

**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ,
ВЛИЯНИЕ НА ИСХОДЫ РОДОВ***МИШЕНЕВА Е. А., КАРПЕНКО А. П., ИЛЬИНЫХ Е. И.¹, ГАЛИН А. П.¹**ГУ РК «Кардиологический диспансер», Сыктывкар**¹Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»,
Сыктывкар*

Мишенева Е. А., Карпенко А. П., Ильиных Е. И., Галин А. П. Артериальная гипертензия и беременность, влияние на исходы родов // Мед. акад. журн. 2009. Т. 9. № 1. С. 106–111. ГУ РК «Кардиологический диспансер», Сыктывкар, 167001; Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия», Сыктывкар, 167000.

Артериальная гипертензия беременных занимает особое место среди актуальных вопросов современной медицины. Нами проанализированы исходы беременностей 223 женщин с артериальной гипертензией и гипертонической болезнью, проходивших обследование в кардиологическом диспансере в различные сроки беременности. Анализировались следующие исходы: перинатальная гибель плода, гестоз, задержка внутриутробного развития, преждевременные роды, патология плода.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, перинатальная гибель плода, гестоз, задержка внутриутробного развития, преждевременные роды, патология плода.

Misheneva E. A., Karpenko A. P., Ilyinykh E. I., Galin A. P. Arterial hypertension and pregnancy, influence on outcomes of sorts // Med. Acad. Journ. 2009. Vol. 9. № 1. P. 106–111. GU RK «Cardiological dispensary», Syktyvkar, 167001. Branch Komi of Kirov State Medical Academy, Syktyvkar, 167000.

The arterial hypertension of pregnant women takes a special place among pressing questions modern medicine. We analyse outcomes pregnancy 223 women with an arterial hypertension and the hypertensive illness, passing inspection in a cardiological clinic in various terms of pregnancy. Following outcomes were analyzed: perinatal destruction of a fruit, gestosis, a delay of pre-natal development, premature birth, a fruit pathology.

Key words: an arterial hypertension, perinatal destruction of a fruit, gestosis, a delay of pre-natal development, premature birth, a fruit pathology.

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: артериальной гипертензии в целом и репродуктивного здоровья нации. Проблема АГ в России, как и во всем мире, переросла рамки только медицины, стала государственной. Это обусловлено широкой распространенностью, высоким риском осложнений и недостаточным контролем АГ в масштабе популяции. Важнейшей медицинской и государственной задачей также являются сохранение и восстановление репродуктивного здоровья. В настоящее время наблюдается рост распространенности болезней репродуктивной системы и соматической патологии у женщин, которые во многом определяют увеличение числа осложнений во время беременности и родов. В результате количество нормальных родов в России к 1999 г. снизилось до 31,1%, отмечается высокий уровень рождения недоношенных и незрелых детей, младенческой и материнской смертности [1].

Недооценка риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в последние десятилетия сменилась значительным ростом интереса к проблемам женского здоровья. Особым этапом в жизни женщин репродуктивного возраста является беременность, характеризующаяся выраженными гормональными, метаболическими и гемодинамическими изменениями. Даже у здоровых женщин беременность является «стресс-тестом» для сердечно-сосудистой системы.

Любая АГ при беременности сочетается с повышенным риском осложнений у матери и плода и является одной из главных причин заболеваемости и смертности матери, плода и новорожденного, а также отрицательно влияет на отдаленный прогноз для женщин и дальнейшее развитие детей, повышая у них риск неврологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Частота АГ у беременных в различных регионах России колеблется от 5 до 30% [4] и не имеет тенденции к снижению. Важно отметить, что в настоящее время АГ занимает одно из ведущих мест в мире среди причин летальных исходов у беременных. По данным ВОЗ, гипертензивный синдром – это

вторая после эмболии причина материнской смертности, составляющая 20–30% случаев в структуре материнской смертности. Перинатальная смертность (30%) и преждевременные роды (10–12%) у беременных с хронической гипертензией значительно превышают соответствующие показатели у беременных с нормальным уровнем АД. Гипертензия увеличивает риск отслойки нормально расположенной плаценты, может быть причиной нарушения мозгового кровообращения, отслойки сетчатки, эклампсии, массивных коагулопатических кровотечений в результате отслойки плаценты. В России гестоз также является одной из основных причин материнской смертности, перинатальная смертность при гестозе превышает средние показатели в 5–7 раз [1].

Проблема АГ в период беременности далека от своего решения [5]. В подходах к ведению беременных с АГ в настоящее время имеется множество несогласованных позиций. В мире используется более 100 классификаций АГ в период гестации. Нет единых критериев диагностики артериальной гипертензии у беременных [4]. Нет достаточной доказательной базы эффективности и безопасности фармакотерапии в период гестации. Крупные клинические исследования у беременных не проводились, в связи со сложностью решения этических вопросов при планировании подобных исследований. Выбор лекарственных средств при беременности ограничен. Многие препараты с доказанной эффективностью противопоказаны при беременности и в период лактации. Кроме того, в России отсутствует ряд лекарственных средств, широко используемых при лечении АГ у беременных за рубежом (лабеталол, окспренолол, гидралазин для парентерального введения) [1].

Цель исследования: оценка исходов беременности и патологии плода в зависимости от тяжести АГ, сравнение с показателями родильного дома ГУ РК «Кардиологический диспансер» (роддом РКД), средними показателями по Республике Коми.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы исходы беременностей 223 женщин с артериальной гипертензией и гипертонической болезнью (ГБ), проходивших обследование в различные сроки беременности в кардиологическом диспансере в отделении артериальной гипертензии в 2005–2007 гг., родоразрешение которых проходило в условиях роддома РКД. Было проанализировано 45 случаев (20%) в 2005 г., 74 случая (33%) – в 2006 и 104 случая (47%) – в 2007 г.

Анализировались следующие исходы: перинатальная гибель плода, гестоз, задержка внутриутроб-

ного развития, преждевременные роды, патология плода.

Случаи хронической АГ беременных включали: ГБ – у 201 пациентки (90,1%) или симптоматическую АГ – у 22 пациенток (9,9%), при которых САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. было зарегистрировано до беременности или появилось до 20-недельного срока.

Диагноз АГ определялся, если:

- до наступления беременности не менее 2 раз регистрировалось САД ≥ 140 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст.
- повышение АД по таким же критериям регистрировалось в первой половине беременности (до 20 нед)

Диагностика и формулировка диагноза ГБ (эссенциальной гипертензии) были основаны на Российских рекомендациях ВНОК по профилактике, диагностике и лечению АГ (2004) [3].

Среди всех женщин с ГБ I стадия была диагностирована у 170 (76,2%) пациенток, ГБ II стадии – у 29 (13%), ГБ III стадии – у 2 (0,9%) пациенток. Симптоматическая АГ встречалась у 22 женщин (9,9% исследуемых), что соответствует российским данным, согласно которым на долю пациентов с симптоматической АГ приходится около 5–10% всех пациентов с артериальной гипертензией [3].

По степени тяжести АГ пациентки распределились следующим образом: АГ I-й степени тяжести (ст. т.) – 16 (7,2%), АГ 2-й ст. т. – 109 (48,9%), АГ 3-й ст. т. – 98 (43,9%).

Средний возраст женщин составил $30,7 \pm 5,7$ года.

При разработке медикаментозной терапии учитывалась возможность максимально безопасного для вынашивания беременности и здоровья плода приема лекарственных средств.

Цель лечения беременных с АГ – предупредить развитие осложнений, обусловленных высоким уровнем АД, обеспечить сохранение беременности, нормальное развитие плода и успешные роды.

Лечение легкой степени заболевания может проводиться амбулаторно (это объясняет малочисленность беременных с АГ I-й ст. т.). Основу лечебно-профилактических мероприятий составляют, прежде всего, лечебно-охранительный режим и полноценное питание. При лечении беременных женщин придерживались принципа минимально необходимого вмешательства, ведь агрессивное влияние множества препаратов на беременность, состояние плода и новорожденного в ранний постнеонатальный период вынуждает врача назначать их крайне взвешенно и осторожно, учитывая, кроме всего прочего, и срок беременности.

Принципы терапии артериальной гипертонии у беременных:

- 1) определение индивидуального уровня целевого АД;
- 2) определение оптимального срока и тактики ведения родов;
- 3) решение вопроса об амбулаторном или стационарном наблюдении и лечении;
- 4) индивидуальный подбор препаратов первой и, при необходимости, второй линии.

Немедикаментозные методы, и в частности снижение веса во время беременности, не рекомендуются даже женщинам с ожирением. Хотя ожирение – фактор риска развития гестоза, однако в настоящее время нет данных, что снижение веса в период беременности снижает риск его развития. Вместе с тем снижение массы тела в период беременности может вызвать гипотрофию плода.

Медикаментозная терапия беременных с АГ может начинаться с назначения препаратов магния (Магне В6, Магнерот), которые можно использовать на ранних сроках беременности [1].

Использование Магне В6 способствует [1]:

- предупреждению развития позднего гестоза, особенно ранних и тяжелых его форм;
- профилактике невынашивания беременности;
- положительному действию на состояние плода и новорожденного, в частности предупреждению развития его внутриутробной гипотрофии и повышению адаптации новорожденного в раннем неонатальном периоде.

Кроме того, Магне В6 улучшает психоэмоциональное состояние беременных, что также способствует нормализации артериального давления при небольших цифрах артериальной гипертензии [1].

Препараты магния не оказывают выраженного гипотензивного эффекта, но нормализуют исходно сниженный уровень магния, профилактируют утяжеление АГ и присоединение протеинурии [3].

В большинстве случаев лечение проводилось препаратом первой линии для лечения АГ у беременных – допегитом (метилдопой). Препарат не нарушает маточно-плацентарный кровоток и гемодинамику плода, снижает перинатальную смертность, что было показано ранее в клинических исследованиях, не влияет на величину сердечного выброса и кровоснабжение почек у матери. Пока это единственный гипотензивный препарат, использующийся во время беременности, при применении которого изучались отдаленные последствия у детей. В ходе наблюдения в течение 7,5 лет за небольшой группой детей, матери которых принимали метилдопу во время беременности, не было выявлено неблагоприятного влияния на постнатальное физическое и интеллектуальное

развитие [3]. Препарат применялся в дозе 250 мг 2–3 раза в сутки, при необходимости проводилось постепенное увеличение до максимальной дозы, 2 г/сут.

Препараты второй линии в нашем исследовании – блокаторы медленных кальциевых каналов, антагонисты кальция (кордафлекс, нифедипин, амлодипин).

Короткодействующие нифедипины использовались для терапии тяжелой АГ и гипертонических кризов у беременных, ретардные формы – для продолжительной базисной терапии.

В редких случаях использовались препараты третьей линии – β-адреноблокаторы.

Не применялись, учитывая противопоказания при беременности, ингибиторы АПФ, ингибиторы рецепторов к ангиотензину II, препараты раувольфия, диуретики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 223 пациенток с АГ беременность закончилась родами у 210 женщин (94%), у 9 женщин (4%) проведено прерывание беременности по медицинским показаниям, у 4 (1,8%) – беременность закончилась самопроизвольным выкидышем. Перинатальная или антенатальная гибель плода наблюдалась в 5 случаях (22%) (табл. 1). Не было ни одного случая материнской смертности. Кесарево сечение было проведено в 40% (85 из 210 родов) случаев.

Прерывание беременности по медицинским показаниям проводилось в следующих случаях:

- злокачественное течение АГ,
- АГ II ст. IV риска и АГ III ст.,
- присоединение к АГ II–III ст. преэклампсии (после 20 нед),
- резистентность к лечению АГ (на 3 препаратах),
- реноваскулярная АГ с высоким уровнем АД.

Случаи перинатальной смертности, а также преждевременные роды и гестозы наблюдались только у пациенток АГ 2 и 3 ст. (табл. 1). Самопроизвольное прерывание беременности отмечалось при всех степенях тяжести АГ. Прерывание беременности по медицинским показаниям проводилось в основном, при тяжелом течении артериальной гипертензии, когда возникали абсолютные противопоказания для вынашивания беременности из-за угрозы серьезных осложнений как для матери, так и для плода. Различия в группах не достигли статистической значимости из-за небольшого числа наблюдений.

Наиболее характерным осложнением беременности у женщин, страдающих артериальной гипертензией, является поздний гестоз, который наибо-

лее часто протекает в виде преэклампсии. У таких женщин преэклампсия может развиваться до 32-й и даже до 28-й нед беременности. Тяжелая преэклампсия у беременных с гипертонической болезнью может осложниться острым нарушением мозгового кровообращения, тяжелой ретинопатией, отслойкой сетчатки, хронической и острой почечной недостаточностью. На фоне гестоза неуклонно возрастает число случаев невынашивания беременности, очень часто наблюдается отслойка плаценты, страдает плод. Если тяжелый гестоз развивается до 29-й нед беременности, то женщина в большинстве случаев теряет ребенка. Если он возникает в период с 29 по 32 нед беременности, то гибель ребенка наблюдается приблизительно в 40% случаев, и примерно в таком же количестве случаев развиваются тяжелые состояния плода и новорожденных: гипотрофии, асфиксии, выраженная недоношенность, нарушения ликвородинамики, синдром дыхательных расстройств. В значительной мере исход беременности как для матери, так и для плода зависит от выраженности проявлений заболевания [3]. Отметим, что количество беременных с гестозом в нашем наблюдении тем больше, чем тяжелее артериальная гипертензия (табл. 1).

Средний вес плода у матерей с АГ снижается по мере увеличения степени тяжести гипертензии (табл. 2), хотя различия не достигли статистической значимости.

Наиболее частой патологией плода у женщин, имеющих АГ, являются поражения ЦНС – 47 случаев из 210 родов (22,4%) (табл. 3). На втором месте – 36 детей (17,1%) – гипотрофия, за счет задержки внутриутробного развития плода. Остальная патология, куда вошли внутриутробные инфекции,

врожденные пороки сердца и функционирующий открытый артериальный проток, а также врожденные пороки развития плода, вместе составляют 26 случаев (12,4%). И лишь у половины женщин (115 человек, или 54,8% случаев) дети рождаются без видимой патологии.

При сравнении частоты патологии плода у женщин с АГ и гестозом и с АГ без гестоза наблюдается увеличение риска гибели ребенка в 10 раз (статистически значимо) при развитии гестоза. Почти у половины всех детей женщин с АГ и гестозом выявлена патология центральной нервной системы, чаще гипоксического характера, и это в 2,5 раза больше, чем в группе женщин без гестоза. В 3 раза меньше рождается детей без видимой патологии при гестозе и АГ в сравнении с теми, чья беременность протекала на фоне гипертензии, но без гестоза (табл. 3).

Все это еще раз доказывает большое влияние поздних гестозов на исходы родов у пациенток с артериальной гипертензией и акцентирует внимание на необходимости тщательного динамического наблюдения, своевременной коррекции терапии для профилактики поздних гестозов у этой группы женщин.

При сравнении исходов беременностей за 2007 г. все показатели в наблюдаемой нами группе выше, чем в общей популяции по Республике Коми, российские данные и в среднем по роддому РКД (табл. 4). Перинатальная смертность у женщин с артериальной гипертензией во время беременности в 6 раз выше, чем в среднем по роддому РКД, в 5 раз выше, чем в среднем по республике, и в 3 раза превышает среднестатистические российские данные. Преждевременных родов в нашем наблюдении произошло в 2,5 раза больше, чем в среднем по роддому

Таблица 1

Исходы беременностей в зависимости от степени тяжести заболевания

Исходы	I степень тяжести n=16	II степень тяжести n=109	III степень тяжести n=98	В исследовании n=223	p
Перинатальная смертность n (%)	0 (0 %)	3(27 %)	2 (20 %)	5(22%)	p>0,05
Гестоз n (%)	0 (0 %)	10 (9,2 %)	17 (17,3%)	27 (12,1 %)	p=0,06
Преждевременные роды n (%)	0 (0 %)	15(13,8 %)	12(12,2 %)	27(12,1 %)	p>0,05
Самопроизвольный выкидыш	1 (6,3 %)	2 (1,8 %)	1 (1 %)	4 (1,8 %)	p>0,05
Прерывание беременности по мед. показаниям	0 (0 %)	1 (0,9 %)	8 (8,2%)	9 (4,0%)	p>0,05

Таблица 2

Зависимость среднего веса плода от степени тяжести артериальной гипертензии

Показатель	I степень тяжести n=15	II степень тяжести n=106	III степень тяжести n=89	Всего родов в исследовании n=210	p
Средний вес плода при родах, г	3527±300	3242±850	3156±730	3226±770	p>0,05

Патология плода у женщин с артериальной гипертензией

Патология плода	Из всех родов (n=210)	У женщин с гестозом (n=27)	У женщин без гестоза (n=183)	P
Без видимой патологии, n (%)	115 (54,8%)	5 (18,5%)	110 (60,1%)	p<0,05
Поражение ЦНС, n (%)	47 (22,4%)	13 (48,1%)	34 (18,6%)	p<0,05
Гипотрофия, n (%)	36 (17,1%)	4 (14,8%)	32 (17,5%)	p>0,05
Другая патология, n (%)	26 (12,4%)	2 (7,4%)	24 (13,1%)	p>0,05
Гибель ребенка, n (%)	5 (2,4%)	3 (11,1%)	2 (1,1%)	p<0,05

Таблица 4

Исходы беременностей женщин с артериальной гипертензией в сравнении со средними показателями по роддому РКД, Республике Коми и России за 2007 г.

Показатель	Исследуемая группа n=104	Роддом РКД	Республика Коми	Россия
Перинатальная смертность, n (‰)	3 (29‰)	4,7‰	5,9‰	9,7‰
Преждевременные роды, n (%)	11 (10,6%)	4,3%	3,5%	4,4%
Родоразрешение кесаревым сечением, n (%)	36 (35%)	18,1%	19%	19,3%
Количество поздних гестозов, n (%)	12 (11,5%)	3,3%	7,36%	19,3%

Таблица 5

Исходы родов женщин с артериальной гипертензией в сравнении с литературными данными

Показатель	Наши данные	Литературные данные [3, с. 64]
Перинатальная смертность	22‰	30‰
Преждевременные роды	12,1 %	10–12%

РКД и по России, и в 3 раза больше в сравнении с республиканскими данными. Количество поздних гестозов превышает показатели роддома РКД в 3,5 раза, в 1,5 – в среднем по Республике Коми, но в 1,6 раза ниже средних российских данных. Кесарево сечение в качестве метода родоразрешения у женщин с АГ, по нашему наблюдению, выбиралось вдвое чаще, чем по другим данным.

При сравнении исходов беременностей в нашем наблюдении с литературными данными существенных отличий нет (табл. 5).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Данное исследование показывает, что беременным женщинам с артериальной гипертензией необходимо обследование и регулярное наблюдение во время всего срока гестации для профилактики и более раннего выявления таких осложнений беременности, как гестоз, отслойка плаценты. Особое внимание необходимо уделять женщинам со 2-й и 3-й ст. т. АГ (т. е. АД \geq 160/100 мм рт. ст.), так как именно в этой группе наиболее высокие показатели перинатальной смертности.

Результаты проведенного исследования еще раз акцентируют внимание на чрезвычайной актуальности проблемы артериальной гипертензии в пери-

од беременности. Конструктивным шагом на пути решения этой проблемы будет объединение усилий кардиологов, акушеров-гинекологов, терапевтов, клинических фармакологов, педиатров, специалистов функциональной и лабораторной диагностики для разработки единых российских рекомендаций по ведению беременных с АГ, основанных на современных достижениях медицины.

ВЫВОДЫ

1. Среди беременных женщин с артериальной гипертензией наблюдается высокий процент перинатальной смертности, преждевременных родов и гестозов в сравнении с общей популяцией рожениц.
2. При сравнении беременных женщин по степени тяжести артериальной гипертензии оказалось, что большинство осложнений возникало при 2-й и 3-й ст. АГ, что позволяет рассматривать течение беременности у женщин с 1-й ст.т. как более благоприятное.
3. Случаи перинатальной смертности регистрировались только у пациенток со 2-й и 3-й ст. т. АГ.
4. Преждевременные роды почти одинаково часто происходили у пациенток со 2-й и 3-й ст. повышением АД и не отмечались при легкой степени АГ.

5. Гестозы также встречались только при 2-й и 3-й ст. т. артериальной гипертензии, причем наибольшее число гестозов (17,3%) – у женщин с тяжелой АГ.
6. При присоединении гестоза у женщин с артериальной гипертензией риск гибели плода увеличивается в 10 раз, а риск поражения ЦНС у ребенка выше в 2,5 раза.

Литература

1. Гутман Л.Б., Меллина И.М., Лукьянова И.С. Артериальная гипертензия и безопасное материнство / ИПАГ АМН Украины. Киев, 2004.
2. Кобалава Ж.Д. Современные проблемы артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия и беременность. www.cardiosite.ru

3. Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертензией в России. М.: Изд-во «Рашин Продакшн», 2007.
4. Макаров О.В., Николаев Н.Н., Волкова Е.В. Артериальная гипертензия у беременных. Только ли гестоз? М.: Геотар-Медиа, 2006.
5. Преображенский Д.В., Вышинская И.Д. Медикаментозное лечение артериальной гипертензии при беременности / Учебно-научный медицинский центр управления делами Президента РФ. М.: Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, 2007.
6. Шехтман М.М., Бурдули Г.М. Болезни органов дыхания и кровообращения у беременных М.: Трида-Х, 2002.
7. Явелов И.С. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у беременных: рекомендации Комитета экспертов Европейского кардиологического общества. *Consilium-medicum* Т. 05/№ 11/2003.

Представлена членом-корреспондентом РАМН В. И. Мазуровым