

ИЗУЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВЫСОКОГО И НИЗКОГО РИСКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Гозиева Ш.С.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан.

STUDIES IN THE DEVELOPMENT OF HIGH AND LOW RISK HYPERTENSIVE DISORDERS IN PREGNANCY

Gozieva Sh.S.

Andijan state medical institute, Uzbekistan

Key words: pre-eclampsia, risk factors, autoantibodies, placental growth factor, dopplerometry of uterine arteries.

Annotation. Arterial hypertension (AH) in pregnant women occupies a place among the topical issues of modern medicine. It is an integral part of at least two features of acute medical and social problems today: hypertension in general and in women of reproductive age. This article examines the results of studies of risk factors for the development of hypertension in pregnant women.

Ключевые слова: преэклампсия, факторы риска, плацентарный фактор роста, доплерометрия маточных артерий.

Аннотация. Артериальная гипертензия (АГ) беременных занимает особое место среди актуальных вопросов современной медицины. Она является составной частью как минимум двух чрезвычайно остро стоящих сегодня медико-социальных проблем: АГ в целом и женщин репродуктивного возраста. В данной статье приведены результаты исследований выявления факторов риска развития АГ беременных.

Гипертензивные расстройства при беременности (ГРБ) занимают ведущие позиции среди проблем современного акушерства. Это обусловлено тем, что данная патология оказывает существенное влияние на показатели как материнской, так и перинатальной заболеваемости и смертности. Частота

ГРБ колеблется в широком диапазоне — от 5% до 22% . Этот показатель зависит от многих факторов, прежде всего от уровня социально-экономического развития страны, этнической принадлежности, роста общей заболеваемости среди женщин, увеличения числа беременных позднего репродуктивного возраста, а также качества и доступности медицинской помощи. Так, частота ГРБ в США составляет 3,7%, материнская смертность (МС) от ее осложнений составляет 16%, причем втрое чаще у темнокожих женщин . Установлено, что в развитых странах темпы роста ГРБ не имеют тенденции к снижению, хотя частота МС несколько снижается благодаря широкому применению магниальной терапии и улучшению антенатального ухода. Доказано, что лечение преэклампсии (ПЭ) и ее осложнений на сегодняшний день малоэффективно, поэтому основными резервами снижения материнской и перинатальной смертности считаются доклиническая диагностика, прогноз и профилактика этой патологии. Несмотря на большое количество гипотез относительно развития ПЭ, ни одна из них не раскрывает ее окончательной причины. Вместе с тем, не вызывает сомнений факт, что основа для развития ПЭ закладывается уже на начальных стадиях беременности. После обобщения данных многочисленных исследований зарубежных авторов установлены наиболее частые клинко-анамнестические факторы ГРБ. Среди них первая беременность, наличие ПЭ и эклампсии в анамнезе, возраст беременных до 18 лет и свыше 35 лет, интервал между родами до 2 лет и свыше 10 лет, отягощенный семейный анамнез по ПЭ, многоплодная беременность, экстрагенитальные заболевания матери и др. Однако надо отметить, что ГРБ осложняют течение беременности также у женщин без факторов риска. Хотелось бы отметить, что в Узбекистанской Республике проблема ГРБ постоянно находится в центре внимания акушеров-гинекологов. Надо сказать, что сведения о частоте, течении и исходах беременности для матери и плода при гипертензивных нарушениях по республике немногочисленны. Нет научных данных относительно значимости различных клинко-анамнестических и

иммунологических факторов риска развития этой патологии. Все это предопределило актуальность и цель настоящего исследования.

Цель исследования изучить распространенность гипертензивных расстройств, региональных аспектов формирования факторов риска, особенностей течения, лечения и возможных путей профилактики этих состояний в популяции женщин беременных

Материал и методы обследовали 120 женщин с различными ГРБ (I основная группа), контрольную группу составили 50 женщин с нормально протекающей беременностью без гипертензии.

Пациентки основной группы в зависимости от формы и степени тяжести ГРБ были разделены на 3 подгруппы:

1 подгруппа — гестационная гипертензия (ГГ) — 104 (47,3%);

2 подгруппа — преэклампсия — 89 (40,5%);

3 подгруппа — хроническая гипертензия (ХГ) — 27 (12,3%).

У всех беременных оценивалось наличие факторов риска развития ПЭ — возраст, паритет, гипертензивные нарушения при предыдущих беременностях, отягощенный семейный анамнез по гипертензии, временной интервал между беременностями, бесплодие, многоплодие, экстрагенитальные заболевания (заболевания почек, печени, сердечно-сосудистые болезни, эндокринная патология и др.). Анализ клинико-анамнестических данных установил, что средний возраст беременных основной группы составил 29,5 лет, причем 12,5% обследованных были в возрасте старше 35 лет. Первородящие составили 70%, что в 1,6 раз чаще ($p < 0,01$) по сравнению с контролем. Изучение акушерского анамнеза повторнородящих показало наличие ПЭ и эклампсии в прошлом у 24,5% беременных основной группы и ни у одной пациентки из группы контроля, интервал между родами до 2 лет и свыше 10 лет у беременных с гипертензией почти в 2 раза был чаще по отношению к здоровым

беременным. Отягощенный семейный анамнез по ПЭ встречался у 17,3% беременных с гипертензией, что в 2,1 раза выше по сравнению с контролем. Анализ гинекологического анамнеза показал, что у 9,1% беременных отмечалось первичное, в 4,1% случаев — вторичное бесплодие.

Рассматривая возраст беременных до 18 и свыше 35 лет как фактор риска ПЭ, установлена статистически достоверная разница в группах наблюдения (в 2 раза выше в основной группе, $p < 0,05$). Многоплодие в основной группе встречалось почти в 4 раза чаще контроля ($p < 0,05$). Изучение соматического статуса выявило статистически достоверную высокую частоту сопутствующей патологии у пациенток основной группы: ожирение различной степени тяжести (индекс массы тела > 35) — 48 (21,8%, $p < 0,01$), заболевания почек и моче-выделительных путей — 22 (10%), сердечно-сосудистая патология — 14 (6,4%), эндокринные заболевания — 18 (8,2%), хронический холецистит — 9 (4,1%). Наличие одного фактора риска определялось у 58 беременных (37,7%), сочетание двух факторов — у 50 (32,5%), трех и более — у 46 (29,8%). При сочетании трех и более факторов частота ПЭ достоверно почти в 3 раза превалирует над ГГ и почти в 2 раза — над ХГ.

Таким образом, полученные данные показали наличие факторов риска развития ГРБ у обследованных основной группы в 70% случаев (154 беременные), большинство женщин были первобеременными и каждая третья имела отягощенный соматический статус. Мы изучили частоту встречаемости отдельных клиничко-анамнестических факторов риска в зависимости от формы и степени тяжести ГРБ .

Анализ полученных данных показал, что наиболее значимыми факторами риска ГРБ являются первая беременность, наличие экстрагенитальной патологии у беременной, а также наличие ПЭ и эклампсии в анамнезе. Причем при ХГ ведущая роль принадлежит таким факторам риска, как отягощенный соматический статус (96,3%), первая беременность (55,6%) и

ожирение различной степени (48,1%). При ПЭ на первый план вышли такие факторы риска, как первая беременность (58,4%) и наличие ПЭ и эклампсии в анамнезе (39,3%), а ГГ чаще всего встречалась среди первобеременных женщин (83,6%).

Ультразвуковыми признаками ФПН при гипертензивных нарушениях в стадии субкомпенсации являются уменьшение толщины плаценты (18,0%) и преждевременное ее старение (51,4%). Поздними ультразвуковыми критериями ГРБ являются снижение амниотического индекса — у 67,5% и ЗВУР плода по данным биометрии (48,1%), что говорит о декомпенсации фетоплацентарного комплекса и необратимости патологического процесса. Таким образом, относительно ранними ультразвуковыми признаками риска развития ГРБ являются изменения в плаценте (утолщение и кистозные расширения), по остальным параметрам ультразвуковые критерии нельзя отнести к ранним доклиническим маркерам этой патологии, позволяющим предотвратить развитие ФПН и повлиять на улучшение течения гестационного процесса.

Допплерометрическое исследование маточно-плацентарного кровотока в основной группе выявило снижение его в 100% случаев с более выраженными изменениями в левой маточной артерии и наличием дикротической выемки у 55,9% беременных. Для того чтобы выявить доплерометрические прогностические критерии ПЭ мы разделили пациенток этой группы (59 беременных) на три подгруппы по уровню значения индекса резистентности (ИР) — наиболее информативного показателя нарушения кровотока: 1 подгруппа — 0,48-0,60 (17 беременных), 2 подгруппа — 0,61-0,70 (23 пациентки), 3 подгруппа — 0,71-0,98 (19 беременных). Была изучена зависимость между степенью повышения ИР при ПЭ и наличием или отсутствием дикротической выемки в маточных артериях.

Заключение

Результаты проведенных исследований позволили нам выделить целый ряд анамнестических, клинических, иммунологических и инструментальных факторов риска развития ПЭ.

Факторы высокого риска развития ПЭ и тяжелых форм патологии:

Клинико-анамнестические прогностические маркеры (I триместр)

- первая беременность,
- наличие хронической гипертензии,
- наличие экстрагенитальной патологии у беременной,
- наличие ПЭ и эклампсии в анамнезе,
- сочетание трех и более клинико-анамнестических факторов риска.

Инструментальные прогностические маркеры (II триместр)

- снижение маточно-плацентарного кровотока с более выраженными изменениями в левой маточной артерии и наличие дикротической выемки.
- ИР до 0,60 и наличие дикротической выемки в обеих маточных артериях, ИР в пределах 0,61-0,70 и наличие дикротической выемки в одной из маточных артерий, ИР более 0,70 и отсутствие дикротической выемки в маточных артериях.
- кистозные расширения и утолщение плаценты при УЗИ.

Литература

1. Hypertensive Disorders in Pregnancy (HDP) Guideline Summary, NY State Department of Health, 2013.
2. Lo JO, Mission JF, Caughey AB. Hypertensive disease of pregnancy and maternal mortality. *Obstet Gynecol.* 2013; 25 (2): 124-32. DOI: 10.1097/GC0.0b013e32835e0ef5

3. Ghulmiyah L, Sibai B. Maternal mortality from preeclapsia/eclampsia. *Semin Perinatol.* 2012; 36 (1): 56-9. DOI: 10.1053/j.semperi.2011.09.011.
4. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *The Lancet Global Health* 2014; 2 (6): 323-33. DOI: : 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.
5. Sidorova IS, Phillippe OS, Nikitina NA, et al. Causes of maternal deaths from preeclampsia and eclampsia in 2013. *Obstet Gynecol* 2015; 4: 11-18. (In Russ.) Сидорова И. С., Филиппов О. С., Никитина Н. А. и др. Причины материнской смертности от преэклампсии и эклампсии в 2013 году. *Акуш и гинек* 2015, 4: 11-18.
6. Buurma AJ, Turner RJ, Driessen JH, et al. Genetic variants in preeclampsia: a metaanalysis. *Human Reproduction Update* 2013; 3 (19): 289-303.
7. Vettorazzi J, Torres FV, De Avila TT, et al. Serum S100 B in pregnancy complicated by preeclampsia: case-control study. *Pregnancy Hypertens* 2012; 2: 101-5.
8. Wu P, van den Berg C, Alfirevic Z, et al. Early pregnancy biomarkers in preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Mol Sci* 2015; 16: 23035-56. DOI: 10.3390/
9. Poon LC, Nicolaides KH. First-trimester maternal factors and biomarker screening for preeclampsia. *Prenat Diagn* 2014; 34 (7): 618-27. DOI: 10.1002/pd.4397.
10. Johanes C. Mose. The role of maternal and fetal Doppler in preeclampsia. *Pregnancy Hypertens* 2014; 4 (3): 242.