

© Васьків О.В., Булавенко О.В.

УДК: 618.3.06:616.12-008.331.1

**Васьків О.В., Булавенко О.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології ФПО (вул. Водопровідна 8/1, м. Хмельницький, 29000, Україна)

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ ГЕСТАЦІЙНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ****Резюме.** Встановлено, що у вагітних з гестаційною гіпертензією достовірно частіше відмічається токсикоз I половини вагітності, загроза переривання вагітності, маловіддя, анемія, передчасне дозрівання плаценти, дистрес плода, меконіальні води, слабкість пологової діяльності, необхідність оперативного пологорозрішення ( $p < 0,05$ ).**Ключові слова:** гестаційна гіпертензія, вагітність, перинатальні наслідки.**Вступ**

Гіпертензивні розлади у вагітних залишаються однією з найбільш актуальних проблем перинатальної медицини [4], супроводжуються високою частотою розвитку акушерських та перинатальних ускладнень, ризик яких зростає не тільки зі збільшенням рівня АТ, але й з проміжком часу, протягом котрого існує їх вплив на організм вагітної, ефективності лікування [10].

Гестаційна гіпертензія, перш за все, погіршує функцію плаценти, порушує розвиток плода та здійснює несприятливий вплив на стан вагітної. Вона може стати причиною переривання вагітності та передчасних пологів, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, гіпоксії плода, затримки внутрішньоутробного розвитку плода, гіпотрофії та перинатальної загибелі плода [2, 6, 8]. За даними М.М. Шехтман при гестаційних гіпертензивних порушеннях преєклампсія виникає - у 20-30% випадків, затримка розвитку плода - в 10-20% випадків, передчасні пологи - в 10-15% випадків, відшарування плаценти - у 5-10% випадків [7, 11]. Плацентарна недостатність розвивається в 26,8-37,2% вагітних з гестаційною гіпертензією [1, 5, 9]. Не є новим той факт, що гестаційні гіпертензивні розлади (ГГР) є однією з основних причин передчасних пологів та перинатальної загибелі плода [13]. За даними М.Б. Охупкіна та В.Н. Серова, перинатальна смертність при цьому захворюванні зростає в 20 разів [10]. За даними ВООЗ з ними пов'язано 20-33%, а за деякими даними - до 40% випадків материнської смертності та 20% перинатальної смертності, що в 5-15 разів вище рівня цих показників у популяції в цілому [12, 14].

Гіпертензивні розлади під час вагітності в різних точках світу зустрічаються від 7 до 30% [3, 1], а за даними експертів ВООЗ ускладнюють до 20% вагітностей. Експерти ВООЗ вказують на те, що у 5-14,6% жінок, які перенесли важку гестаційну гіпертензію, преєклампсію та еклампсію, після пологів формуються важкі форми артеріальної гіпертензії та (або) патології нирок, які протягом найближчих 10 років призводять до інвалідності та смертності [1].

Метою даного дослідження було визначення особливостей перебігу вагітності та пологів у вагітних з гестаційною гіпертензією.

**Матеріали та методи**

Обстежено 69 вагітних жінок, що мешкають у Хмельницькій області. Серед обстежених було виділено 3 групи: основна група - вагітні з гестаційною гіпертензією ( $n=23$ ), група порівняння - вагітні з преєклампсією ( $n=23$ ) та контрольна група, яка складалася із вагітних жінок без патології ( $n=23$ ). Відбір осіб для включення до дослідження проводили на підставі детального збору анамнезу, скарг вагітних та обстеження з використанням стандартних клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. В даних групах проведений аналіз перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Отримані дані оброблено на персональному комп'ютері з використанням стандартного статистичного пакету Statistica 6.0.

**Результати. Обговорення**

Кількість першонароджуючих та повторнонароджуючих вагітних, а також кількість першовагітних та повторновагітних пацієнток у всіх групах була порівняна та не мала достовірних відмінностей (табл. 1).

У групі вагітних з гестаційною гіпертензією переважна кількість обстежуваних (78,3%) народжували вперше, проти 21,7% які народжували повторно, у групі порівняння 82,6% та 17,4% відповідно та в контрольній групі 73,9% та 26,1% відповідно.

**Таблиця 1.** Розподіл вагітних за паритетом ( $n=69$ ).

Показники паритету	Вагітні з гестаційною гіпертензією ( $n=23$ )		Вагітні з преєклампсією ( $n=23$ )		Контрольна група ( $n=23$ )	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Жінки, які народжували вперше	18	78,3	19	82,6	17	73,9
Жінки, які народжували повторно	5	21,7	4	17,4	6	26,1
Жінки, які завагітніли вперше	12	52,2	17	73,9	16	69,6
Жінки, які завагітніли повторно	11	47,8	6	26,1	7	30,4

**Примітки:** \* - відмінність частки статистично достовірно ( $p < 0,05$ ).

**Таблиця 2.** Ускладнення даної вагітності у жінок з гіпертензивними порушеннями та вагітних жінок без патології.

Патологія	Вагітні з гестаційною гіпертензією (n=23)		Вагітні з преєклампсією (n=23)		Контрольна група (n=23)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кольпіт під час вагітності	11	47,8	13	56,5	7	30,4
Токсикоз I половини вагітності	6	26,1*	3	13	4,35	1
Загроза переривання вагітності	11	47,8*	11	47,8*	4	17,4
Загроза передчасних пологів	2	8,7	2	8,7	2	8,7
Багатовіддя	2	8,7	4	17,4*	0	0
Маловіддя	4	17,4*	3	13	0	0
Затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУРП)	1	4,35	4	17,4	0	0
Анемія	10	43,5*	12	52,1*	4	17,4
Гестаційний пієлонефрит	0	0	3	13	0	0
Передчасне дозрівання плаценти	4	17,4*	7	30,4*	0	0
Патологія розташування плаценти	2	8,7	2	8,7	2	8,7
Набряк плаценти	1	4,35	2	8,7	0	0

**Примітки:** \* - відмінність частки статистично достовірно ( $p < 0,05$ ).

При аналізі ваго-ростових показників у досліджуваних групах була виявлена недостовірна різниця маси тіла в основній групі порівняно з контрольною групою та групою порівняння - середня вага в I групі становила  $91,8 \pm 15$  кг, в II -  $89,3 \pm 17,9$  кг, в III -  $76,0 \pm 7,5$  кг відповідно ( $p > 0,05$ ). При визначенні індексу маси тіла встановлено, що середній індекс маси тіла незначно відрізнявся в обстежуваних, у жінок I групи складав  $33,4 \pm 5,7$  кг/м<sup>2</sup>, у вагітних жінок групи порівняння цей показник був  $33,2 \pm 6,1$  кг/м<sup>2</sup>, у групі контролю  $28,1 \pm 2,4$  кг/м<sup>2</sup>.

При аналізі перебігу вагітності ми виявили, що токсикоз I половини вагітності достовірно частіше ускладнював перебіг вагітності у 6 (26,1%) жінок основної групи порівняно з групою контролю 1 (4,35%) (табл. 2).

У жінок з гестаційною гіпертензією достовірно частіше виникала загроза переривання вагітності порівняно з контрольною групою 11 (47,8%) та 4 (17,4%) відповідно ( $p < 0,05$ ). Багатовіддя було виявлено у 2 (8,7%) жінок основної групи, та не мало статистичної різниці порівняно з контрольною групою. Маловіддя було виявлено достовірно частіше 4 (17,4%) порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ). У вагітних жінок з гестаційною гіпертензією та преєклампсією достовірно частіше виникала анемія у 10 (43,5%) та 12 (52,1%) відпо-

відно порівняно з вагітними без патології - 4 (17,4%) ( $p < 0,05$ ).

Частота кольпіту, загрози передчасних пологів, затримки внутрішньоутробного розвитку плода, патології розташування та набряку плаценти достовірно не відрізнялась в обстежуваних нами групах.

Передчасне дозрівання плаценти було діагностовано достовірно частіше у жінок з преєклампсією - 7 (30,4%) та у жінок з гестаційною гіпертензією - 4 (17,4%) порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ).

Наступним етапом нашої роботи було вивчення характеру перебігу пологів та ускладнень в пологах у вагітних з гіпертензивними порушеннями та вагітних без патології.

Термінові пологи відбулись у 95,65 % вагітних з гестаційною гіпертензією та 78,3% жінок з преєклампсією. Передчасні пологи були у 1 (4,35%) жінки з гестаційною гіпертензією та у 5 (21,7%) вагітних з преєклампсією (табл. 3).

Зниження частки нормальних пологів відбувається в першу чергу за рахунок збільшення питомої ваги пологів шляхом кесаревого розтину, частота якого у вагітних з гестаційною гіпертензією та преєклампсією виявилась достовірно вищою 6 (26%) та 14 (60,9%) порівняно з групою контролю ( $p < 0,05$ ). Основними показниками для оперативного пологорозршення були наростання важкості гіпертензії та дистрес плода. Дистрес плода у пологах у вагітних з ГГР відмічений досто-

**Таблиця 3.** Особливості пологів у жінок з гіпертензивними порушеннями та вагітних жінок без патології.

Ознака	Вагітні з гестаційною гіпертензією (n=23)		Вагітні з преєклампсією (n=23)		Контрольна група (n=23)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Передчасні пологи	1	4,35	5	21,7*	0	0
Термінові пологи	22	95,65	1	78,3	23	100
Кесарів розтин	6	26*	14	60,9*	0	0
Передчасне відходження навколоплідних вод	12	52	1	4,35	7	30,4
Амніотомія	6	26*	5	21,7*	0	0
Дистрес плода	5	21,7*	7	30,4*	0	0
Меконіальні води	4	17,4*	1	4,35	0	0
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	0	0	1	4,35	0	0
Слабкість пологової діяльності	4	17,4*	1	4,35	0	0
Вакуум-екстракція плода	4	17,4*	0	0	0	0
Кровотеча в післяпологовому періоді	1	4,35	1	4,35	0	0

**Примітки:** \* - відмінність частки статистично достовірна ( $p < 0,05$ ).

вірно частіше (у 5 (21,7%) вагітних з гестаційною гіпертензією та у 7 (34%) вагітних з преєклампсією)) порівняно з вагітними без патології ( $p < 0,05$ ).

Слід відмітити, що трансформація гестаційної гіпертензії в преєклампсію відбулась у 7 жінок (30,4%) основної групи, важкість преєклампсії наростала у 6 вагітних (26%) групи порівняння.

Пологозбудження шляхом амніотомії застосували в 6 (26%) пацієнток I групи та 5 (21,7%) пацієнток II групи.

У 4 жінок з основної групи (17,4%) пологи ускладнились слабкістю потуг, у зв'язку з чим було застосовано вакуум-екстракцію плода ( $p < 0,05$ ).

У пацієнток з гестаційною гіпертензією частоту меконіальних вод спостерігали достовірно частіше 4 (17,4%) порівняно з групою контролю ( $p < 0,05$ ).

Такі ускладнення пологів, як передчасне відходження навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, кровотечі післяпологового періоду зустріча-

лись з недостовірною різницею в усіх групах пацієнток ( $p > 0,05$ ).

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Перебіг вагітності та пологів у жінок з гестаційними гіпертензивними порушеннями ускладнюється високою частотою акушерської та перинатальної патології.

2. Особливої уваги заслуговують вагітні з гестаційною гіпертензією, в яких достовірно частіше відмічається токсикоз I половини вагітності, загроза переривання вагітності, маловіддя, анемія, передчасне дозрівання плаценти, дистрес плода, меконіальні води, слабкість пологової діяльності, необхідність оперативного пологозрішення ( $p < 0,05$ ).

Перспективним напрямком подальших досліджень є визначення доцільності раннього виявлення та корекції гестаційних гіпертензивних розладів у попередженні розвитку ускладнень вагітності та пологів.

### Список літератури

1. Допплерометрия как основной метод в оценке системы мать-плацента-плод у беременных с гипертензивным синдромом /О.В. Макаров, Е.В. Волкова, П.В. Козлов [и др.] //Акушерство и гинекология. - 2009. - №7. - С.57-61.
2. Преєклампсія беременных: особенности патогенеза, тактика ведения / И.И. Иванов, М.В. Черипко, Н.В. Косолапова [и др.] //Таврический медицинско-биол. вестник. - 2012. - Т.15, №2. - С.273-286.
3. Особенности розродження жінок з гіпертензивними розладами під час вагітності /О.О. Корчинська, Р.М. Федько, Ю.Р. Федько //Пробл. клініч. педіатрії. - №1 (19). - 2013. - С.30-35.
4. Лоскутова Т.О. Профілактика та тактика ведення вагітних групи ризику розвитку преєклампсії /Т.О. Лоскутова //Акт. пробл. транспортної медицини. - 2013. - №3. - С.103-110.
5. Маркін Л.Б. Розлади гестаційної трансформації преплацентарного кровоплину /Л.Б. Маркін, О.М. Гірник // ПАГ. - 2006. - №5. - С.67-70.
6. Медведь В.И. Артериальная гипертензия при беременности в Европейских рекомендациях 2007. Комментарий специалиста /В.И. Медведь //Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2008. - №6 (15). - С.34-32.
7. Медведь В.И. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних /В.И. Медведь. - К., 2010. - 240с.
8. Визначення частоти та структури гіпертензивних розладів у вагітних. Оцінка якості діагностики гіпертонічної хвороби на етапі жіночої консультації /І.М.Мелліна, Л.Б.Гутман, Л.І.Тутченко [та ін.] //Здоровье женщины. - 2007. - №3(31). - с.67-69.
9. Профілактика гестоза и фетоплацентарной недостаточности в современном акушерстве /А.Н. Стрижачков, О.Р. Баев, З.М. Мусаев [и др.] //Росс. вестник акушеров-гинекологов. - 2001. - №3. - С.32-37.
10. Степанківська Г.К. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології /Г.К. Степанківська, Б.М. Вецьківський, Л.В. Тимошенко. - К., 2000. - 672с.
11. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных /М.М. Шехтман. - М.: Триада, 2003. - 816с.
12. Early-onset severe preeclampsia: induction of labor vs elective cesarean delivery and neonatal outcomes /M.C. Alanis, C.J. Robinson, T.C. Hulsey [et al.] //Am. J. Obstet. Gynecol. - 2008. - Vol.199, №3. - P.262.
13. Prado R.S. Retinal Detachment in Preeclampsia /R.S. Prado //Arq. Bras. Cardiol. - 2002. - №79 (2). - P.183-186.
14. Shennan A.H. Recent developments in obstetrics /A.H. Shennan //BMJ. - 2003. - Vol.327, №7415. - P.604-608.

**Васьків О.В., Булавенко О.В.**

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Резюме.** Установлено, что у беременных с гестационной гипертензией достоверно чаще отмечается токсикоз первой половины беременности, угроза прерывания беременности, маловодие, анемия, преждевременное созревание плаценты, дистресс плода, меконийные воды, слабость родовой деятельности, необходимость оперативного родоразрешения ( $p < 0,05$ ).

**Ключевые слова:** гестационная гипертензия, беременность, перинатальные исходы.

**Vaskiv O.V., Bulavenko O.V.**

### PECULIARITIES OF PREGNANCY AND DELIVERY COURSE OF PATIENTS WITH GESTATIONAL HYPERTENSION

**Summary.** It is found that pregnant women with gestational hypertension significantly more often have toxicosis of the first half of pregnancy, danger of termination of pregnancy, low level of waters, anemia, premature maturation of the placenta, distress of fetus, meconium waters, weakness of delivery activity, necessity of operation ( $p < 0,05$ ).

**Key words:** gestational hypertension, pregnancy, perinatal consequences.

Рецензент - д.мед.н, проф. Григоренко А.П.

Стаття надійшла до редакції 20.12.2016р.

Васьків Оксана Володимирівна - аспірант кафедри акушерства та гінекології ФПО ВНМУ ім. М.І.Пирогова; +38(097)6176289; vavilon1985@gmail.com

Булавенко Ольга Василівна - д.мед.н., професор, зав. кафедрою акушерства та гінекології №2 ВНМУ ім. М.І.Пирогова; +38(0432)261560