

© Васьків О.В.

УДК: 618.3.06:616.12-008.331.1

**Васьків О.В.**

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

**КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК З GESTAЦІЙНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

**Резюме.** У даній статті вивчали клінічні особливості жінок з гестаційною гіпертензією. Для досягнення поставленої мети проведено ретроспективний аналіз медичної документації жінок з гестаційними гіпертензивними розладами. Встановлено, що 4/5 цих вагітних мали гестаційну гіпертензію, а 1/5 - прееклампсію. Трансформація гестаційної гіпертензії в прееклампсію мало місцев в 16,3% випадках. Перебіг вагітності та пологів при гестаційній гіпертензії ускладнюють токсикоз I половини вагітності, загроза переривання вагітності, маловідддя, анемія, передчасне дозрівання плаценти, дистрес плода, меконіальні води, слабкість пологової діяльності, необхідність оперативного полого розршення.

**Ключові слова:** гестаційна гіпертензія, вагітність, перинатальні наслідки.

**Вступ**

Гіпертензивні розлади під час вагітності в різних точках світу зустрічаються від 7 до 30% [3, 4], а за даними експертів ВООЗ ускладнюють до 20% вагітностей. Такі розлади супроводжуються високою частотою розвитку акушерських та перинатальних ускладнень [10].

Гестаційна гіпертензія може стати причиною переривання вагітності та передчасних пологів, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, гіпоксії плода, затримки внутрушньоутробного розвитку плода, гіпотрофії та перинатальної загибелі плода [1, 6, 7]. Плацентарна недостатність розвивається в 26,8-37,2% вагітних з гестаційною гіпертензією [2, 5, 9]. Гестаційні гіпертензивні розлади (ГГР) є однією з основних причин передчасних пологів та перинатальної загибелі плода [12].

Гестаційна гіпертензія для багатьох вагітних не проходить безслідно, не дивлячись на те, що носить транзиторийний характер. Відомо, що в майбутньому у цих жінок зустрічається ожиріння та есенціальна артеріальна гіпертензія [8, 11].

Метою даного дослідження було визначення клінічної характеристики вагітних жінок з гестаційною гіпертензією.

**Матеріали та методи**

Проведено ретроспективний аналіз 123 історій пологів, 123 індивідуальних карт вагітних з гестаційними гіпертензивними розладами та 125 історій розвитку новонародженого за 2013р. Дослідження проводили на базі Хмельницького міського перинатального центру.

Діагноз гестаційної гіпертензії вагітних виставляли при підвищенні систолічного артеріального тиску (АТ) до 140 мм рт. ст. й вище та/або діастолічного АТ до 90 мм рт. ст. й вище при двох вимірюваннях у стані спокою з інтервалом не менше 4 год або одноразове підвищення АТ до 160/110 мм рт. ст. після 20 тижнів, що не супроводжувалось протеїнурією. Діагноз прееклампсії виставляли при підвищенні систолічного артеріального тиску (АТ) до 140 мм рт. ст. й вище та/або діастолічного АТ до 90 мм рт. ст. й вище при двох вимірюваннях у стані спокою з інтервалом не менше 4 год. або одно-

разове підвищення АТ до 160/110 мм рт. ст. після 20 тижнів з протеїнурією ( $\geq 0,3$  г/добу).

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

**Результати. Обговорення**

Всі жінки були віком від 18 до 42 років, середній вік склав 27,5 роки. Серед них 1 (0,8%) жінка була підлітком (вік до 18 років включно), 86 (70%) - у віці від 19 до 30 років, 22 (17,9%) - у віці від 31 до 35 років і 14 (11,3%) жінок старше 35 років.

Зареєстрований шлюб мали 100 жінок, що становило 81,3% від загальної кількості обстежених, незареєстрований - 16 (13%), одинокими були 7 жінок (5,7%).

Індекс маси тіла (ІМТ) жінок, які були задіяні нами у ретроспективному дослідженні,  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> (ожиріння) мав місце у 43 (34,9%) пацієнток, ІМТ 25,0-29,9 кг/м<sup>2</sup> (надлишок маси тіла) - у 27 вагітних (22%), ІМТ 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup> (нормальна маса тіла) відзначався у 50 (40,7%) жінок, ІМТ < 18,5 кг/м<sup>2</sup> (дефіцит маси тіла) у 3 (2,4%) жінок.

Розподілення пацієнток у проведеному ретроспективному дослідженні за паритетом наведено у таблиці 1.

Кількість першовагітних жінок з ГГР становила 70 (56,9%), проте зареєстрована кількість пацієнток, які народжували вперше була - 81 (65,9%). 42 жінки (34,1%), які були віднесені до нашого ретроспективного дослідження, народжували повторно.

При ретроспективному аналізі соматичного анамнезу жінок, було встановлено досить значний відсоток супутньої екстрагенітальної патології, структура якої при-

**Таблиця 1.** Розподіл жінок за паритетом (ретроспективне дослідження), n=123.

Показники паритету	Кількість	%
Жінки, які народжували вперше	81	65,9
Жінки, які народжували повторно	42	34,1
Жінки, які завагітніли вперше	70	56,9
Жінки, які завагітніли повторно	53	43,1

ведена в таблиці 2.

Обтяжливий соматичний анамнез був виявлений у 100 жінок (81,3%). При чому, в 67 (54,5%) випадках у жінок спостерігалася поєднана захворюваність (одночасно декілька екстрагенітальних захворювань).

Захворювання серцево-судинної системи були встановлені у 45 (36,6%) жінок, серед яких 17 (13,8%) випадків - вегето-судинна дистонія (ВСД) по гіпертонічному типу, у 15 пацієнок була виявлена варикозна хвороба вен нижніх кінцівок (12,2%), у 8 (6,5%) було діагностовано вади серця (пролапс мітрального клапану), у 4 (3,2%) пацієнок була гіпертонічна хвороба. В поодиноких випадках зустрічалась артеріальна гіпотонія.

Патологія системи травлення була діагностована у 25 (20,3%) жінок обстежених ретроспективно.

Метаболічні порушення та ендокринопатії спостерігались у 86 (69,9%) пацієнок з гестаційними гіпертензивними розладами. Ожиріння було діагностовано у 43 (35%) випадках, патологія щитоподібної залози, спостерігався у 41 (33,3%) пацієнок, цукровий діабет був в анамнезі у 2 (1,6%) жінок обстежених ретроспективно.

Патологія сечовидільної системи зустрічалась у 26 респонденток (21,1 %), захворювання органів дихання були відмічені у 5 пацієнок (4%).

Анемія була діагностована у 13 (10,6%) жінок.

Обтяжений алергологічний анамнез мав місце у 15 (12,2%) жінок, переважно у вигляді алергічних реакцій на медикаментозні препарати у 13 (10,7%) обстежених, побутову алергію відмічали у 2 пацієнок (1,6%) з ретроспективної групи.

При дослідженні гінекологічного анамнезу обстежених жінок ми виявили, що 11 (8,9%) із них мали порушення менструального циклу, у 7 (5,7%) діагностовано безпліддя, 18 (14,6%) жінок мали обтяжений анамнез: запальна патологія внутрішніх статевих органів. У 9 жінок (7,3%), задіяних у ретроспективному дослідженні, була присутня анамнестична інформація про наявність кіст яєчника, полікістоз яєчників був діагностований у 5 (4%) жінок, у 8 виявили міому матки (6,5%).

Оперативні втручання на органах малого тазу, згідно даних медичної документації, були виконані у 10 (8,1%) жінок з гіпертензивними розладами. У 6 (4,9%) випадках була проведена кістектомія, у 4 (3,25%) жінок оперативне втручання відбулось з приводу позаматкової вагітності.

Штучне переривання вагітності мали в анамнезі 15 жінок (12,1%), у 15 (12,1%) були самовільні викидні, у 4 (3,26%) жінок - завмерла вагітність, передчасні пологи були у 12 (9,76%) жінок. Причини самовільних викиднів, завмерлої вагітності та передчасних пологів у дослідженій документації не були зазначені.

Дев'ять (7,3%) попередніх пологів у жінок закінчувалися операцією "кесарів розтин". Покази до операцій, виходячи з доступної документації, неможливо було встановити.

При ретроспективному аналізі перебігу вагітності

**Таблиця 2.** Екстрагенітальна захворюваність у жінок з гестаційними розладами (ретроспективне дослідження), (n=123).

Соматична патологія	Кількість жінок	%
Патологія серцево-судинної системи:	45	36,6
- Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу	17	13,8
- Пролапс мітрального клапану	8	6,5
- Варикозна хвороба	15	12,2
- Артеріальна гіпотонія	1	0,8
- Гіпертонічна хвороба	4	3,2
Патологія шлунково-кишкового тракту	25	20,3
Ендокринопатії:	86	69,9
- Ожиріння	43	35,0
- Патологія щитоподібної залози	41	33,3
- Цукровий діабет	2	1,6
Патологія сечовидільної системи	26	21,1
Захворювання дихальних шляхів	5	4,0
Анемія	13	10,6
Алергічні реакції	15	12,2
Міопія та інші захворювання очей	27	21,9

**Таблиця 3.** Ускладнення даної вагітності у жінок з гіпертензивними розладами, (n=123).

Патологія	Кількість	%
Кольгіт під час вагітності	43	35
Токсикоз I половини вагітності	20	16,3
Загроза переривання вагітності	40	32,5
Загроза передчасних пологів	20	16,3
Багатовіддя	9	7,3
Маловіддя	11	8,9
Затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУРП)	11	8,9
Анемія	54	44
Гестаційний пієлонефрит	6	4,9
Передчасне дозрівання плаценти	23	18,7
Патологія розташування плаценти	4	3,25
Набряк плаценти	10	8,1

було встановлено досить значний відсоток ускладнень, структура яких приведена в таблиці 3.

При аналізі перебігу вагітності з гестаційними гіпертензивними розладами у нашому ретроспективному дослідженні, ми виявили, що загроза переривання вагітності були виявлені у 40 (32,5%) обстежених, загроза передчасних пологів - у 20 (16,3%) жінок. У 20 (16,3%) ретроспективно-обстежених жінок у першому триместрі спостерігалась надмірна блювота вагітних.

Багатовіддя було виявлено у 9 (7,3%) жінок, маловіддя у 11 (8,9%) жінок. У вагітних жінок з гестаційними гіпертензивними розладами анемія спостерігалась у 54

**Таблиця 4.** Особливості пологів у жінок з гестаційними гіпертензивними розладами, (n=123).

Ознака	Кількість	%
Передчасні пологи	16	13,0
Термінові пологи	107	87,0
Кесарів розтин	44	35,8
Передчасне відходження навколоплідних вод	46	37,4
Амніотомія	14	11,4
Дистрес плода	17	13,8
Меконіальні води	18	14,6
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	1	0,8
Слабкість пологової діяльності	12	9,75
Вакуум-екстракція плода	8	6,5
Кровотеча в післяпологовому періоді	1	0,8
Дефект посліду	12	9,75

(44%) випадках.

Затримка внутрішньоутробного розвитку плода діагностована в 11 (8,9%) випадків. Передчасне дозрівання плаценти було виявлено у 23 (18,7%) жінок, патологія розташування плаценти мала місце в 4 (3,25%), набряк плаценти - у 10 (8,1%) вагітних.

У 6 (4,9%) жінок розвинувся гестаційний пієлонефрит.

Слід зазначити, що гестаційна гіпертензія виникла у 104 (84,5%) жінок, прееклампсія у 19 (15,5%). Трансформація гестаційної гіпертензії в прееклампсію мало місце в 17 (16,3%) випадках. У 7 (5,7%) жінок гіпертензія виникла в 21-30 тижнів вагітності, у 6 (4,9%) - в 31-32 тижні, у 14 (11,4%) - в 33-34 тижні, у 27 (21,9%) - в 35-36 тижнів, у 37 (30%) - в 37-38 тижнів та у 32 (26%) жінок в терміні 39-40 тижнів.

Наступним етапом нашої роботи було вивчення характеру перебігу пологів та ускладнень в пологах у вагітних з гіпертензивними розладами (табл. 4).

Термінові пологи відбулись у 87 % вагітних, передчасні - у 13%. Зниження частки нормальних пологів відбувається в першу чергу за рахунок збільшення питомої ваги пологів шляхом кесаревого розтину у жінок з гестаційними гіпертензивними розладами.

Основними показами для оперативного пологорозрішення були наростання важкості гіпертензії та дистрес плода. Дистрес плода в пологах у вагітних з ГГР відмічений у 17 (13,8%) жінок. Кесарів розтин був проведений у 44 жінок (35,8%), вакуум-екстракція плода -

у 8 жінок (6,5%).

Пологозбудження шляхом амніотомії застосовувалось в 14 (11,4%) пацієнток. Слабкість пологової діяльності ускладнила перебіг пологів у 12 вагітних (9,75%). Передчасне відходження навколоплідних вод мало місце у 46 (37,4%) жінок. У 18 (14,6%) пацієнток з гестаційними гіпертензивними розладами навколоплідні води були меконіальними.

Дефект посліду мав місце у 12 жінок (9,75%). У поодиноких випадках зустрічались такі ускладнення, як передчасне відшарування нормально розташованої плаценти та кровотеча післяпологового періоду.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. В результаті нашого ретроспективного аналізу історій пологів пацієнток з гестаційними гіпертензивними розладами встановлено, що 4/5 цих вагітних мали гестаційну гіпертензію, а 1/5 - прееклампсію. Трансформація гестаційної гіпертензії в прееклампсію мала місце в 16,3% випадках.

2. Згідно результатів ретроспективного аналізу документації, переважну частину жінок з гестаційними гіпертензивними розладами склали пацієнтки віком від 19 до 30 років (68,3%). Достатньо велика група жінок (56,9%) мала надлишкову масу тіла.

3. При дослідженні соматичного анамнезу жінок було встановлено, що у 81,3% пацієнток була наявна екстрагенітальна патологія, яка була розподілена у вигляді патології серцево-судинної системи (36,6%), шлунково-кишкового тракту 20,3%, метаболічні порушення та ендокринопатії спостерігались у 69,9% та захворювань сечовидільної системи (21,1 %). Анемія до вагітності була діагностована у 10,6% жінок.

4. Перебіг вагітності та пологів при гестаційній гіпертензії відбувається з великою кількістю перинатальної патології: загроза переривання вагітності, токсикоз I половини вагітності, кольпіт, багатовіддя, маловіддя, анемія, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, порушення функції плаценти, дистрес плода в пологах, пологозбудження, слабкість пологової діяльності, передчасне відходження навколоплідних вод, меконіальні води, дефект посліду, збільшення частоти кесаревого розтину та вакуум-екстракції плода.

Перспективним напрямом подальших досліджень є прогнозування розвитку гестаційної гіпертензії задовго до клінічної маніфестації ускладнень.

### Список літератури

1. Визначення частоти та структури гіпертензивних розладів у вагітних. Оцінка якості діагностики гіпертонічної хвороби на етапі нічної консультації /І.М. Мелліна, Л.Б. Гутман, Л.І. Тутченко [та ін.] //Здоров'я жінки. - 2007. - №3 (31). - С.67-69.
2. Допплерометрия как основной метод в оценке системы мать-плацента-плод у беременных с гипертензивным синдромом /О.В. Макаров, Е.В. Волкова, П.В. Козлов [та ін.] //Акушерство и гинекология. - 2009. - №7. - С.57-61.
3. Корчинська О.О. Особливості розродження жінок з гіпертензивними розладами під час вагітності /О.О. Корчинська, Р.М. Федько, Ю.Р. Федько //Проблеми клініч. педіатрії. - 2013. - №1 (19). - С.30-35.
4. Лоскутова Т.О. Профілактика та тактика ведення вагітних групи ризику розвитку прееклампсії //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 /Мед. аспекты здоровья женщины. - 2008. - №6 (15). - С.34-32.
  7. Преэклампсия беременных: особенности патогенеза, тактика ведения ИИ. Иванов, М.В. Черипко, Н.В. Косолапова [и др.] //Таврический медико-биол. вестник. - 2012. - Т. 15, №2. - С.273-286.
  8. Пристром А.М. Артериальная гипертензия беременных: диагностика, классификация, клин. формы: учебн. пособие /Пристром А.М. - Минск, 2011 - 103с.
  9. Профилактика гестоза и фетоплацентарной недостаточности в современном акушерстве /А.Н. Стрижачков, О.Р. Баев, З.М. Мусаев, [и др.] //Рос. вестник акушеров-гинекологов. - 2001. - №3. - С.32-37.
  10. Степанківська Г.К. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології /Г.К. Степанківська, Б.М. Венцківський, Л.В. Тимошенко. - К.: Здоров'я, 2000. - 672с.
  11. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension /J. Hypertens. - 2003. - Vol. 21, №6. - P.1011-1053.
  12. Prado R.S. Retinal Detachment in Preeclampsia /R.S. Prado //Arq. Bras. Cardiol. - 2002. - №79 (2). - P.183-186.

**Васьків О.В.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С GESTACIONНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Резюме.** В данной статье изучали клинические особенности женщин с гестационной гипертензией. Для достижения поставленной цели проведен ретроспективный анализ медицинской документации женщин с гестационными гипертензивными расстройствами. Установлено, что 4/5 этих беременных имели гестационную гипертензию, а 1/5 - преэклампсию. Трансформация гестационной гипертензии в преэклампсию имела место в 16,3% случаев. Течение беременности и родов при гестационной гипертензии усложняют токсикоз первой половины беременности, угроза прерывания беременности, маловодие, анемия, преждевременное созревание плаценты, дистресс плода, мекониальные воды, слабость родовой деятельности, необходимость оперативного родоразрешения.

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

**Vaskiv O.V.**

**CLINICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH GESTATION HYPERTENSION**

**Summary.** This article studied the clinical characteristics of women with gestation hypertension. To achieve this goal we performed a retrospective analysis of medical records of women with hypertensive disorders gestating. Found that 4/5 of these pregnant women had gestation hypertension, and 1/5 - preeclampsia. Transformation gestating hypertension in preeclampsia occurred in 16,3% of cases. Pregnancy and birth with gestating hypertension exacerbate 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.

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

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

Стаття надійшла до друку 16.12.2016р.

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

© Гилюк О.Г., Булат Л.М.

УДК: 616.98:578.825-053.22

**Гилюк О.Г., Булат Л.М.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики дитячих хвороб (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

**ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ**

**Резюме.** Герпесвірусні інфекції на сьогоднішній день належать до числа одних з найпоширеніших у світі. В літературі достатньо повно описані властивості герпесвірусів, епідеміологія, особливості імунних процесів, традиційна посиндромна клінічна картина гострого періоду захворювання, в той же час відсутнє остаточне вирішення питання про тривалість інфекційного процесу, що підкреслює актуальність питань моніторингу. Нами виявлені особливості клінічних змін у обстежених дітей. Так, у дітей раннього віку з герпесвірусною інфекцією переважали ураження носоглотки, більш виражені прояви інтоксикаційного, гепатолієнального синдромів і метаболічних порушень, в той час як у підлітків відмічалось більш значне і стійке збільшення лімфатичних вузлів при менше вираженому залученні в процес паренхіматозних органів. Загальний аналіз крові при герпесвірусній інфекції у дітей має деякі особливості в залежності від фази захворювання - на початку лейкоцитоз з нейтрофільозом та прискореним ШОЕ, що досить швидко змінюється нормалізацією лейкоцитів, лімфоцитозом, прискореним ШОЕ.

**Ключові слова:** герпесвірусна інфекція, клінічні прояви, діти, вікові особливості.