

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Прусакова А. А., Петрова Е. О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, РБ

bsmu@bsmu.by

Артериальная гипертензия (АГ), диагностируемая при уровне САД $>$ 140 мм рт. ст. и (или) ДАД $>$ 90 мм рт. ст., является проявлением включения основных звеньев патогенеза: увеличения сердечного выброса и повышения общего периферического сосудистого сопротивления [1-3]. Продолжительное функционирование организма в подобных условиях влечёт за собой ремоделирование эндотелиального слоя сосудистой стенки [5]. Для беременных женщин данная патология по праву считается особо значимой, поскольку чревата осложнениями как для матери в виде преэклампсии, преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, так и для плода в виде ФПН (фетоплацентарной недостаточности), ХГП (хронической гипоксии плода), СЗРП (синдрома задержки развития плода) [4].

Цель – оценить влияние АГ беременных как отягощающего фактора на состояние плода и течение беременности и родов.

На базе УЗ «Витебский городской клинический родильный дом № 2 г. Витебска» в период с 29.11.2023 по 13.03.2024 был проведён ретроспективный анализ 82 медицинских карт пациенток, 42 из которых были срочно госпитализированы на сроке с 28 по 40 неделю (третий триместр беременности) в связи с выявленным повышением АД, а остальные 40 не имели фактора риска в виде повышенного АД. Выборка была поделена на четыре группы в соответствии с возрастом: первая опытная – 22 человека (21-33 года), вторая опытная – 20 человек (34-44 года); первая контрольная – 20 человек (21–31 год), вторая контрольная – 20 человек (32–42 года). Для оценки значимости различий исходов в зависимости от воздействия фактора риска был применён критерий Хи-квадрат Пирсона (χ^2). В целях изучения направления и степени согласованности изменения признаков по шкале Чеддока между выборками был использован коэффициент корреляции Пирсона (r). Для описания распространённости признаков указана частота в процентах с определением 95 % доверительного интервала [95 % ДИ], вычисленного с помощью откорректированного метода Вальда. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета статистического анализа Statistica 10.0. Результаты считались достоверными при $p<0,05$.

Частота случаев с АГ гестационной составила 9 человек (21,43 % случаев [ДИ 11,49; 36,15]); с АГ хронической – 24 человека (57,14 % [ДИ 42,19; 70,89]); с преэклампсией средней степени тяжести – 12 человек (28,57 % [ДИ 17,06; 43,68]); с преэклампсией тяжёлой степени – 3 человека (7,14 % [ДИ 1,77; 19,70]). Соотношение различных форм АГ среди исследуемых пациентов представлено на рисунке.

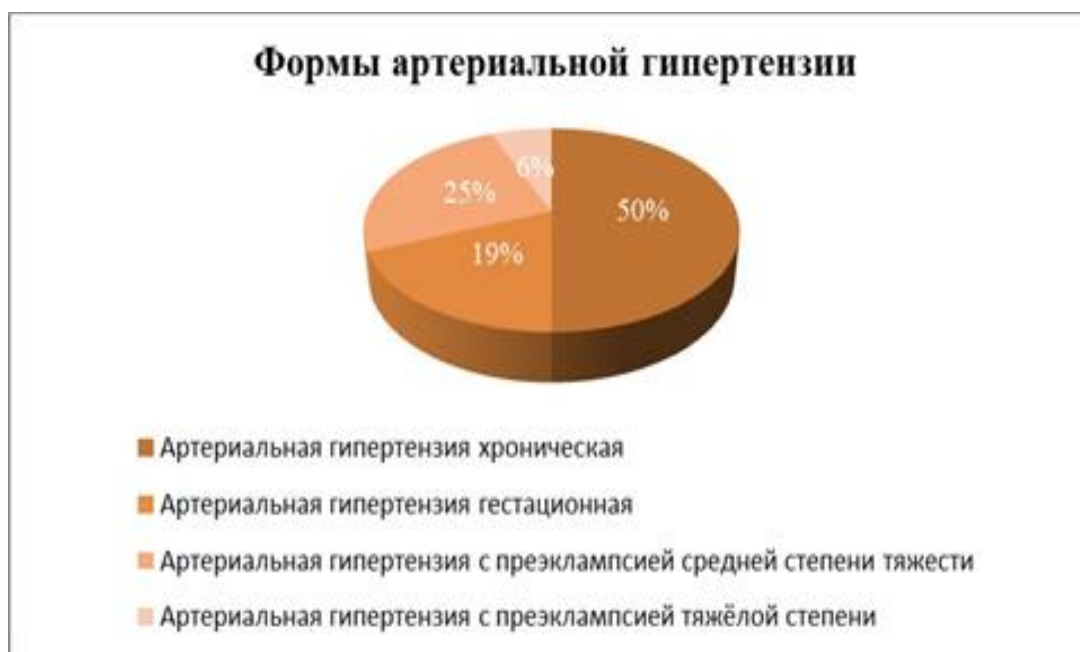


Рис. Процентное соотношение различных форм АГ среди всей выборки

Риск развития преэклампсии, прогнозируемый с помощью биохимического маркера в виде гипопроteinемии (60 г/л и менее), присутствовал у 9 человек (18,37 % [ДИ 9,75; 31,58]). Риск подтверждён (преэклампсия развилась) у 5 пациенток с гипопроteinемией (55,56 % [ДИ 26,63; 81,16]).

Установлены достоверно значимые показатели при анализе зависимости оценки новорождённого по шкале Апгар (баллы) от уровня АД (мм. рт. ст.) матери: для первой опытной группы связь между исследуемыми признаками обратная, сила связи по шкале Чеддока заметная ($r=-0,594$); для второй опытной группы связь обратная, слабая ($r=-0,286$).

Выявлена статистическая значимость различий между опытными и контрольными группами при влиянии АГ как фактора риска для следующих исходов: повышенное АД систолическое для первой ($\chi^2=38,165$; $p<0,001$) и второй ($\chi^2=36,190$; $p<0,001$) опытных групп по отношению к первой и второй контрольным группам соответственно; АГ гестационная ($\chi^2=25,964$; $p<0,001$), ($\chi^2=26,667$; $p<0,001$); АГ хроническая ($\chi^2=11,932$; $p<0,001$), ($\chi^2=10,000$; $p=0,002$); преэклампсия средней степени тяжести ($\chi^2=21,212$; $p<0,001$), ($\chi^2=24,000$; $p<0,001$); преэклампсия тяжёлая ($\chi^2=34,711$; $p<0,001$),

($\chi^2=36,190$; $p < 0,001$); повышенное содержание АЛАТ (аланинаминотрансферазы) в плазме крови ($\chi^2=31,542$; $p < 0,001$), ($\chi^2=32,727$; $p < 0,001$); осложнения для плода ($\chi^2=5,160$; $p=0,024$), ($\chi^2=4,444$; $p=0,036$); преждевременные роды ($\chi^2=7,636$; $p=0,006$), ($\chi^2=7,059$; $p=0,008$), внутрисердечная экстрагенитальная патология (ДХЛЖ, МАС: ДМЖП): ($\chi^2=11,932$; $p < 0,001$), ($\chi^2=15,172$; $p < 0,001$).

По результатам проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1. Хроническая АГ преобладает среди иных форм АГ, диагностированных у пациенток при госпитализации (57,14 % случаев [ДИ 42,19; 70,89]);

2. Состояние новорождённого (по шкале Апгар) коррелирует с уровнем АД матери;

3. При рассмотрении АГ в качестве фактора риска для матери и плода найдена статистическая значимость различий всех анализируемых исходов, в частности осложнения для матери в виде преждевременных родов ($\chi^2=7,636$; $p=0,006$), ($\chi^2=7,059$; $p=0,008$) и осложнения для плода в виде ФПН, ХГП и СЗРП ($\chi^2=5,160$; $p=0,024$), ($\chi^2=4,444$; $p=0,036$);

4. Гипопротеинемию можно считать маркёром возникновения и прогрессирования преэклампсии (55,56% случаев [ДИ 26,63; 81,16]);

5. В обеих опытных группах печень можно считать первично поражаемым при АГ органом-мишенью, что проявляется повышением соответствующего индикаторного биохимического маркёра АЛАТ: ($\chi^2=31,542$; $p < 0,001$), ($\chi^2=32,727$; $p < 0,001$).

Список литературы

1. Артериальная гипертензия: учебное пособие / Кол. авторов; под общ. ред. Е.В. Резник, В.В. Лялиной. – Москва: РУСАЙНС, 2024 – 442 с.
2. Артериальная гипертензия как фактор риска осложненного течения беременности и неблагоприятных перинатальных исходов – анализ регистра беременных БЕРЕГ / Р. И. Стрюк, Я. В. Брыткова, С. А. Бернс [и др.] // Кардиологический вестник. – 2018. – Т. 13, № 1. – С. 16–22.
3. Литвицкий, П. Ф. Патифизиология: учебное пособие / П. Ф. Литвицкий. – Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 808 с.
4. Капильный, В. А. Преэклампсия: определение, новое в патогенезе, методические рекомендации, лечение и профилактика / В. А. Капильный, Д. Ю. Рейштат // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2020. – Т. 7, № 1. – С. 19–20.
5. Summary of 2018 ESC Guidelines on definition of myocardial infarction, myocardial revascularisation, cardiovascular disease during pregnancy and on arterial hypertension / M. J. Claeys, P. Coussement, A. Pasquet [et al.] // Acta Cardiologica. – 2020. – Vol. 75. – P. 179–185.



МАТЕРИАЛЫ
IX Международной научной конференции
Донецкие чтения 2024:
образование, наука, инновации,
культура и вызовы современности

Том 3

Биологические
и медицинские науки,
экология

