



**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С
ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОСЛОЖНЕННЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВОТОКА**

Бабаханова А.М., Юсупбаев Р.Б., Даuletова М.Ж.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
акушерства и гинекологии

✓ *Резюме*

В результате тщательного изучения ретроспективных данных женщин с гипертензивными нарушениями во время беременности, нам позволило определить частоту встречаемости гипертензивных расстройств во время беременности, частоту преждевременных родов, частоту нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока, исход беременности с гипертензивными нарушениями для матери и плода.

Ключевые слова: беременность, нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока, хроническая артериальная гипертензия, прэклампсия.

**RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN
WITH CHRONIC ARTERIAL HYPERTENSION COMPLICATED WITH
DISORDERS OF UTERO-PLACENTAL-FETUS BLOOD FLOW**

Babakhanova A.M., Yusupbaev R.B., Dauletova M.J.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology

✓ *Resume*

As a result of a thorough study of retrospective data of women with hypertensive disorders during pregnancy, we were able to determine the incidence of hypertensive disorders during pregnancy, the frequency of preterm birth, the frequency of impaired uteroplacental-fetal blood flow, the outcome of pregnancy with hypertensive disorders for the mother and fetus.

Key words: pregnancy impaired uteroplacental-fetal blood flow, chronic arterial hypertension, and preeclampsia.

**БАЧАДОН - ЙЎЛДОШ - ҲОМИЛА ҚОН АЙЛАНИШИНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ
БИЛАН АСОРАТЛАНГАН СУРУНКАЛИ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ КУЗАТИЛГАН
АЁЛЛАРДА ПЕРИНАТАЛ ОҚИБАТЛАРНИ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ**

Бабаханова А.М., Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж.

Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий амалий тиббиёт маркази

✓ *Резюме*

Ҳомиладорлик даврида гипертензив бузилишлар кузатилган аёлларнинг ретроспектив маълумотларини тўлиқ ўрганиши натижасида биз ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар частотаси, эрта тугилиши частотаси, бачадон-йўлдош-ҳомила қон оқимининг бузилиши частотасини, она ва ҳомила учун гипертоник касалликлар билан ҳомиладорлик натижаларини аниқлашга мувваффақ бўлдик.

Калит сўзлар: ҳомиладорлик, бачадон-йўлдош-ҳомила қон оқимининг бузилиши, сурункали артериал гипертензия, прэклампсия.



Актуальность

В настоящее время проблема артериальной гипертензии (АГ) у беременных не теряет актуальности и остается в центре внимания акушеров-гинекологов, кардиологов, клинических фармакологов. В современном акушерстве артериальная гипертензия при беременности - понятие неоднородное, наименование и как самостоятельное заболевание - хроническая артериальная гипертензия (ХАГ), и как осложнение гестации - преэклампсия (ПЭ) [1,2]. В последнее время отмечено распространение хронических форм гипертензивных расстройств при беременности: так, 25-30% данной патологии связано с ХАГ [2,3,4].

По данным многочисленных авторов, роды у женщин с артериальной гипертензией осложняются слабостью родовой деятельности чаще по сравнению с родами у здоровых женщин [6]. Частота оперативных родоразрешений у женщин с АГ выше средне популяционных значений – от 27 до 60% [5]; в структуре кесаревых сечений в одних исследованиях преобладает экстренное родоразрешение [3,4], в других – плановое [2].

Влияние плацентарной недостаточности на течение беременности По данным авторов, у большинства пациенток с нарушениями маточно-плацентарно-плодового кровотока (НМППК) возникают осложнения течения беременности, и прежде всего угроза прерывания [4,5]. Особое значение в развитии НМППК и ограничения синдрома роста плода (СОРП) занимают гипертензивные нарушения во время беременности, как наиболее грозные осложнения гестации [6].

В настоящее время, не смотря на многочисленные исследования, выбор метода и срока родоразрешения у беременных с гипертензивными нарушениями является не простой задачей для акушеров-гинекологов.

Целью исследования: изучение особенностей течения беременности и родов, исходов для плода и матери у беременных с хронической артериальной гипертензией.

Материал и методы

Было проведено ретроспективный анализ 3235 истории родов, произошедших в РСНПМЦАиГ за 2016г. Результаты ретроспективного анализа показали, что среди общей популяции беременных, поступивших на родоразрешение в РСНПМЦАиГ в 2016 году, 11% (n=356) женщин имели гипертензивные нарушения. Анализ показал, что среди нозологических форм гипертензивных состояний у беременных наиболее часто встречались ХАГ – 45%, гестационная гипертензия - 35,9%, ПЭ - 18,2% и эклампсия - 0,84%.

Результат и обсуждение

Ретроспективный анализ методов родоразрешения у беременных с гипертензивными нарушениями показал, что более чем в половине случаев эти женщины были родоразрешены абдоминальным путем, из-за нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока (МППК) и синдрома задержки роста плода (СОРП) (таблица 1).

Таблица 1.

Частота встречаемости МППК при гипертензивных нарушениях	
Нозология (n=356)	Частота (абс, %)
Нарушение МППК 1 ст	248 (69,7%)
Нарушение МППК 2 ст	46 (12,9%)
Нарушение МППК 3ст	62 (17,4%)
Среди них:	
СОРП 1 ст	97 (27,2%)
СОРП 2 ст	38 (10,7%)
СОРП 3 ст	29 (8,1%)

Из таблицы 2, видно, что из 356 женщин с гипертензивными нарушениями 79,2% были родоразрешены операцией кесарева сечения. Частота оперативных родов у беременных с ХАГ составила 78,7%, с гестационной гипертензией 77,34%, с преэклампсией 83%. Приступы



эклампсии имели место в трех случаях, и все женщины были родоразрешены абдоминальным путем и только 20,8% родоразрешены через естественные родовые пути.

Таблица 2
Методы родоразрешения у беременных с гипертензивными нарушениями

Нозология	Количество больных (n=356)	Методы родоразрешения			
		Через естественные родовые пути		Кесарево сечение	
		абс.	%	абс.	%
ХАГ	160	34	21,3%	126	78,7%
ГГ	128	29	22,66%	99	77,34%
ПЭ	65	11	17%	54	83%
Эклампсия	3	0	0%	3	100%

Несмотря на высокий показатель абдоминального родоразрешения среди беременных с ХАГ и ГГ в большинстве случаев (77,34 и 78,7% соответственно) этим женщинам кесарево сечение произведено в плановом порядке (рис 1.). Так как, женщины с ХАГ состояли на диспансерном учете как группа риска женщин репродуктивного возраста.



Рисунок 1. Частота оперативных родов у беременных с гипертензивными нарушениями.

Таким образом, показания к оперативному родоразрешению соответствовали тяжести МППК и преэклампсии. В проведенном ретроспективном анализе при тяжелых формах преэклампсии основными показаниями стали прогрессирование преэклампсии, СОРП и тяжелая МППК в сочетании с отсутствием готовности родовых путей, отягощенным акушерским анамнезом. Исходя из выше перечисленных при тяжелой преэклампсии с тяжелыми нарушениями МППК предпочтение отдавалось досрочному оперативному родоразрешению, в связи с ухудшением состояния матери. При ХАГ у беременных нарушение МППК развивается постепенно и при стабильной геодинамике матери, беременность можно пролонгировать до оптимальных сроков. В связи с этим было уместно подробно проанализировать историю родов беременных с ХАГ.

По данным ретроспективного анализа возраст обследованных беременных женщин с ХАГ был в пределах от 21 до 40 лет, средний возраст составил 28+2,64 лет. Удельный вес женщин в возрасте до 25 лет составил 38,80%; женщины были в возрасте 26-35 лет 55,60% и в возрасте 36 лет и старше 5,60%.

По ретроспективному анализу беременные женщины с ХАГ в основном (55,6%) были в активном репродуктивном возрасте.

Паритет беременных с ХАГ показало, что 41,90% женщин были первобеременные, 54,4% повторнобеременные и 3,70% многорожавшие.

Анализ клинико-анамнестических данных беременных с ХАГ показал высокую частоту соматической патологии. Так среди перенесенных заболеваний обращает на себя внимание

высокая частота заболеваний дыхательных путей 93,4%, ЖДА 49%, гиперплазии щитовидной железы 33%, 19,5% женщин страдали хроническим тонзиллитом (таблица 3).

Таблица 3 Перенесенные заболевания у беременных с ХАГ

Нозология	Группа ретроспектива (n=160)	
	абс.	%
Хронический тонзиллит	39	19,5%
ОРВИ, ОРЗ	186	93,0%
Гиперплазия щитовидной железы	66	33,0%
Анемия	98	49,0%
Варикозная болезнь	9	4,5%

Также у этих женщин имело место высокая частота акушерская патология. Анализ акушерского анамнеза показал, что у 24 (12%) женщин с ХАГ имело место невынашивание беременности, у 16 (8%) ранний выкидыш, у 8(4,0%) поздний выкидыш, у 3 (1,5%) неразвивающаяся беременность и у 13 (6,5%) преждевременные роды (рис 2).

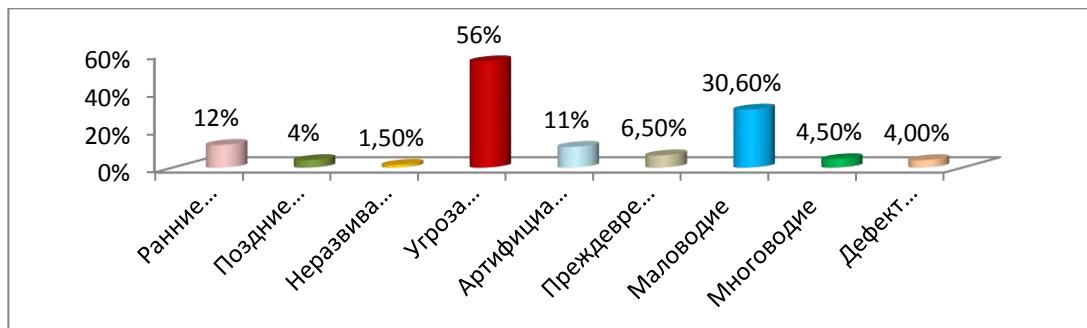


Рисунок 2. Акушерский анамнез у беременных с ХАГ

В родах имели место следующие осложнения: слабость родовой деятельности – у 16 (8,0%) и дискоординированная родовая деятельность – у 4 (2,0%) женщин с ХАГ. Одним из вероятных факторов развития перинатальных осложнений у беременных с ХАГ был ПОНРП, который имел место в 2,5% случаев.

Таблица 4 Течение родов у беременных с ХАГ

Показатель	Группа ретроспектива (n=160)	
	абс.	%
Преждевременный разрыв плодного пузыря	31	15,5
Быстрые роды	8	4,0
Слабость родовой деятельности	16	8,0
Дискоординированная родовая деятельность	4	2,0
Кровотечение		
ПОНРП	5	2,5
Гипотоническое	8	4,0
Дефект последа	9	4,5
Кесарево сечение		
- плановое	87	54,4
- экстренное	36	22,5
Роды через естественные родовые пути	37	23,1
Выходные акушерские щипцы	0	0
Ручное обследование полости матки	9	4,5

Ретроспективный анализ показал, роды через естественные родовые пути составило 23,1% случаев, 54,4% операция кесарево сечение проводилось в плановом порядке.

Течение послеродового периода у родильниц с ХАГ осложнялось субинволюцией матки у 11 (5,5%), лактостазом у 8 (4,0%) (таблица 5).

Таблица 5
Частота осложнений послеродового периода у родильниц с ХАГ

Заболевания	Группа ретроспектива (n=160)	
	абс.	%
ОРВИ	6	3,0
Раневая инфекция: послеоперационной раны	4	2,0
Нарушение кровообращения	2	1,0
Лактостаз	8	4,0
Субинволюция матки	11	5,5
Эндометрит	2	1,0

У беременных с ХАГ в 60,6% случаев роды произошли в сроке 32-37 недель. Беременные с ХАГ подвергались абдоминальному родоразрешению, в связи с ТГД 8%, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) в 12%, неправильного положения плода в 9%, миопии средней и тяжелой степени в 5%, тазовом предлежании плода в 7% случаев, нарушения МППК 3 степени в 18%, и СОРП 19% случаев (рис 3).



Рис 3. Показания к абдоминальному родоразрешению у беременных с ХАГ

Оценка состояния новорожденных (таблица 6.) показало, что состояние 36,3% новорожденных от беременных женщин с ХАГ по шкале Апгар было оценено на 7-8 баллов; 8,1% новорожденных при рождении были оценены на 6-7 баллов; 36,3% новорожденных оценены на 5 и ниже баллов.

Таблица 6
Состояние новорожденных у беременных с ХАГ

Изучаемые параметры	n=160	%
Рост		
- 45-50	99	61,9%
- 51-55	57	35,6%
> 55	4	2,5%
Масса		
< 2500	97	60,6%
2500-4000	58	36,3%
> 4000	5	3,1%
Оценка по шкале Апгар		
5-6	89	55,6%
6-7	13	8,1%
7-8	58	36,3%

Таким образом, по данным ретроспективного анализа, по росто-весовым показателям более половине случаев было недоношенные дети, которые были родоразрешении в сроке 32-37 недель беременности.

Выводы

Таким образом, проведенный нами ретроспективный анализ показал, что гипертензивные состояния встречаются в 11% случаев среди всех родов по данным клиники РСНПМЦАиГ. ХАГ занимает 1-е место среди гипертензивных нарушений у беременных и составляет 45%. Беременные женщины с ХАГ в 76,9% случаев были родоразрешены путем операции кесарево сечения и среди них 37 % случаев было досрочное родоразрешение по состоянию плода (18% случаев НМППК Зст и 19% СОРП соответственно).

Исходя из перечисленного, следует отметить, что среди нозологических форм АГ наиболее важным, требующим дальнейшего изучения, является ХАГ, в связи с тяжелыми нарушениями гемодинамики плода и частыми осложнениями со стороны матери. Беременные женщины с ХАГ являются группой высокого риска на развитие тяжелой МППК с СОРП, что часто требует досрочного родоразрешения, а это в свою очередь способствует повышению частоты и перинатальной заболеваемости и смертности, и других акушерских осложнений. Из всего вышесказанного следует, что требуются дальнейшие исследования с целью усовершенствования ведения беременности и родов у женщин с ХАГ, а также, поиск и разработка новых и усовершенствование существующих методов для пролонгирования беременности с учетом состояния плода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахмадеев Н.Р., Терегулова Л.Е., Ульянина Е.В., Ахмадеева Д.Г. Ранняя и поздняя задержка роста плода. Дифференциальная диагностика, критерии неблагоприятного перинатального исхода. // ДКМШ. 2019; 1(23):3-7.
2. Волочаева М.В., Баев О.Р. Современные представления о патогенезе задержки роста плода. // Акушерство и гинекология. 2021; 8: 13-17.
3. Agrawal A., Wenger N.K. Hypertension During Pregnancy. // Curr Hypertens Rep. 2020 Aug 27;22(9):64.
4. Audette M.C., Kingdom J.C. Screening for fetal growth restriction and placental insufficiency. // Semin Fetal Neonatal Med. 2018 Apr;23(2):119-125.
5. Babakhanova A.M. Fetoplacental insufficiency in pregnant women with preeclampsia. // Doctor's herald № 3 (95)–2020. P:14-17.
6. Brown M.A., Magee L.A., Kenny L.C., Karumanchi S.A., McCarthy F.P., Saito S., Hall D.R., Warren C.E., Adoyi G., Ishaku S. International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. // Pregnancy Hypertens. 2018 Jul;13:291-310.

Поступила 20.07.2022