

Влияние гипертензии, существовавшей ранее или вызванной беременностью, на акушерский и перинатальный исход

Васильев С.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П., Семенчук В.Л., Виктор С.А., Сушкова О.С.
РНПЦ «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

ВВЕДЕНИЕ

Гипертензивные расстройства во время беременности являются одной из наиболее важных проблем здравоохранения по причине высокой материнской и перинатальной заболеваемости и высокому риску отдаленных последствий, как для матери, так и для ребенка. По данным ВОЗ, гипертензивные расстройства занимают второе место среди непосредственных причин материнской смертности во всем мире. Частота гипертензивных состояний у беременных колеблется от 10 до 20% [3], в Республике Беларусь данный показатель в 2021 году составил 12,5%.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективный анализ течения беременности и родов беременных женщин с артериальной гипертензией (АГ), существовавшей ранее или вызванной беременностью за январь – август 2023 г.

Было отобрано 139 историй родов и сформированы 3 группы:

- группа ХАГ – беременные женщины с существовавшей ранее АГ (ХАГ) (n=49);
- группа ГАГ – беременные женщины с ГАГ (n=46);
- группа К – группа сравнения – беременные женщины без гипертензивных расстройств (ХАГ, ГАГ, преэклампсии) с физиологическим течением беременности (n=44).

Статистическую обработку материала выполнили с использованием «STATISTICA 10.0». Статистически значимыми принимали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Характеристика беременных женщин групп исследования представлена в таблице 1. Беременные женщины групп сравнения были сопоставимы по возрасту, росту, паритету.

Анализ соматической патологии выявил только статистически значимые различия по наличию нарушений жирового обмена у женщин с гипертензивными расстройствами во время беременности. Патологическая гестационная прибавка массы тела также статистически значимо чаще регистрировалась у женщин с гипертензией.

Гипертензивные расстройства во время беременности были связаны с повышенным риском акушерских (отеки, фетоплацентарные нарушения, преждевременные роды) и перинатальных осложнений (необходимость оказания медицинской помощи новорожденным в условиях ОИТР или на 2-ом этапе выхаживания). Рассчитанные шансы развития данных осложнений (ОШ (95% ДИ), p) представлены в таблице 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного ретроспективного исследования можно сделать вывод о значимом неблагоприятном влиянии гипертензии, существовавшей ранее или возникшей во время беременности, на акушерские и перинатальные исходы. Хроническая артериальная гипертензия является фактором риска развития фетоплацентарных нарушений, преждевременных родов, а гестационная артериальная гипертензия – отеков беременных и фетоплацентарных нарушений. Любые гипертензивные расстройства оказывают влияние на перинатальный исход с переводом новорожденных в ОИТР и на 2-ой этап выхаживания.

Таблица 1 – Характеристика беременных женщин групп исследования

Показатель	Группы исследования			p
	ХАГ (n=49)	ГАГ (n=46)	К (n=44)	
Возраст, лет	33 (29-37)	32 (27-35)	31 (26-35)	p=0,186
Рост, см	167 (165-173)	167 (164-170)	165 (163-170)	p=0,481
Масса тела до беременности, кг	81 (70-102)	72 (65-88)	65 (59-74)	p<0,001
ИМТ до беременности, кг/м ²	29,1 (24,5-35,1)	26,2 (23,4-30,7)	22,9 (21,3-26,8)	p<0,001
ИМТ менее 18,5 кг/м ² (дефицит массы тела)	0	1 (2,2)	3 (6,8)	p=0,011
ИМТ 18,5–24,9 кг/м ² (норма)	14 (28,6)	17 (37,0)	26 (59,1)	
ИМТ 25,0–29,9 кг/м ² (избыток массы тела)	14 (28,6)	14 (30,4)	8 (18,2)	
ИМТ 30,0 кг/м ² и более (ожирение)	21 (42,9)	14 (30,4)	7 (15,9)	
Гестационная прибавка массы тела (ГПМТ), кг	11 (7-17)	13 (10-20)	13 (9-16)	p=0,137
ГПМТ менее рекомендуемых норм	13 (26,5)	7 (15,2)	11 (22,7)	p=0,014
ГПМТ соответствует рекомендуемым нормам	15 (32,7)	13 (28,3)	25 (54,6)	
ГПМТ более рекомендуемых норм	18 (40,8)	25 (56,5)	10 (22,7)	
Первобеременные	14 (28,6)	22 (47,8)	19 (43,2)	p=0,133
Первородящие	24 (49,0)	26 (56,5)	25 (56,8)	p=0,685
Искусственные аборты и самопроизвольные выкидыши в анамнезе	21 (42,9)	13 (28,3)	17 (38,6)	p=0,320

Таблица 2 – Акушерские и перинатальные осложнения, ассоциированные с гипертензией, существовавшей ранее или вызванной беременностью

Показатель	К (n=44)	ХАГ (n=49)	ОШ (95% ДИ), p	ГАГ (n=46)	ОШ (95% ДИ), p
Отеки	6 (13,6%)	14 (28,6%)	2,53 (0,88-7,32), p>0,05	20 (43,5%)	4,87 (1,72-13,78), p<0,01
Фетоплацентарные нарушения	9 (20,5%)	24 (49,0%)	3,73 (1,48-9,39), p<0,01	21 (45,7%)	3,27 (1,28-8,32), p<0,05
Преждевременные роды	1 (2,3%)	11 (22,5%)	12,4 (1,53-100,95), p<0,01	6 (13,0%)	6,45 (0,74-55,95), p>0,05
Маловесный к сроку гестации новорожденный	1 (2,3%)	6 (12,2%)	6,0 (0,69-51,97), p>0,05	4 (8,7%)	4,1 (0,44-38,17), p>0,05
Перевод новорожденного в ОИТР или на 2-ой этап	1 (2,3%)	15 (30,6%)	19,0 (2,39-150,89), p<0,001	11 (23,9%)	13,5 (1,66-109,83), p<0,01

Об авторах

Васильев Сергей Алексеевич – директор РНПЦ «Мать и дитя», к.м.н.
 Курлович Иван Васильевич – заместитель директора по научной работе РНПЦ «Мать и дитя», к.м.н., доцент
 Ващилина Татьяна Павловна – заведующая лабораторией репродуктивного здоровья РНПЦ «Мать и дитя», к.м.н., доцент
 Семенчук Венера Леонидовна – заместитель директора по медицинской экспертизе и реабилитации РНПЦ «Мать и дитя», к.м.н.
 Виктор Светлана Александровна – научный сотрудник лаборатории репродуктивного здоровья РНПЦ «Мать и дитя»
 Сушкова Ольга Сергеевна – научный сотрудник лаборатории репродуктивного здоровья РНПЦ «Мать и дитя»