,5$ %) беременных, причем 6 ($12 \pm 4,6$ %) из них были первородящими, наличие неразвивающейся беременности в анамнезе выявлено у 12 (24 ± 6 %) беременных группы А. Среди женщин с наличием аборта в анамнезе неразвивающаяся беременность регистрировалась у 7 ($46,7 \pm 13,3$ %) беременных, у 5 женщин неразвивающаяся беременность наблюдалась без предшествующего аборта в анамнезе ($Z = -2,09$, $p = 0,036$). Отягощенный гинекологический анамнез отмечен у 10 ($20 \pm 5,66$ %) беременных группы А, и у 13 ($43,33 \pm 9,05$ %) беременных группы В, что может свидетельствовать о более тщательной прегравидарной подготовке среди женщин группы А. Настоящая беременность осложнялась: гестационной АГ — у 23 (46 ± 7 %) беременных в группе А; угрожающими преждевременными родами у 2 ($4 \pm 2,77$ %) беременных группы А, анемией у 4 ($8 \pm 3,84$ %) группы А и у 4 ($13,3 \pm 6,3$ %) в группе В, гестационным сахарным диабетом у 8 ($16 \pm 5,2$ %) женщин группы А и у 3 ($10 \pm 5,5$ %) пациенток группы В, хроническая плацентарная недостаточность отмечается у 13 ($26 \pm 6,2$ %) беременных группы А и у 3 ($10 \pm 5,5$ %) группы В, неправильное положение плода у 2 ($4 \pm 2,77$ %) группы А и у 6 ($20 \pm 7,3$ %) беременных группы В, патология объема околоплодных вод у 3 ($6 \pm 3,36$ %) группы А. Истмико-цервикальная недостаточность наблюдалась только среди женщин группы В — у 7 ($23,33 \pm 7,72$) беременных, что может быть связано с большей частотой выявления ОГА среди женщин этой группы. Ожирение диагностировано у 20 ($40 \pm 6,93$ %) беременных группы А и у 5 ($16,67 \pm 6,79$ %) женщин группы В, что также подтверждает роль ожирения как фактора риска АГ. В группе А с индексом массы тела в интервале до 25 находятся 12 ($24 \pm 6,04$ %) обследованных, у 18 ($36 \pm 7,02$ %) беременных отмечается избыток массы тела. Симптомами в виде головной боли, головокружения повышение АД сопровождалось у 21 ($42 \pm 6,98$ %) беременных. Среди женщин, у которых подъем АД сопровождается симптомами, связь со временем суток отметили 7 ($33,33 \pm 10,5$ %), среди женщин без симптомов — 14 ($48,28 \pm 9,44$ %), $Z = -1,97$, $p = 0,048$. Также среди женщин, имеющих симптомы АГ, 10 ($47,62 \pm 11,17$ %) заметили изменения в поведении плода во время подъема АД, в то время как среди женщин, не имеющих симптомов — 5 ($17,24 \pm 7,14$ %), $Z = -2,27$, $p = 0,027$. Также 15 ($30 \pm$

6,48 %) пациенток отметили изменение поведения плода в виде повышения или снижения его активности. Препараты для снижения АД, такие как допегит, метопролол, принимали 39 ($78 \pm 5,86$ %) беременных, все из них отмечали улучшение состояния через полчаса после приема. Родоразрешение путем кесарева сечения было произведено 13 ($26 \pm 6,2$ %) женщинам группы А по следующим показаниям: полное предлежание плаценты — 3 ($23,1 \pm 12,2$ %), анатомически узкий таз — 4 ($30,7 \pm 13,3$ %), неправильное положение плода у 2 ($15,38 \pm 10,42$ %), два и более кесаревых сечений в анамнезе — 4 ($30,77 \pm 13,32$ %). Осложнения родов у пациенток группы А наблюдались в 16 ($32 \pm 6,6$ %) случаях: родовой травматизм матери у 13 ($26 \pm 6,2$ %), слабость родовой деятельности у 3 ($6 \pm 3,36$ %). Осложнения послеродового периода наблюдались у 12 ($24 \pm 6,04$ %) женщин группы А: кровотечения у 7 ($14 \pm 4,9$ %), недостаточная лактация у 5 ($10 \pm 4,24$ %).

Выводы

Выявляется зависимость наличия АГ у пациентки и у кровных родственников первой линии родства — у 28 ($56 \pm 7,02$ %) женщин. Отягощенный гинекологический анамнез наблюдается в 2 раза чаще среди женщин без АГ, что может свидетельствовать о большей заинтересованности в сохранении беременности и о более тщательной подготовке к беременности и родам среди женщин с АГ, на что также может указывать возраст беременных обеих групп: 30 лет в группе с АГ, и 25 лет в группе без АГ. У 30 % обследованных было отмечено наличие аборта в анамнезе, а также почти у половины женщин с аборт в анамнезе имела неразвивающаяся беременность. У женщин с хронической АГ уровни оптимального и максимального АД выше, чем у женщин с гестационной АГ. Также отмечается более частое наличие гестационного СД и нарушения маточно-плацентарного кровотока среди женщин группы А. Среди беременных группы без АГ чаще отмечался ОГА, вероятно, в связи с этим только данной группе выявлялась ИЦН. Симптомами АГ сопровождалась преимущественно у женщин с хронической АГ, женщины с гестационной АГ отмечали хорошее самочувствие. В группе с АГ более чем в 2 раза чаще выявлено ожирение в сравнении с контрольной группой, что указывает на видимую связь между наличием лишнего веса и артериальной гипертензией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стрюк, Р. И. Сердечно-сосудистые заболевания и ассоциированные с ними коморбидные состояния как факторы, определяющие неблагоприятные перинатальные исходы при беременности — анализ данных регистра беременных «БЕРЕГ» / Р. И. Стрюк // Терапевтический архив. 2018.
2. Ушакова, О. В. Метаболические нарушения во время беременности / О. В. Ушакова // Здравоохранение Дальнего Востока. 2017. DOI: 10.20969/VSKM/2018/11(3)/51-59.
3. Артериальная гипертензия беременных: классификация, клиника, диагностика, акушерская тактика, лечение, профилактика и реабилитация (часть II) / Н.И. Киселева [и др.] // Охрана материнства и детства. 2016. № 2 (28). <http://elib.vsmu.by/handle/123/11357> Опубликовано в 2016. По состоянию на 7 декабря 2021.
4. Чулков, В. С. Артериальная гипертензия у беременных: дискуссионные вопросы национальных и международных рекомендаций / В. С. Чулков, А. И. Мартынов, В. А. Кокорин // Российский кардиологический журнал. 2020. № 25(4S):4181. DOI: 10.15829/1560-4071-2020-4181.

УДК 618.14-007.44-02

ФАКТОРЫ РИСКА ПРОЛАПСА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Короневская А. С., Герцык Н. В.

**Научные руководители: доцент А. Л. Гурин;
доцент Ю. М. Киселевский; ассистент В. И. Левин**

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Пролапс тазовых органов (ПТО) у женщин в настоящее время является одним из актуальных вопросов современной гинекологии. В настоящее время в