УДК 618.2:616.12-008.331

А. С. Ребковец

Научный руководитель: ассистент кафедры О. Ю. Дробышевская

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

ИЗМЕНЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Введение

Во время беременности сердечно-сосудистая система женщины функционирует с повышенной нагрузкой, обусловленной увеличением массы тела, усилением обмена веществ развитием физиологической гиперволемии и формированием маточно-плацентарного кровотока. Изменения происходят и в многоконтурной системе регуляции артериального давления (АД), что приводит к его физиологическим колебаниям в ходе гестации [4].

Частота гипертензивных состояний у беременных женщин колеблется от 7% до 29% [2].

Артериальная гипертензия (АГ) при беременности приводит к увеличению частоты преждевременной отслойки плаценты, массивных кровотечений, нарушений мозгового кровообращения, отслойки сетчатки [3].

По данным Всемирной организации здравоохранения, преэклампсия (ПЭ) – важнейший фактор материнской смертности [1].

У женщин с нормальным артериальным давлением развитию преэклампсии предшествуют его скачкообразная динамика и высокая вариабельность между визитами, начиная со II триместра гестации, что позволяет прогнозировать вероятность преэклампсии в ранние периоды беременности на фоне нормального артериального давления [5].

Артериальная гипотензия остается по-прежнему одним из ведущих фоновых заболеваний беременных, оказывающих отрицательное влияние на течение возникающих осложнений беременности и родов. Частота артериальной гипотензии беременных колеблется от 10% до 12% по современной литературе.

Артериальная гипотензия является фактором риска неблагоприятного течения и исхода беременности как для матери, так и для плода, среди которых наиболее грозными проявлениями являются гестоз, плацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития плода и, как следствие, перинатальные потери.

Артериальная гипотензия характеризуется клиническим снижением артериального давления ниже 110/60. Чаще она наблюдается у первородящих во 2 триместре. Эти сроки беременности считаются критическими в становлении маточно-плацентарно-плодовой циркуляции, особенно ее внутриплацентарного звена, что и определяет возможное неблагоприятное влияние артериальной гипотензии матери на плод. Часто низкое АД сопровождается комплексом проявлений. Наиболее частыми являются жалобы на головные боли, слабость, головокружение, быструю утомляемость, неустойчивость при ходьбе, боль в области сердца, тахикардия, одышка, повышенная возбудимость, раздражительность, снижение работоспособности, нарушения сна, обмороки [2].

Цель

Анализ динамики АД у женщин, начиная с ранних сроков беременности, до родов и в послеродовом периоде.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 85 индивидуальных карт беременных и родильниц на базе женской консультации Гомельской городской клинической поликлиники в период с 2017 по 2024 год. Измерения артериального давления проводились по общепринятой методике. В исследовании принимали участие женщины в возрастной группе от 18 до 43 лет. За нормальное артериальное давление у беременных принимали значения 110/60–139/89 мм. рт. ст. Артериальное давление ниже 100/60 мм. рт. ст. оценивалось как гипотонические проявления. Проявлением гипертензии считали значение артериального давления 140/90 мм. рт. ст. и выше.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе карт беременных было выявлено, что в первом триместре наиболее часто отмечается нормальное АД.

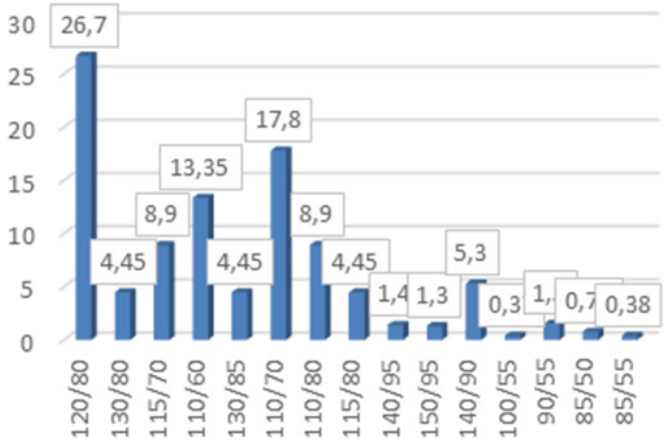

Рисунок 1 – Распределение артериального давления в I триместре беременности

В I триместре из 85 пациентов 89% встали на учет по беременности с нормальным АД (75 человек), 18% – с повышенным АД (8 человек), 3% – с пониженным АД (рисунок 1).

Наибольшее количество женщин во втором триместре имели также нормальное АД. Количество женщин, у которых отмечалась нормотония, составило 70 %. Наиболее часто у этой группы встречалось значение АД 120/80, 110/70 – 65%, 130/85 мм рт. ст. – 25% среди нормального АД, из показателей пониженного АД наиболее часто встречалось давление 90/60 – 67% (рисунок 2).

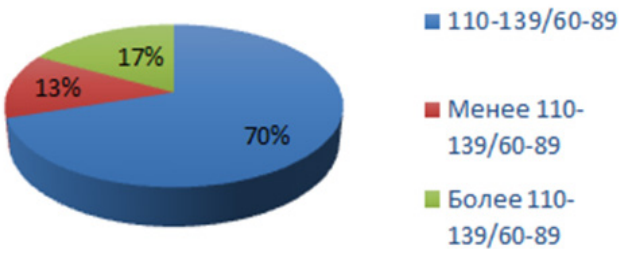

Рисунок 2 – Распределение артериального давления во II триместре беременности

Количество женщин, у которых отмечалась нормотония в III триместре, составило 62 %. Среди женщин этой группы наибольшее количество женщин имели АД 120/80 мм рт. ст. – 44,53%, у наименьшего количества женщин в 3,2% наблюдалось АД 110/65 мм рт. ст. и 130/85 мм рт. ст. (рисунок 3).

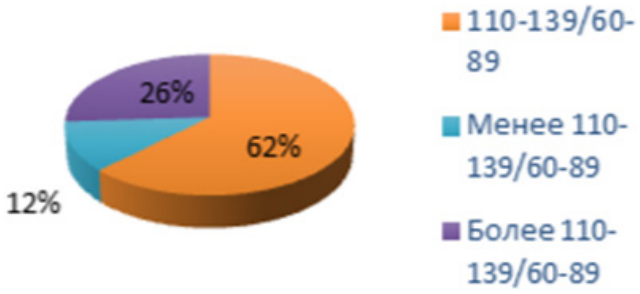

Рисунок 3 – Распределение артериального давления в III триместре беременности

Во втором триместре количество женщин, у которых наблюдалась гипотензия, составило 13%, в третьем триместре – 12%. Количество женщин с проявлением гипертензии составило 17% во втором триместре, 26% в третьем триместре. У 7,9% женщин артериальное давление во втором триместре указано не было.

В начале беременности гипотензия возникает чаще, чем на поздних сроках. В большинстве случаев уменьшение АД не превышало 5–20 мм. рт. ст. от нормы (83%), а на поздних сроках беременности повышалось до исходного уровня.

Выводы

1) начало повышения АД в основном приходится на 18–20 неделю беременности (II триместр), реже на 23–24 неделю (относительно женщин с АГ до беременности и АГ, наступившей во время беременности);

2) в период всей беременности показатели АД в основном были в пределах нормы (89%, 70% и 62% I, II и III триместры соответственно);

3) в III триместре гипертензия наблюдается чаще, чем во II триместре (17% и 26% соответственно) – разница составила 9% (относительно женщин с АГ до беременности и АГ, наступившей во время беременности);

4) у большинства пациентов с изменением АД отмечалось изолированное повышение АД во второй половине беременности, не сопровождающееся протеинурией и отеками (т.е. гестационная гипертензия), нормализация АД в послеродовом периоде происходила через несколько недель после родов;

5) женщинам с установленным диагнозом АГ до беременности (хроническая артериальная гипертензия) настоятельно рекомендуется проводить прегравидарную подготовку в полном объеме перед планируемой беременностью. Беременным женщинам с установленным диагнозом АГ рекомендуется регулярно посещать врача акушера-гинеколога, терапевта и при необходимости врачей узких специальностей, а также выполнять все рекомендации врачей, соблюдать здоровый образ жизни с целью благоприятного течения беременности, профилактики осложнений, в частности преэклампсии и эклампсии, и благополучного родоразрешения для матери и ребенка.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Макаров, О. В.* Перспективы диагностики и прогнозирования преэклампсии / О. В. Макаров, Е. В. Волкова, Л. С. Джохадзе // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2012. – Т. 12, № 1. – С. 35–42.

2. *Кононович, Е. А.* Изменение артериального давления при беременности / Е. А. Кононович, А. Г. Янцевич // Актуальные проблемы современной медицины и фармации: сб. науч. ст. LXXI Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых, Минск, 17–19 апреля 2017 г. / Бел. гос. мед. ун-т, Каф. нормальной физиологии; редкол.: А. В. Сикорский, О. К. Доронина. – Минск: БГМУ, 2017. – С. 813.

3. *Долгушина, В. Ф.* Акушерские осложнения при различных формах артериальной гипертензии у беременных / В. Ф. Долгушина [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 10. – С. 33–39.

4. Патогенетическое обоснование дифференцированного подхода к ведению беременных с артериальной гипертензией и преэклампсией / И. С. Сидорова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 2. – С. 35–40.

5. *Маянская, С. Д.* Вариабельность артериального давления у беременных с факторами риска преэклампсии / С. Д. Маянская, А. В. Ганеева, Р. И. Габидуллина // Казанский медицинский журнал. – 2019. – Т. 100, № 3. – С. 426–433.