

Гипертензивные расстройства во время беременности: акушерские и перинатальные исходы

Васильев С.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П., Виктор С.А., Сушкова О.С., Ковалькова Е.В.
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%, 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 в 2023 г. в РНПЦ «Мать и дитя»

Было отобрано 248 историй родов и сформированы 3 группы:

- группа ХАГ – беременные женщины с существовавшей ранее АГ (ХАГ) (n=82);

- группа ГАГ – беременные женщины с ГАГ (n=103);

- группа К – группа сравнения – беременные женщины без гипертензивных расстройств (ХАГ, ГАГ, преэклампсии) с физиологическим течением беременности (n=63).

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.

Гипертензивные расстройства во время беременности были связаны с повышенным риском акушерских (отеки, фетоплацентарные нарушения, преждевременные роды, кесарево сечение) 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=82)	ГАГ (n=103)	К (n=63)	
Возраст, лет	34 (30-39)	31 (26-35)	31 (26-36)	0,001
Рост, см	167 (163-172)	167 (164-170)	165 (164-170)	0,683
Масса тела до беременности, кг	84 (69-103)	72 (64-84)	64 (59-73)	<0,001
ИМТ до беременности, кг/м ²	29,6 (24,6-36,6)	26,1 (23,1-30,7)	22,9 (21,3-26,2)	<0,001
ИМТ менее 18,5 кг/м ² (дефицит массы тела)	0	4 (3,9)	6 (9,7)	<0,001
ИМТ 18,5–24,9 кг/м ² (норма)	23 (28,0)	41 (39,8)	38 (61,3)	
ИМТ 25,0–29,9 кг/м ² (избыток массы тела)	19 (23,2)	29 (28,2)	11 (17,7)	
ИМТ 30,0 кг/м ² и более (ожирение)	40 (48,8)	29 (28,2)	7 (11,3)	
Первобеременные	23 (28,0)	45 (43,7)	22 (35,5)	0,257
Первородящие	39 (47,6)	63 (61,2)	33 (53,2)	0,318
Искусственные аборт и самопроизвольные выкидыши в анамнезе	35 (42,7)	37 (35,9)	26 (41,9)	0,592
Срок родоразрешения, дней	271 (263-277)	272 (263-280)	279 (272-285)	<0,001
Масса новорожденного, г	3155 (2880-3630)	3310 (3070-3650)	3460 (3150-3850)	0,020
Длина тела новорожденного, см	52 (50-53)	52 (50-54)	53 (52-54)	0,006

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

Показатель	К (n=63)	ХАГ (n=82)	ОШ (95% ДИ), p	ГАГ (n=103)	ОШ (95% ДИ), p
Отеки	7 (11,3%)	14 (17,1%)	1,65 (0,62-4,36), p>0,05	44 (42,7%)	5,97 (2,48-14,35), p<0,001
Фетоплацентарные нарушения	13 (21,0%)	41 (50,0%)	3,85 (1,82-8,13), p<0,001	42 (40,8%)	2,65 (1,28-5,47), p<0,05
Преждевременные роды	1 (1,6%)	13 (15,9%)	11,68 (1,48-91,90), p<0,01	13 (12,6%)	8,96 (1,14-70,23), p<0,05
Кесарево сечение	34 (54,8%)	59 (72,0%)	2,19 (1,10-4,37), p<0,05	62 (60,2%)	1,29 (0,68-2,43), p>0,05
Маловесный к сроку гестации новорожденный	1 (1,6%)	8 (9,8%)	6,7 (0,82-55,07), p>0,05	7 (6,8%)	4,52 (0,54-37,65), p>0,05
Перевод новорожденного в ОИТР или на 2-ой этап	1 (1,6%)	20 (24,4%)	20,00 (2,60-153,66), p<0,001	23 (22,3%)	17,83 (2,34-135,64), 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

Виктор Светлана Александровна – научный сотрудник лаборатории репродуктивного здоровья РНПЦ «Мать и дитя»

Сушкова Ольга Сергеевна – научный сотрудник лаборатории репродуктивного здоровья РНПЦ «Мать и дитя»

Ковалькова Екатерина Владимировна – врач клинический фармаколог РНПЦ «Мать и дитя»