

Особенности гестации, родов и состояние здоровья новорожденных у первобеременных с хронической артериальной гипертензией

Ю.А. Петров¹, И.В. Подгорный², Ю.Ю. Чеботарева^{✉1}, Г.И. Подгорный²

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия;

²МБУЗ «Городская больница №6», Ростов-на-Дону, Россия

Аннотация

Цель. Провести анализ особенностей течения беременности, родов, состояния новорожденных у первобеременных, страдающих гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Обследованы 65 первобеременных, из них: 1-я группа (n=35) – первобеременные с хронической артериальной гипертензией (О10.0 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра); 2-я группа (n=30) – первобеременные с физиологически протекающей беременностью. Изучены особенности анамнеза, течения беременности, родов, послеродового периода, состояние новорожденных. Статистическая обработка проведена с использованием программы Statistica 6.0 for Windows.

Результаты. Выявлено, что показатель среднего возраста (M±m) женщин 1-й группы (38,6±0,22 года) был достоверно выше, чем у беременных 2-й группы (26,6±0,22 года); p<0,0001. У женщин 1-й группы беременность осложнялась угрожающим абортom в I и II триместрах (34,3 и 40% соответственно), у 34,3% плодов отмечен синдром задержки внутриутробного развития. Кесарево сечение проведено у 12 (34,3%) женщин 1-й группы. У 13 (65,7%) женщин при родах через естественные родовые пути после рождения плода послед отделился самостоятельно у 11 (84,6%), у 2 (15,4%) выполнены ручное отделение и выделение послеродового.

Заключение. У первобеременных с хронической артериальной гипертензией беременность, роды и послеродовый период протекают осложненно, с высокой частотой угрожающего аборта, кесарева сечения и повышенной кровопотерей, низкими показателями здоровья новорожденных.

Ключевые слова: хроническая артериальная гипертензия, первобеременные, роды, новорожденные

Для цитирования: Петров Ю.А., Подгорный И.В., Чеботарева Ю.Ю., Подгорный Г.И. Особенности гестации, родов и состояние здоровья новорожденных у первобеременных с хронической артериальной гипертензией. Consilium Medicum. 2021; 23 (7): 563–565. DOI: 10.26442/20751753.2021.7.201110

ORIGINAL ARTICLE

Features of gestation, childbirth and the state of health of newborns in pre-pregnant women with chronic arterial hypertension

Yuri A. Petrov¹, Igor V. Podgorny², Yulia Yu. Chebotaryova^{✉1}, Georgii I. Podgorny²

¹Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia;

²City Hospital №6, Rostov-on-Don, Russia

Abstract

Aim. To analyze the features of the course of pregnancy, childbirth, the condition of newborns in pre-pregnant patients with hypertension.

Materials and methods. 65 first-time pregnancies were examined, of which: group 1 (n=35) – first-time pregnancies with chronic arterial hypertension (O10.0 according to ICD X); group 2 (n=30) – first-time pregnancies with physiologically occurring pregnancy. The features of the anamnesis, the course of pregnancy, childbirth, the postpartum period, the condition of newborns were studied. Statistical processing was carried out using the program Statistica 6.0 for Windows.

Results. It was revealed that the average age index (M±m) of women of the 1st group (38.6±0.22 years) was significantly higher than that of pregnant women of the 2nd group (26.6±0.22 years); p<0.0001. In women of group 1, pregnancy was complicated by a threatening abortion in the first and second trimesters (34.3 and 40%, respectively), 34.3% of fetuses had intrauterine development delay syndrome. Cesarean section was performed in 12 (34.3%) women of group 1. In group 1, during childbirth through the natural birth canal, in 13 (65.7%) after the birth of the fetus, the afterbirth separated independently in 11 (84.6%), in 2 (15.4%), manual separation and isolation of the afterbirth was performed.

Conclusion. In pre-pregnant women with chronic arterial hypertension, pregnancy, childbirth and the postpartum period are complicated, with a high frequency of threatening abortion, cesarean section and increased blood loss in the postpartum period, low indicators of newborn health.

Keywords: chronic arterial hypertension, pre-pregnancy, childbirth, newborns

For citation: Petrov YuA, Podgorny IV, Chebotaryova YuYu, Podgorny GI. Features of gestation, childbirth and the state of health of newborns in pre-pregnant women with chronic arterial hypertension. Consilium Medicum. 2021; 23 (7): 563–565. DOI: 10.26442/20751753.2021.7.201110

Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Чеботарева Юлия Юрьевна** – д-р мед. наук, доц., доц. каф. акушерства и гинекологии №2 ФГБОУ ВО РостГМУ.
E-mail: chebotarevajulia@inbox.ru; ORCID: 0000-0001-9609-0917

Петров Юрий Алексеевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №2 ФГБОУ ВО РостГМУ.
E-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2348-8809

Подгорный Игорь Владимирович – канд. мед. наук, зав. родильным отд-нием МБУЗ ГБ №6. SPIN-код: 9410-3991; AuthorID: 824176

Подгорный Георгий Игоревич – врач акушер-гинеколог родильного отд-ния МБУЗ ГБ №6

✉ **Yulia Yu. Chebotaryova** – D. Sci. (Med.), Rostov State Medical University.
E-mail: chebotarevajulia@inbox.ru; ORCID: 0000-0001-9609-0917

Yuri A. Petrov – D. Sci. (Med.), Prof., Rostov State Medical University.
E-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2348-8809

Igor V. Podgorny – Cand. Sci. (Med.), City Hospital №6.
SPIN code: 9410-3991; AuthorID: 824176

Georgii I. Podgorny – obstetrician-gynecologist, City Hospital №6

Современное акушерство стремится не только к значимому снижению материнской и перинатальной смертности, но и к уменьшению перинатальной заболеваемости и инвалидизации детей, рожденных от матерей с низким индексом здоровья [1]. В настоящее время гипертоническая болезнь является самым частым среди экстрагенитальных заболеваний беременных женщин [2, 3]. В России распространенность гипертонических состояний у беременных составляет 7–29%, при этом все чаще у возрастных первобеременных, иногда после искусственной донатии яйцеклетки [4, 5].

Хроническая артериальная гипертензия (АГ) диагностируется до наступления беременности или до 20 нед ее развития, а также ретроспективно, при сохранении ее в течение 12 нед после родов [6]. Более чем в 80% случаев хроническая АГ у беременных обусловлена гипертонической болезнью (эссенциальная АГ) и лишь в 20% случаев – это симптоматическая АГ [6]. До настоящего момента нет единых критериев АГ у беременных, что прогнозирует высокую МС и перинатальные потери [1, 7].

Хроническая АГ вызывает морфофункциональные изменения сосудов, что приводит к их констрикции. Вследствие данных изменений на ранних сроках беременности нарушается формирование плацентарного ложа, что может явиться следствием гипоксии и гипотрофии плода [8].

Лечение беременных с АГ проводит терапевт. Рекомендовано диспансерное наблюдение у врача-терапевта с подбором минимальных доз разрешенных в период гестации препаратов. В то же время фармакокоррекция АГ в период гестации представляет собой определенные сложности и может способствовать риску врожденных пороков развития и плацентарных нарушений [7]. Считают, что коррекция умеренной АГ предотвращает развитие тяжелой [4, 6]. Профилактика гестационных осложнений при хронической АГ должна начинаться с ранних сроков беременности, что является залогом благоприятного течения беременности и оптимального родоразрешения [9].

Цель исследования – провести анализ особенностей течения беременности, родов, состояния новорожденных у первобеременных, страдающих гипертонической болезнью.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй родов первобеременных, которые методом рандомизации стратифицированы на следующие группы: 1-я группа (n=35) – первобеременные с хронической АГ (О10.0 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра); 2-я группа (n=30) – первобеременные с физиологически протекающей беременностью. Были изучены особенности анамнеза, течения беременности, родов, послеродового периода, состояние новорожденных. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 6.0 for Windows.

Результаты и обсуждение

Выявлено, что показатель среднего возраста (M±m) женщин 1-й группы (38,6±0,22 года) был достоверно выше, чем у беременных 2-й группы (26,6±0,22 года); $p < 0,0001$. Полагают, что для беременных с хронической АГ характерен более высокий возрастной ценз, часто отмечаются первые роды, признаки плацентарных нарушений [10].

Установлено, что у женщин 1-й группы превалировал фактор одинокого семейного положения на фоне высокой частоты незарегистрированных браков.

У первобеременных в 1-й группе (при взятии на учет) в сравнении с женщинами 2-й группы средние масса тела и индекс массы тела были значимо выше, отмечались достоверно большая прибавка массы тела за беременность и соответственно, большая масса тела перед родами ($p < 0,05$).

Неблагоприятный соматический анамнез имел место практически у всех беременных с хронической АГ. У всех

Таблица 1. Средний объем кровопотери в обследуемых группах (M±m)

| Показатель, мл | 1-я группа (n=35) | 2-я группа (n=30), контроль |
|--|-------------------|-----------------------------|
| Кровопотеря (роды через естественные родовые пути) | 612,2±12,5* | 303,6±10,4 |
| Кровопотеря (кесарево сечение) | 1029,1±41,4* | 354,12±20,1 |

*Здесь и далее в табл. 3, 4: $p^{1\text{-контроль}} < 0,05$.

Таблица 2. Структура осложнений в послеродовом периоде в ретроспективных группах

| Показатель | 1-я группа (n=35), абс. (%) | 2-я группа (n=30), абс. (%) |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Послеродовое кровотечение | 9 (25,7)* | – |
| Дефект оболочек | 5 (14,3)* | – |
| Субинволюция матки | 7 (20,0)* | 3 (10,0) |

* $p < 0,05$.

Таблица 3. Особенности состояния плода у женщин ретроспективных групп (абс./%; M±m)

| Показатель | 1-я группа (n=35) | 2-я группа (n=30), контроль |
|-------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| Гипотрофия плода 1-й степени | 7 (20%) | – |
| Гипотрофия плода 2-й степени | 5 (14,3%) | – |
| Оценка КТГ по шкале W. Fisher | 5,6±0,1* | 9,6±0,2 |

Таблица 4. Особенности состояния новорожденных в обследованных группах

| Показатель | 1-я группа (n=35) | 2-я группа (n=30), контроль |
|-----------------|-------------------|-----------------------------|
| Оценка по Апгар | 6,5±0,01* | 8,5±0,05 |
| Масса тела | 2546,8±15,5* | 3176,4±13,9 |
| Длина | 51,9±0,8* | 54,5±0,5 |

35 (100%) женщин отмечалась установленная терапевтом и кардиологом эссенциальная АГ, наблюдалось ожирение 1-й степени в 25,7% случаев, варикозная болезнь – в 8,6%, железодефицитная анемия – в 11,4%.

У женщин 1-й группы беременность осложнялась угрожающим абортom в I и II триместрах (34,3, 40% соответственно), по поводу которого назначались гестагены до 18-й недели беременности.

В 1-й группе кесарево сечение проведено у 12 (34,3%) женщин, показаниями к нему стали прогрессирующее ухудшение течения беременности за счет преэклампсии, внутриутробной гипоксии плода. В 1-й группе у 13 (65,7%) женщин при родах через естественные родовые пути после рождения плода послед отделился самостоятельно у 11 (84,6%), у 2 (15,4%) выполнены ручное отделение и выделение последа.

В табл. 1 отражена средняя кровопотеря в обследуемых группах в зависимости от способа родоразрешения.

Представленные данные свидетельствуют, что кровопотеря была достоверно выше при проведении кесарева сечения в 1-й группе.

Особенности послеродового периода в обследуемых группах представлены в табл. 2.

По данным, приведенным в табл. 2, осложнения послеродового периода чаще отмечались в 1-й группе. В табл. 3 приведены особенности состояния плода в ретроспективных группах.

В 1-й группе у 34,3% плодов отмечен синдром задержки внутриутробного развития по данным УЗИ, гипоксия плода – по данным кардиотокографии (КТГ). Представленные в табл. 4 данные свидетельствуют о том, что в 1-й группе по сравнению с контролем оценка по шкале Апгар, масса тела и длина новорожденных были достоверно меньше, чем в контрольной группе.

При проведении ретроспективного анализа мы выявили неблагоприятное течение гестационного периода, родов и послеродового периода у большинства женщин с хронической АГ. Полученные данные не противоречат мнению, что у женщин с хронической АГ отмечаются высокая частота преэклампсии (25,9%), кесарева сечения (41,4%), индуцированных преждевременных родов (28,1%) и как следствие – рождение маловесных детей (16,9%), частая необходимость оказания им реанимационных мероприятий (20,5%) и, соответственно, неблагоприятные перинатальные исходы (4,0%) [11]. Мы обратили внимание на то, что у 12 женщин с хронической АГ по поводу угрожаемого абортa в I триместре назначались гестагены (дидрогестерон) до 18-й недели гестации. На фоне применения гестагенов реже отмечались плацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, преэклампсия. Общеизвестно, что производные прегнандиена и прегнена обладают большой эффективностью в снижении частоты невынашивания, улучшают кровоток в эндометрии [12]. Роль гестагенов в пролонгации беременности при осложненном течении показана нами в ряде экспериментальных работ [13, 14].

Заключение

Таким образом, у женщин с хронической эссенциальной гипертензией беременность протекает осложненно, сопровождаясь плацентарной недостаточностью, синдромом задержки развития плода, высокими частотой кесарева сечения и кровопотерей в послеродовом периоде, низкими показателями здоровья новорожденных. При хронической эссенциальной гипертензии отмечается высокая частота угрожающего аборта в I и II триместрах, что требует проведения коррекции гестагенами.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

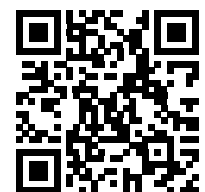
Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Литература/References

- Петров Ю.А., Чеботарева Ю.Ю., Овсянников В.Г., Подгорный И.В. Современные аспекты хронической артериальной гипертензии при беременности (обзор литературы). *Медицинский вестник Юга России*. 2015;3:58 [Petrov IuA, Chebotareva lulu, Ovsiannikov VG, Podgorniy IV. Sovremennye aspekty khronicheskoi arterial'noi gipertenzii pri beremennosti (obzor literatury). *Meditsinskii vestnik Iuga Rossii*. 2015;3:58 (in Russian)].
- Сухих Г.Т., Ходжаева З.С., Филиппов О.С., и др. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах, послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Клинические рекомендации (протокол лечения). *Проблемы репродукции*. 2015;6:46-59 [Cukhikh GT, Khodzhaeva ZS, Filippov OS, et al. Gipertenzivnye rasstroistva vo vremia beremennosti, v rodakh, poslerodovom periode. Preeklampsia. Eklampsia. Klinicheskie rekomendatsii (protokol lecheniia). *Problemy reproduksii*. 2015;6:46-59 (in Russian)].
- Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: Status Praesens, 2017 [Radzinsky VE. Obstetric aggression. Moscow: Status Praesens, 2017 (in Russian)].
- Стрюк Р.И. Артериальная гипертензия при беременности: диагностика, особенности лечения, прогноз. *Лечебное дело*. 2014;3:4-11 [Striuk RI. Arterial'naia gipertoniia pri beremennosti: diagnostika, osobennosti lecheniia, prognoz. *Lechebnoe delo*. 2014;3:4-11 (in Russian)].
- Masoudian P, De Nanassy J, El Demellawy D, et al. Oocyt donation pregnancies and risk of preeclampsia or gestational hypertension: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(3):328-39.
- Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Клинические рекомендации (протокол лечения). М., 2016 [Hypertensive disorders during pregnancy, childbirth and the postpartum period. Preeclampsia. Eclampsia. Clinical guidelines (treatment protocol). Moscow, 2016 (in Russian)].
- Айламазян Э.К., Репина М.А. Комментарии к клиническому протоколу «Гипертензия во время беременности, преэклампсия, эклампсия». *Журн. акушерства и женских болезней*. 2012;61(5):3-9 [Ailamazian EK, Repina MA. Kommentarii k klinicheskomu protokolu "Gipertenzia vo vremia beremennosti, preeklampsia, eklampsia". *Zhurn. akusherstva i zhenskikh boleznei*. 2012;61(5):3-9 (in Russian)].
- Макаров О.В., Волкова Е.В., Лысюк Е.Ю., Копылова Ю.В. Фетоплацентарный ангиогенез у беременных с плацентарной недостаточностью. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2013;7(3):13-9 [Makarov OV, Volkova EV, Lysyuk Elu, Kopylova IuV. Fetoplatsentarnyi angiogenez u beremennykh s platsentarnoi nedostatochnost'iu. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksii*. 2013;7(3):13-9 (in Russian)].
- Чеботарева Ю.Ю., Петров Ю.А., Подгорный И.В. Медико-социальные факторы при артериальной гипертензии у первобеременных женщин. *Журн. научных статей Здоровье и образование в XXI веке*. 2017;19(10):42-4 [Chebotareva Iulu, Petrov IuA, Podgorniy IV. Mediko-sotsial'nye faktory pri arterial'noi gipertenzii u pervoberemennykh zhenshchin. *Zhurn. nauchnykh statei Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke*. 2017;19(10):42-4 (in Russian)].
- Хутиева М.Я., Чеботарева Ю.Ю. Медико-социальные особенности у женщин позднего репродуктивного возраста в зависимости от паритета родов. *Проблемы женского здоровья*. 2014;9(3):30-6 [Khutueva Mla, Chebotareva Iulu. Mediko-sotsial'nye osobennosti u zhenshchin pozdnego reproduktivnogo vozrasta v zavisimosti ot pariteta rodov. *Problemy zhenskogo zdorov'ia*. 2014;9(3):30-6 (in Russian)].
- Аксенова А.С. Хроническая артериальная гипертензия и беременность (обзор литературы). *Здоровье семьи – 21 век*. 2015;4(4):1-15 [Aksenova A.S. Khronicheskaiia arterial'naia gipertenzia i beremennost' (obzor literatury). *Zdorov'e semi – 21 vek*. 2015;4(4):1-15 (in Russian)].
- Wahabi HA, Fayed AA, Esmail SA, Zeidan RA. Progesterone for treating threatened miscarriage. *Cochrane Library*. 2011. DOI:10.1002/14651858
- Чеботарева Ю.Ю., Подгорный И.В., Овсянников В.Г., Петров Ю.А. Особенности гормонального профиля в динамике беременности у крыс линий SHR и Wistar-Kyoto. *Крымский журн. экспериментальной и клинической медицины*. 2018;8(4):42-7 [Chebotareva Iulu, Podgorniy IV, Ovsiannikov VG, Petrov IuA. Osobennosti gormonal'nogo profilia v dinamike beremennosti u krys linii SHR i Wistar-Kyoto. *Krymskii zhurn. eksperimental'noi i klinicheskoi meditsiny*. 2018;8(4):42-7 (in Russian)].
- Чеботарева Ю.Ю., Овсянников В.Г., Хутиева М.Я., и др. Моделирование преэклампсии в эксперименте у крыс. *Владикавказский медико-биологический вестник*. 2013;17(26):50-3 [Chebotareva Iulu, Ovsiannikov VG, Khutueva Mla, et al. Modelirovanie preeklampsii v eksperimente u krys. *Vladikavkazskii mediko-biologicheskii vestnik*. 2013;17(26):50-3 (in Russian)].

Статья поступила в редакцию / The article received: 31.08.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 15.09.2021



OMNIDOCTOR.RU