

Значення клінічних характеристик стану вагітних з гіпертонічною хворобою для розвитку поєднаної преєклампсії та порушень стану новонародженого

Артеріальна гіпертензія (АГ) у вагітних залишається однією з основних причин материнської і дитячої перинатальної захворюваності та смертності як у економічно розвинених країнах, так і в тих, що розвиваються [1-9].

Одним із станів, які супроводжує АГ під час вагітності (табл. 1), є гіпертонічна хвороба (ГХ), або первинна АГ. Це захворювання досить поширене серед жінок дітородного віку [10]. Під час виношування вагітності на тлі ГХ часто виникають такі ускладнення, як поєднана преєклампсія (ПЕ), невиношування вагітності, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, дистрес, затримка розвитку плода та його загибель. Поєднана ПЕ (її критерії представлені в таблиці 2) є одним з найбільш характерних і тяжких ускладнень у вагітних з ГХ. Дуже часто вона розвивається рано, має тяжкий перебіг, погано піддається лікуванню і може бути причиною порушень мозкового кровообігу, крововиливів у ділянці очного дна, гострої та хронічної ниркової недостатності, набряку легень у матері. Саме за тяжкої ПЕ, що виникла рано, здебільшого спостерігаються передчасні пологи, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, тяжкі порушення стану плода і новонародженого [4, 5, 8, 9, 11-14].

Мета цієї роботи – визначити роль тяжкості проявів захворювання (стадії ГХ і ступеня АГ), надлишкової маси тіла й ожиріння у виникненні поєднаної ПЕ та порушень стану плода і новонародженого у жінок з ГХ.

Для вирішення завдання проаналізовано перебіг вагітності та стан новонародженого у 210 хворих, які народжували в акушерських клініках ІПАГ у попередні роки (табл. 1).

Тяжкість проявів ГХ у вагітних оцінювали згідно із сучасними рекомендаціями [15] з урахуванням як стадії хвороби (залежно від ураження органів-мішеней), так і ступеня АГ, тобто за рівнем артеріального тиску (АТ) (табл. 2).

Розподіл вагітних з ГХ з урахуванням тяжкості проявів захворювання представлено в таблиці 3.

Як видно з представлених даних, жорсткого паралелізму між стадіями ГХ і ступенями АГ у вагітних з ГХ не виявляється. При I стадії хвороби (відсутність ураження органів-мішеней) частіше спостерігався I ступінь АГ (підвищення АТ до 140-159/90-99 мм рт. ст.) і рідше – 2 ступінь АГ (АТ 160-179/100-109 мм рт. ст.); 3 ступінь АГ (АТ ≥ 180/110 мм рт. ст.) – лише у поодиноких випадках. При II стадії ГХ (наявність гіпертрофії лівого шлуночка та/або

генералізованого звуження артерій сітківки) I, 2 і 3 ступені АГ спостерігалися однаково часто. III стадія ГХ (тяжкі ураження органів-мішеней – перенесені інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу та ін.) як в популяції, так і нами спостерігалася рідко. У всіх хворих з ГХ III стадії була АГ 3 ступеня.

Поєднана ПЕ ускладнила перебіг вагітності у 145 (69,0%) жінок, які спостерігалися. У 71 (33,8%) вагітної було діагностовано ПЕ середньої тяжкості; у більшості випадків це ускладнення розвивалося у III триместрі вагітності. У 74 (35,2%) хворих була тяжка поєднана ПЕ. У 37 (17,6%) жінок вона виникла у терміні вагітності до 28 тиж, у 17 (8,1%) – на 29-32-му, в 11 (5,2%) – на 33-36-му, у 9 (4,3%) – на 37-40-му тижні.

137 (65,2%) дітей цих жінок народилися здоровими або з незначними порушеннями стану (асфіксія I ступеня, незрілість, гіпотрофія I ступеня та ін.); найближчим часом стан немовлят покращився або нормалізувався і їх було виписано додому (I група).

У 19 (9,1%) новонароджених спостерігалися значні порушення стану (глибока недоношеність, тяжка асфіксія, виражена гіпотрофія, синдром дихальних розладів, порушення мозкового кровообігу і гемоліквородинаміки); вони потребували спостереження і лікування в умовах відділення реанімації й інтенсивної терапії (ВРІТ) новонароджених, а потім в спеціалізованих дитячих стаціонарах (II група).

54 (25,7%) дитини загинули: 40 (19,0%) – антенатально; 2 (1,0%) – інтранатально; 12 (5,7%) – у ранньому постнатальному періоді – III група.

Для встановлення значення надлишкової маси тіла й ожиріння у розвитку ПЕ і порушень стану дитини проаналізовано додатково 153 випадки вагітності у хворих на ГХ. Захворювання I ступеня було у 107 (69,9%) жінок, 2 і 3 ступеня – у 46 (30,1%).

Масу тіла у вагітних оцінювали за величиною індексу маси тіла (ІМТ), враховуючи величину маси тіла незадовго до настання вагітності та/або в ранні її терміни (до 12 тиж вагітності).

ІМТ визначали за формулою:

$$\text{ІМТ} = \frac{\text{маса тіла (кг)}}{\text{зріст (м)}^2}$$

При показнику ІМТ від 18,5 до 24,9 кг/м² масу тіла характеризували як нормальну; при ІМТ 25,0-29,9 кг/м² – як надлишкову; при ІМТ ≥ 30,0 кг/м² – як ожиріння.

Установлено, що несприятливий перебіг вагітності у жінок з ГХ залежить від тяжкості проявів захворювання, і перш за все ступеня АГ, який визначають за рівнем підвищення АТ (рис. 1).

При АГ 3 ступеня поєднана ПЕ розвивається майже у всіх вагітних. Найбільш загрозлива її форма – тяжка ПЕ, що виникає до 33 тиж вагітності, спостерігається у 61,4% хворих.

При АГ 2 ступеня і ПЕ, й тяжка рання ПЕ розвиваються також дуже часто, але дещо рідше, ніж при захворюванні 3 ступеня.

При АГ 1 ступеня поєднана ПЕ, особливо тяжка ПЕ, до 33 тиж вагітності виникають рідше, ніж при АГ 2 і 3 ступеня, але в декілька разів частіше, ніж у жінок з початковим нормальним АТ.

Наші дослідження показали, що більш ніж дві третини вагітних з ГХ мають надлишкову масу тіла або ожиріння. Якщо у популяції надлишкова маса тіла й ожиріння спостерігаються у 13% вагітних без хронічної АГ, то у вагітних з ГХ цей показник становить 70,6%, що у 5,4 раза більше.

Визначено, що у жінок з АГ 1 ступеня у поєднанні з надлишковою масою тіла й ожирінням існує тенденція до більш частого приєднання ПЕ. Тяжка поєднана ПЕ, що розвивається дуже рано (до 33 тиж вагітності), виникає частіше.

У хворих на АГ 2 і 3 ступеня достовірної різниці у кількості випадків поєднаної ПЕ, у тому числі тяжкої та ранньої ПЕ, залежно від маси тіла не спостерігається (рис. 2).

Аналіз завершення вагітностей для новонароджених у матерів з ГХ залежно від тяжкості проявів захворювання також виявив чіткий взаємозв'язок стану дітей із ступенем АГ у жінки (табл. 4).

Найчастіше несприятливе завершення вагітності для новонароджених спостерігається у хворих із 3 ступенем АГ. Більш ніж половина з них втрачають дитину, і тільки у третини народжуються діти здорові або з незначними порушеннями стану. У жінок з АГ 2 ступеня, й особливо I ступеня, завершення вагітності для новонароджених більш сприятливе, але його не можна вважати задовільним.



І.М. Мелліна

У хворих на АГ I ступеня на стан новонароджених негативно впливає надлишкова маса тіла й ожиріння у матері. У таких жінок випадки втрати дитини становили 12,5%, тяжких порушень стану новонародженого – 11,25%. У жінок з нормальною масою тіла таких випадків не спостерігалося.

При АГ 2 і 3 ступеня не відмічено залежності стану новонароджених від маси тіла матері.

Наші спостереження свідчать про те, що на стан новонароджених у жінок з ГХ найбільше впливає виникнення поєднаної ПЕ, особливо тяжких і ранніх її форм (рис. 3).

При розвитку тяжкої поєднаної ПЕ у терміні вагітності до 28 тиж майже в усіх випадках спостерігається втрата дітей. При тяжкій ПЕ, що виникла на 29-32-му тижні вагітності, втрата дітей трапляється в 41,2% випадків; у 35,3% дітей виявляють важкі порушення стану здоров'я, що вимагають тривалого лікування у ВРІТ, а потім у спеціалізованих стаціонарах. При приєднанні ПЕ у тяжкій формі у більш пізній термін вагітності, при ПЕ середньої тяжкості стан дітей краший, хоча частота випадків втрати дітей і тяжких перинатальних порушень висока.

Таким чином, такі прості клінічні характеристики стану жінок з ГХ, як ступінь захворювання й ІМТ, дають можливість оцінювати у них ризик несприятливого завершення вагітності як для матері, так і для дитини. Тому при ГХ у жінок дітородного віку й у вагітних слід обов'язково визначити не тільки стадію захворювання, а й ступінь і оцінювати величину маси тіла.

Таблиця 1. Класифікація АГ у вагітних

Окремі форми та їх назва	Визначення
I. АГ, що передувала вагітності, або хронічна АГ Первинна АГ, або ГХ, або есенціальна АГ Вторинна, або симптоматична, АГ	АГ, що спостерігалася до вагітності або виникла (уперше виявлена) до 20-го тижня вагітності АГ, не пов'язана з будь-якою відомою причиною АГ, що є наслідком ураження тих або інших органів (паренхіматозні захворювання нирок, звуження ниркової артерії, коарктація аорти, патологія ендокринних залоз тощо)
II. АГ, зумовлена вагітністю*	АГ, що виникла після 20 тиж вагітності (є проявом ускладнення вагітності – пізнього гестозу) АГ, що не супроводжується протеїнурією та/або набряками (моносимптомний прояв пізнього гестозу) АГ у поєднанні з протеїнурією та/або набряками Судомний напад (напади) внаслідок гіпертензивної енцефалопатії
III. Поєднана ПЕ	Приєднання ПЕ (поява протеїнурії та/або набряків, більш значне підвищення АТ після 20 тиж вагітності) у жінок із хронічною АГ
IV. Гіпертензія неуточнена	АГ, виявлена після 20 тиж вагітності, за умови відсутності інформації щодо АТ до 20 тиж вагітності (виняток – АГ, що супроводжується гіпертрофією лівого шлуночка серця і немає причин для її розвитку, окрім підвищеного АТ; така АГ є хронічною)

*АГ, зумовлену вагітністю, діагностують і оцінюють її тяжкість на підставі діастолічного АТ, який більше характеризує периферичний судинний опір і менше змінюється, ніж систолічний, залежно від емоційного стану жінки. Для визначення об'єму лікування також використовують показники діастолічного АТ.

Таблиця 2. Ознаки приєднання ПЕ

Вірогідна ознака	Поява протеїнурії ≥ 0,3 г/добу у II половині вагітності
Імовірна ознака	Прогресування АГ та зниження ефективності попередньої антигіпертензивної терапії у II половині вагітності; Поява генералізованих набряків; Поява таких загрозливих симптомів, як сильний стійкий головний біль, порушення зору, біль у епігастрії, гіперрефлексія, олігурія

Таблиця 3. Розподіл вагітних з ГХ залежно від тяжкості проявів захворювання, n (%)

Стадія ГХ	Ступінь АГ		
	1	2	3
I	62 (64,6)	32 (33,4)	2 (2,0)
II	30 (27,0)	39 (35,1)	42 (37,9)
III	0 (0)	0 (0)	3 (100,0)
Всього	92 (43,8)	71 (33,8)	47 (22,4)

Таблиця 4. Частота різних станів новонароджених у матерів з ГХ з урахуванням ступеня АГ, %

Ступінь АГ	Група новонароджених		
	I	II	III
1	82,6*	8,7	8,7*
2	63,4**	8,4	28,2**
3	34,1***	10,6	55,3***

*Достовірність різниці (p<0,05) відносно показників у жінок з АГ I і 2 ступеня;

2 і 3 ступеня; *1 і 3 ступеня

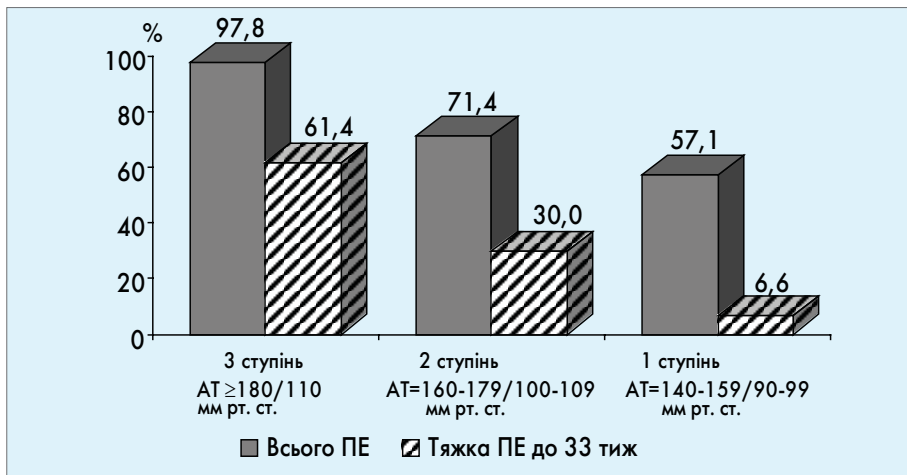


Рис. 1. Частота розвитку ПЕ у жінок з ГХ з урахуванням ступеня АГ, %

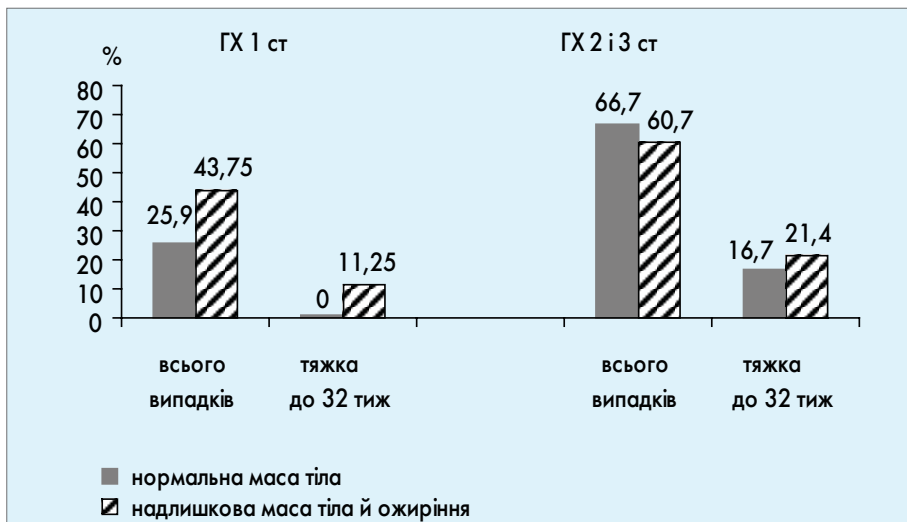


Рис. 2. Частота поєднаної ПЕ у вагітних з ГХ залежно від маси тіла, %

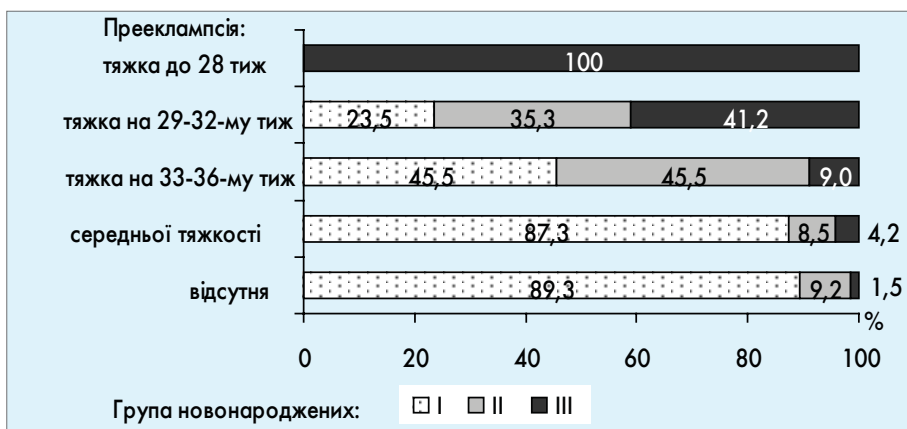


Рис. 3. Частота різних станів новонароджених у матерів з ГХ з урахуванням тяжкості й терміну приєднання ПЕ, %

При АГ 3 ступеня ризик приєднання ПЕ, у тому числі ранніх і тяжких її форм, що є загрозливим не тільки для здоров'я, а й для життя жінки, дуже високий. Вірогідність утрати дитини або важкого порушення її стану при такій тяжкості хвороби також дуже висока.

Враховуючи це, виношування вагітності у жінок з АГ 3 ступеня необхідно вважати протипоказаним. При таких проявах захворювання слід проводити контрацепцію, а при настанні вагітності рекомендувати її переривання на ранніх термінах. При відмові хворої від переривання вагітності виникає необхідність постійного ретельного спостереження і надання лікувально-профілактичної допомоги в умовах висококваліфікованого спеціалізованого медичного закладу.

При АГ 2 ступеня ризик несприятливого завершення вагітності для матері й дитини високий. У такому випадку виношування вагітності допустиме за умов постійного ретельного спостереження у висококваліфікованій спеціалізованій медичній установі.

При АГ 1 ступеня ризик несприятливого закінчення вагітності для матері й дитини підвищений. Рекомендується спостереження у спеціалізованому медичному закладі. За наявності у жінки надлишкової маси тіла або ожиріння вірогідність несприятливого завершення вагітності збільшується. Необхідним є постійне ретельне спостереження у високоспеціалізованій медичній установі.

Література

1. Венцовский Б.М. Интенсивное наблюдение и лечение при позднем гестозе / Венцовский Б.М., Витовский Я.М.; под ред. Б.М. Венцовского, Г.К. Степанковской // Акушерство и гинекология. Неотложная помощь. — М.: Эксмо, 2008. — Глава 4. — С. 51-83. — (Новейший медицинский справочник).

- Основная дородовая перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. — ВОЗ, Европейское региональное бюро. — 2002.
- Сидорова И.С. Гестоз / Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. // Руководство по акушерству. — М.: Медицина, 2006. — С. 333-433.
- De Gracia P.V. Pregnancy and Severe Chronic Hypertension in Pregnancy / De Gracia P.V., Rueda C.M., Smith A. — 2004. — V. 23, N 3. — P. 121-123.
- Gilbert W.M. Pregnancy outcomes in women with chronic hypertension: a population-based study / Gilbert W.M., Young A.L., Danielsen B.J. // Reprod. Med. — 2007. — Vol. 52, N 11. — P. 1046-1051.
- Hypertension in pregnancy / 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension // European Heart J. — 2007. — Vol. 28. — P. 1503-1504.
- Rose E. Hypertensive diseases in pregnancy [Электронный ресурс] / Rose E. — Режим доступа: <http://faculty.washington.edu/momus/PB/obhtn.htm>.
- Sibai B.M. Chronic Hypertension in Pregnancy / B.M. Sibai // Obstetrics and Gynecology. — 2002. — V. 100. — P. 369-377.
- Sun Y. Maternal and perinatal prognosis of pregnancy with chronic hypertension and analysis of associated factors / Y. Sun, Y.L. Yang, H.X. Yang // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. — 2007. — Vol. 42, N 7. — P. 434-437.
- Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль / І.М. Горбась // Здоров'я України. — 2007. — № 21/1 (додатковий). — С. 62-63.
- Мелліна І.М. Ускладнення вагітності у жінок з гіпертонічною хворобою: фактори ризику і профілактика / Мелліна І.М. // Вісник наукових досліджень. — 2003. — № 1. — С. 50-51.
- Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / Шехтман М.М. — М., 2005. — 816 с.
- James P.R. Management of hypertension before, during and after pregnancy / P.R. James, C. Nelson-Piercy // Heart. — 2004. — V. 90. — P. 1499-1504.
- Giannubilo S.R. Perinatal outcomes, blood pressure patterns and risk assessment of superimposed preeclampsia in mild chronic hypertensive pregnancy / S.R. Giannubilo, B. De IUomo, A. Tranquilli // European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology. — 2006. — V. 126, N 1. — P. 63-67.
- Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики і лікування артеріальної гіпертензії / Свіщенко Є.П. та ін. — К., 2008. — 80 с.

Особенности обследования и лечения беременных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

По материалам рекомендаций AGA/ASGE

Беременность – уникальное состояние, сопровождающееся многочисленными физиологическими изменениями, которые оказывают определенное влияние на состояние желудочно-кишечной системы, предрасполагая развитие той или иной патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у беременной. Наличие какого-либо заболевания ЖКТ у женщины до наступления беременности может наложить своеобразный отпечаток на развитие эмбриона/плода, течение беременности и явиться причиной формирования врожденных пороков у новорожденного. Кроме того, в настоящее время многие женщины предпочитают рожать ребенка после 30 лет. В этот период возрастает частота развития сопутствующей патологии, в том числе и гастроэнтерологической.

Какой должна быть тактика врача-гастроэнтеролога, ведущего консультативный прием беременной? Можно ли беременным проводить эндоскопическое исследование верхнего и нижнего отдела ЖКТ? Как выбрать и назначить наиболее эффективный медикаментозный препарат? Применение каких лекарственных средств наиболее безопасно для матери и плода?

Подробные ответы на эти вопросы мы нашли в руководствах всемирно известных гастроэнтерологических организаций: Американского общества гастроинтестинальной эндоскопии (American Society for Gastrointestinal Endoscopy, ASGE) и Американской гастроэнтерологической ассоциации (American Gastroenterological Association, AGA).

Эндоскопическое исследование ЖКТ

В руководстве ASGE по проведению эндоскопии у беременных и кормящих женщин подчеркивается, что безопасность проведения видеоэндоскопического исследования ЖКТ у беременных изучена недостаточно. Исследования, которые позволили экспертам ASGE сделать определенные выводы по проведению эндоскопии у беременных, были небольшими и ретроспективными.

Проведение эндоскопии во время беременности может сопровождаться гиповентиляцией и гипотензией плода в результате чрезмерной седации матери во время исследования или вследствие

сдавления нижней полой вены беременной маткой, что может привести к уменьшению плацентарного кровотока, гипоксии плода. Другим потенциальным риском эндоскопического исследования является возможная тератогенность (при использовании медикаментов для седации) или провокация преждевременных родов. Поэтому каждой беременной должна быть предоставлена информация о возможных осложнениях при проведении эндоскопии, а в информированное согласие на проведение эндоскопического исследования должны быть включены положения о потенциальном риске для плода и матери.

В руководстве ASGE приведены следующие показания для проведения эндоскопического обследования ЖКТ во время беременности:

- значительное или продолжающееся кровотечение из ЖКТ;
- тяжелая или рефрактерная к медикаментозному лечению тошнота, рвота, абдоминальная боль;
- дисфагия или одинофагия;
- весомые подозрения на наличие новообразования кишечника;
- тяжелая диарея с прогрессирующим течением;
- билиарный панкреатит, холедохоли-тиаз, холангит;
- повреждение билиарного или панкреатического протоков.

Продолжение на стр. 72.

Категория	Описание
A	Адекватные, хорошо контролируемые исследования у беременных женщин не показали повышения риска развития патологии плода в любом триместре беременности
B (best – лучшие)	Экспериментальные исследования на животных доказали отсутствие негативного влияния на плод, но подобные данные не были получены в хорошо контролируемых исследованиях у беременных женщин или экспериментальные исследования на животных продемонстрировали наличие побочного действия препарата на плод, но адекватные и хорошо контролируемые исследования у беременных женщин не подтвердили возможность негативного воздействия на плод в любом триместре беременности
C (caution – осторожно)	Экспериментальные исследования на животных продемонстрировали наличие побочного действия препарата на плод, адекватные и хорошо контролируемые исследования у беременных женщин не проводились или экспериментальные исследования на животных и адекватные и хорошо контролируемые исследования у беременных женщин не проводились
D (dangerous – опасны)	Адекватные хорошо контролируемые или наблюдательные исследования у беременных женщин продемонстрировали наличие риска для плода; польза от проводимой терапии может превышать возможный риск. Например, использование препарата возможно при развитии жизнеугрожающей ситуации или для лечения тяжелого заболевания, в то время как для коррекции нетяжелой патологии препарат не используется
X	Адекватные хорошо контролируемые или наблюдательные исследования у животных или беременных женщин продемонстрировали очевидные доказательства развития патологии плода. Использование этого препарата запрещено у женщин, планирующих беременность, или беременных