

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Норимметова Б.Х., Матякубова С.А., Матризаева Г.Д.,

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

✓ Резюме

Крупномасштабные популяционные исследования, проведенные в разных странах за последние десятилетия, выявили широкую распространенность ГИБ, неизбежным следствием чего является непрерывное увеличение количества пренатальных и антенатальных осложнений у беременных.

На фоне АГ часто развиваются фетоплацентарная недостаточность (ФПН) и синдром отставания роста плода (СОП), антенатальная гибель плода, значительно увеличивается риск отслойки плаценты, отслойки сетчатки, эклампсии, внутримозговых кровоизлияний, массивных коагулопатических кровотечений.

Ключевые слова: гестационная гипертензия, фетоплацентарная недостаточность, эклампсии.

HOMILADOR AYOLLARDA GIPERTENZIV HOLATLARNI ANIQLASH VA DIAGNOSTIKA BO'YICHA ZAMONAVIY USULLAR

Norimmetova B.X., Matyakubova S.A., Matrizayeva G.D.,

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali.

✓ Rezyume

So'nggi o'n yilliklar davomida turli mamlakatlarda o'tkazilgan keng ko'lamli tadqiqotlar GAG keng tarqalgan va buning oqibatida homilador ayollarda prenatal va antenatal asoratlari sonining doimiy o'sib borishi kuzatilgan. AG fonida fetoplatsentari yetishmovchilik (FPN) va homila o'sishdan orqada qolishi yo'ldoshning barvaqi ko'chishi, eklampsiya, retinal qon quyilishlar, homilaning antenatal o'limi intraserebral qon ketish, massiv koagulyopatik qon ketish xavfini sezilarli darajada oshiradi.

Kalit so'zlar: gestatsion gipertenziya, fetoplatsentari yetishmovchilik, eklampsiya.

MODERN METHOD FOR THE DETECTION AND DIAGNOSIS OF HYPERTENSIVE PREGNANT WOMEN

Norimmetova B.X., Matyakubova S.A., Matrizayeva G.D.,

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy.

✓ Resume

Extensive studies conducted in various countries over the past decades have shown that GAG is widespread, resulting in a steady increase in the number of prenatal and antenatal complications during pregnancy.

Fetoplacental insufficiency and fetal growth retardation on the background of AG. Premature migration of the placenta, Eclampsia, retinal hemorrhage, Antenatal death of the fetus, intraserebral hemorrhage significantly increases the risk of massive coagulopathic hemorrhage.

Key words: gestation hypertension, Premature migration of the placenta, Eclampsia,

Актуальность

Несмотря на устойчивые тенденции снижения показателей материнской и перинатальной смертности в Узбекистане, здоровье беременных продолжает характеризоваться значительной соматической отягощенностью, возрастающей частотой гестационных осложнений и высоким уровнем заболеваемости новорожденных [5, 16, 23]. Резервами снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности являются прогнозирование и доклиническая диагностика гестационных осложнений.

Гипертензивные состояния при беременности по-прежнему занимают одно из ведущих мест в структуре материнской и перинатальной смертности после 20 нед. беременности (от 15 до 30%) [1, 12, 16]. Осложнения артериальной гипертензии являются одной из основных причин материнской смертности, занимаемая в развитых странах 2-4 места в структуре ее причин [20, 22, 27, 31] и обуславливая до 80% материнских летальных исходов в развивающихся странах [19]. Артериальная гипертензия при беременности значи-

тельно ухудшает перинатальные исходы. Так, перинатальная смертность у беременных с артериальной гипертензией различного генеза превышает популяционную в 5-20 раз [13, 34, 36], а при развитии некоторых осложнений достигает 70% [18].

АГ у беременных в настоящее время по-прежнему остается основной причиной как материнской, так и перинатальной заболеваемости и летальности, а также ряда акушерских осложнений [3, 8, 25]. По данным ВОЗ, в структуре материнской смертности доля гипертензивного синдрома составляет 20-30%, ежегодно во всем мире более 50 тыс. женщин погибают в период беременности из-за осложнений, связанных с АГ у матери [15,

коагулопатических кровотечений в результате отслойки плаценты, а также может быть причиной эклампсии, нарушения мозгового кровообращения, отслойки сетчатки [8, 17, 30].

По данным зарубежных исследователей, синдром артериальной гипертензии (АГ) осложняет течение беременности в 6-8% случаев [34], по данным отечественных авторов - в 6-30% у.

В Республике Узбекистан в структуре причин материнской смертности (МС) удельный вес гипертензивных нарушений возрос от 12,7% в 2001 г. до 26,7% в 2003 году, в 2005-2007 гг. составил 14% [2]. В Ташкентской области удельный вес материнской смертности, связанной с гипертензивными нарушениями во время беременности в 2009г. составил 25% по сравнению с 2007г. (21,4%) и 2008г. (16,6%) [22].

Распространенность артериальной гипертензии среди беременных достаточно высока и, по данным различных авторов, составляет от 8% до 30% [4, 9, 32].

Согласно данным литературы, при физиологическом течении беременности системное артериальное давление (АД) изменяется незначительно: в I триместре отмечается тенденция к некоторому снижению диастолического, реже (и в меньшей мере) - систолического АД, но в II триместре оно становится нормальным [11].

Диагностика гипертензивных нарушений у беременных, согласно рекомендациям экспертов ВОЗ/МОГ [18], проводится на основе одного из следующих критериев:

1. По абсолютным величинам АД - данные одного измерения диастолического АД выше 110 ммHg или данные двух измерений АД > 140/90 мм Hg с интервалом как минимум 4 часа.

2. По сравнению с уровнем АД до зачатия или в течение I триместра повышение систолического АД более чем на 25 ммHg или диастолического АД более чем на 15 ммHg даже при абсолютных величинах АД менее 140/90 мм Hg. В то же время в докладе рабочей группы по изучению высокого давления у беременных он исключен из диагностических критериев АГ при беременности. Однако при таком изменении АД рекомендовано тщательное наблюдение женщины, особенно при сочетании с протеинурией или повышенным уровнем мочевой кислоты в крови более 6 мг/мл [34].

Для определения риска для матери и плода и тактики лечения при выявлении синдрома АГ при беременности необходимо выяснить, чем он вызван. В классификациях АГ при беременности различных научных сообществ имеются различия, тем не менее, можно выделить две основные группы гипертензивных расстройств - хроническую гипертензию и гипертензию, индуцированную беременностью [6, 10].

Мнения по вопросу ГИБ очень разноречивы - от рекомендаций считать артериальной гипертензией повышение артериального давления (АД) на 25% от исходного до такого критерия, как уровень среднего АД в 140 ммрт.ст [7, 26]. Гипертензия, индуцированная беременностью может быть определена как де novo гипертензией с высотой артериального давления (АД) > 140 ммрт.ст. систолическое или > 90 Hg диастолическое после 20 недель беременности без протеинурии или повреждения органов [28].

В последнее время отмечено увеличение распространенности АГ во время беременности за счет ее хронических форм на фоне роста числа пациенток с ожирением, сахарным диабетом и в связи с увеличением возраста беременных [26, 33].

В современных зарубежных классификациях выделяют следующие формы гипертензивных состояний у беременных: хроническая АГ, гестационная АГ, преэклампсия (ПЭ) и ПЭ на фоне хронической АГ [11, 35]. В отечественной литературе еще можно встретить термин "гестоз", обозначающий клиническую ситуацию сочетания повышения АД во второй половине беременности с протеинурией и отеками. С нашей точ-

ки зрения, предпочтительнее использовать международную терминологию гипертензивных состояний у беременных.

Повышение АД, впервые зафиксированное во второй половине беременности (после 20-й недели беременности) и не сопровождающееся протеинурией, классифицируется как гестационная АГ [7].

В случае развития гестационной АГ окончательный диагноз ставится лишь после родов. Если АД возвратилось к норме через 12 недель после родов, целесообразно использовать термин "преходящая, или транзиторная АГ". При сохранении повышенного уровня АД через 12 недель после родов диагностируется хроническая АГ [9, 24, 30].

Диагностическими критериями гестационной гипертензии является увеличение систолического и диастолического АД выше 140/90 мм рт.ст., измеренного дважды с 4-6 часовым промежутком при сроке более 20 недель гестации у женщин с нормальным давлением до беременности [19].

Таким образом, диагноз гестационной АГ - это диагноз на период беременности и до постановки окончательного диагноза [6, 20]. Если синдром АГ впервые появляется после 20 недель беременности и исчезает, по одним данным, в течение 6 [20], а по другим - в течение 12 недель после родов [34]. ГИБ может являться одним из клинических проявлений гестоза.

Нарушения у женщин с ГИБ могут варьировать от легких форм заболевания до более серьезных состояний. Индуцированная беременностью гипертензия подразделяется на: гипертензию без протеинурии или отеков; легкую преэклампсию; тяжелую преэклампсию; эклампсию.

Преэклампсия (ПЭ) - одно из серьезных заболеваний, связанное с беременностью, которое встречается в 5-7% среди общего числа беременных и является главной причиной материнской смертности и заболеваемости [6,7].

У женщин, перенесших преэклампсию, формируется хроническая патология почек и гипертоническая болезнь [14,17,18,20]. Каждый четвертый ребенок при этой патологии имеет последствия перенесенной гипоксии [11,23,25]. По данным ВОЗ, анализ неблагоприятных исходов при преэклампсии показал, что в 68% случаев это обусловлено недочётами в организации и качестве оказания помощи беременным женщинам и родильницам вследствие недооценки тяжести состояния беременных в женской консультации и несвоевременной госпитализации, неадекватной терапии и запоздалого или нерационального родоразрешения в акушерском стационаре.

Прогнозирование и профилактика ГИБ, к сожалению, до сих пор остаются нерешенными проблемами современного акушерства [10, 11]. До сих пор, остается неясным, почему у некоторых женщин возникает мезальянс между трофобластом и децидуальной тканью. Следует сказать что, меры вторичной профилактики ГИБ, основаны на диагностике субклинических нарушений и превентивной их коррекции, что предупреждает развитие тяжелых форм заболевания, определяет снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Успешная профилактика может быть тогда, когда врачи будут использовать методы, позволяющие прогнозировать возникновение этого осложнения беременности. Прогнозирование ГИБ позволяет определить наиболее

рациональную тактику ведения беременности, учесть и использовать все возможные профилактические и лечебные мероприятия [5, 22, 26, 33].

Несмотря на значительное число исследований, посвященных различным аспектам проблемы, по-прежнему остаются дискуссионными вопросы, касающиеся выявления пускового механизма формирования ГИБ и, что особенно важно, верификации ранних критериев повреждения функций различных органов и систем [10, 27, 33], проведения превентивной адекватной терапии.

Заключение

Таким образом, отрицательное влияние гипертензивных нарушений на состояние здоровья беременной, перинатальную заболеваемость и смертность в настоящее время общепризнано. В связи с этим проблема охраны здоровья матери и ребенка при гипертензивных состояниях требует интенсификации научных исследований, направленных на совершенствование оценки риска развития гипертензии при беременности, установление роли иммунологических механизмов в генезе данной патологии, разработку методов ее профилактики и лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаева Н.К. Состояние системы комплемента при преэклампсии // Российский вестник акушера-гинеколога. - М., 2014. - Том 14 №6. - С. 19-23.
2. Адамьян Л.В. и др. Преэклампсия, эклампсия и острое нарушение мозгового кровообращения // Проблемы репродукции. - М., 2016. - Т. 22 №5. - С. 145-150.
3. Айламазян Э.К., Репина М.А. Комментарии к клиническому протоколу "Гипертензия во время беременности, преэклампсия, эклампсия" // Акушерства и женские болезни. - 2012. - В.5. - С.3-9.
4. Аксенова А.С., Козиолова Н.А., Падруль М.М. Предикторы развития преэклампсии у беременных с гипертензивным синдромом // Артериальная гипертензия. - СПб, 2016. - Том 22 №4. - С. 349-363.
5. Аржанова О.Н. Роль артериальной гипертензии в патогенезе гестоза и плацентарной недостаточности // Акушерства и женские болезни. - 2010. - №1. С.31-35.
6. Аюпова Ф.М., Матякубова С.А. Значение факторов роста эндотелия и плаценты в прогнозировании осложнений беременности // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2012. - №4. - С. 85-88.
7. Баранова Е.И., Большакова О.О. Прогностическое значение высокого артериального давления в период беременности // Артериальная гипертензия. - 2008. - Т.14. С.22-26.
8. Волков В.Г., Гранатович Н.Н., Сурвилло Е.В., Черепенко О.В. Ретроспективный анализ материнской смертности от преэклампсии и эклампсии // Российский вестник акушера-гинеколога. - М., 2017. - Том 17. - №3. - С. 4-8.
9. Волкова Э.Г., Богданов С.В., Жаворонкова Е.Ю., Коваленко Д. Б. Распространение различных вариантов артериальной гипертензии у беременных женщин // Артериальная гипертензия. - 2008. - Т.4. - №4. - С. 10-15.
10. Волкова Э.Г., Синицин С.П. Артериальная гипертензия у беременных. Терапевтические аспекты проблемы // Челябинск: Челябинский государственный медицинский академия. - 2010. - 196 с.
11. Гурьева В.М., Петрухин В.А., Бошакин А.Ф., Котов Ю.Б. Критерии артериальной гипертензии и начало гипотензивной терапии у беременных с позиции акушера // Рос. вестн. акуш.-гин. - 2010. - №1. - С.59-63.
12. Захидова Н.Э., Хегай Т.Р. и др. Клинико-анамнестическая характеристика женщин с преэклампсией в узбекской популяции // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2016. - Том 73-74. - №1-2. - С. 45-46.
13. Зуфарова Ш.А. Клинические аспекты преэклампсии у беременных с хроническим пиелонефритом // Вестник врача общей практики - 2006 № 3-4 - с. 36-37.
14. Клинические рекомендации. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия // Справочник фельдшера и акушерки. - М., 2014. - №7. - С. 26-35.
15. Косимова Д.С. Коррекция клинко-гемодинамических изменений у родильниц, перенесших преэклампсию тяжелой степени // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Ташкент, 2015. - С. 68-70.
16. Магзумова Н.М., Максумова Н.Б. Значение превентивного подхода при ведении беременных группы риска развития преэклампсии (обзор литературы) // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Ташкент, 2015. - Том 28. - №4. - С. 61-63.
17. Макаров О.В., Ткачева О.Н., Волкова Е.В. Преэклампсия и хроническая артериальная гипертензия у беременных: Руководство для врачей. - 2010. - 131 с.
18. Матякубова С.А. Определение группы риска развития гестационной гипертензии методом анкетирования // Журнал теоретической и клинической медицины. - Т., 2017. - №6. - С. 72-75.
19. Рунихина Н.К. и др. Клиническое значения суточного профиля артериального давления у беременных, возможности медикаментозной профилактики гестационных гипертензивных осложнений // Акушерство и гинекология -2011-№8-с.54-60.
20. Сидорова И.С., Никитина Н.А. Гестоз или преэклампсия // Рос.вестн. акуш.-гин.- 2013. - №4. - С.67-73.
21. Сидорова И.С., Никитина Н.А., Унанян А.Л., Рзаева А.А., Кинякин В.В. Патогенетическое обоснование дифференцированного подхода к ведению беременных с артериальной гипертензией и преэклампсией // Акуш. и гин. - Москва, 2013. - №2. - С.35-4.
22. Талипова Ю.Ш. Артериальная гипертензия у беременных: "Проблемы кардиологии: от первичной профилактики до высоких технологий": Тезисы республиканской научно-практической конференции с международным участием (27-28 мая 2016 г., г. Ташкент): конкурс молодых ученых // Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2016. - Том 39-40. - №1-2. - С. 210.
23. Шалина Р. И., Коновалова В., Нормантович Т.О., Лебедев Е.В. Прогнозирование гестоза в первом триместре беременности: миф или реальность // Вопр. гин. акуш. и перинатол.- 2010.- №4.- С. 82-87.
24. Шахбазова Н.А. Исходы беременности при гипертензивных расстройствах, вызванных гестационным процессом // Акушерство и гинекология. - Москва, 2015. - №2. - С.20-26.
25. Alain F. Tande, Raouf A. Khalil. Circulating and Vascular Bioactive Factors during Hypertension in Pregnancy // NIH Public Access Author Manuscript/ CurrBioact Compd.2010; 6(1): 60-75.
26. AliK.Z., BurtonG.J. KhalidM.E. et.al.Concentrations of free vascular endothelial growth factor in the maternal and fetal circulations during pregnancy: A cross - section study // J.Matern. - Fetal Neonatal Med.-2010 - vol. 23.- №10 - P.1244-1248.
27. Davis E.F. et al. Clinical cardiovascular risk during young adulthood in offspring of hypertensive pregnancies: insight s from a 20-year prospective follow-up birth cohort //BMJ Open 2015.p.1-8.
28. Nurike S. Mudjari, NurSamsu. Management of Hepertension in Pregnancy // Acta Med Indones-Indones J Intern Med.-2015.- Vol.47.-№1-p.78-86
29. Sandrim V.C., Ana C. T., Palei. et. al. Vascular endothelial growth factor genotypes haplotypes are associated with preeclampsia but not with gestational hypertension // Mol. Hum. Reprod. -2009.- №2. Vol. 15. - P.115-120.
30. Sh.A.Zufarova. Estimation of the kidney functional reserve as the prognosis of preeclampsia development in the pregnant woman with chronic pyelonephritis and glomerulonephritis // Врачебнодело-2010-№1-2-с.99-101.
31. Sibai B: Management of late preterm and early-term pregnancies complicated by mild gestational hypertension/preeclampsia. SeminPerinatol/ 35, 292-296 /2011
32. Stephanie T., Sheppard and Raouf A., Khalil. Risk Factors and Mediators of the Vascular Dysfunction Associated with Hypertension in Pregnancy // CardiovascHematolDisord Drug Targets. - 2010/ - №10(1)/ - P.33-52.
33. Tessa E.R. Anouk Pelsfnd at.al. Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Systematic Review of International Clinical Practice Guidelines // PLOS ONE | DOI: 10/1397/journal.pone.0113715. 2014. P.1-20/

Поступила 09.09.2020