

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ

Н.И. ЗАКИРОВА, Ш.Э. ТУРАКУЛОВА, С.Х. ЭШМАТОВ, Д.А. ХАСАНОВА,
В.Э. КУРБАНИЯЗОВА, Ш.А. НУРИДИНОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҲОМИЛАДОРЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПОТЕНЗИЯНИНГ АКУШЕРЛИК ПЕРИНАТАЛ ОҚИБАТЛАРИ

Н.И. ЗАКИРОВА, Ш.Э. ТУРАКУЛОВА, С.Х. ЭШМАТОВ, Д.А. ХАСАНОВА,
В.Э. КУРБАНИЯЗОВА, Ш.А. НУРИДИНОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

OBSTETRIC PERINATALNYE PREGNANCY OUTCOMES WHEN ARTERIALNOY HYPOTENSION

N.I. ZAKIROVA, Sh.E. TURAKULOVA, S.X. ESHMATOV, D.A. XASANOVA,
V.E. KURBANIYAZOVA, Sh.A. NURIDDINOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Артериальная гипотензия, как другие нарушения регуляции системного артериального давления, занимает одно из ведущих мест среди осложнений гестации. Артериальная гипотензия, связанная, прежде всего с изменением сосудистого тонуса, часто возникает в молодом возрасте и нередко впервые манифестируется во время беременности [1,2].

Частота артериальной гипотензии у беременных варьируется в широком диапазоне, составляя от 6,2% до 23,6%. Критериями диагностики артериальной гипотензии являются уровень систолического давления, не превышающий 100 мм рт. ст., и диастолического - 60 мм рт. ст. [1,3].

В научной литературе различают эссенциальную гипотензию, или первичную артериальную гипотензию (гипотоническая болезнь), что является проявлением вегетососудистой дистонии или нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу. Не всегда возможно выявить причину и однозначно определить механизмы развития данной патологии. Наличие определённого заболевания также может приводить к развитию артериальной гипотензии, которая, в сущности, уже является одним из клинических проявлений этого заболевания и трактуется как симптоматическая гипотензия [4,5].

Известно, что сосудистая дистония (нейроциркуляторная дистония, вегетососудистая дистония, эссенциальная артериальная гипотензия), при которой часто имеет место артериальная гипотензия - это функциональное, чаще неврогенное заболевание системы кровообращения. Сосудистая дистония снижает адаптационные возможности организма, зачастую сопровождается динамическими нарушениями мозгового кровообращения, предрасполагает к развитию тромбозомболических нарушений, осложняет течение беременности и родов [2].

Среди многочисленных причин артериальной гипотензии у беременных отмечаются нарушения функции надпочечников, неврологические нарушения, вегетативная патология, нарушение центральных механизмов регуляции кровообращения, длительная гиподинамия, недостаточное питание и многое другое. Кроме того, развитие гипотензии у беременных объясняется угнетением функции яичников, влиянием плаценты, действием простагландинов, ответной иммунной реакцией на антигены плаценты и плода, в результате чего происходит уменьшенное или увеличенное выделение ряда биологических веществ, влияющих на сосудистый тонус.

В целом ряде случаев артериальная гипотензия у беременных может и не иметь никакой клинической симптоматики. Однако в большинстве случаев она сопровождается комплексом проявлений. Наиболее типичными клиническими проявлениями артериальной гипотензии являются: патологически низкое артериальное давление, головные боли, слабость, головокружение, быстрая утомляемость, неустойчивость при ходьбе, боль в области сердца, учащенное сердцебиение, одышка, повышенная возбудимость, раздражительность, снижение работоспособности, нарушения сна, обмороки. При прогрессировании беременности количество жалоб увеличивается. Артериальная гипотензия встречается чаще у людей с преобладанием активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и астенического типа конституции. Проявлениями нарушений кровоснабжения головного мозга вследствие снижения артериального давления являются: «состояние дурноты», «туман перед глазами», «потеря опоры под ногами», «проваливание», «земля уплывает из-под ног» [8,9].

Отмечено, что артериальная гипотензия возникает после 20 - 24 недель беременности пре-

имущественно у женщин с неустойчивой регуляцией вегетативной нервной системы, в то время как появление артериальной гипотензии после 30 недель беременности обычно обусловлено сдавлением нижней полой вены маткой, что приводит к уменьшению венозного возврата к сердцу. Расстройство регуляции сердечно-сосудистой системы при артериальной гипотензии выражается в ее неадекватном реагировании на обычные и, тем более, на сверхсильные раздражители - в виде тахикардии, регионарных спазмов сосудов. Происходит ухудшение мозгового кровообращения, нарушение функций коры головного мозга и других его отделов, зачастую отмечается снижение функции внешнего дыхания [6,7].

В настоящее время выделяют гипотензию, которая имела место еще до беременности, и впервые возникшую во время данной беременности. Степень тяжести артериальной гипотензии следует оценивать по следующим критериям: выраженность тахикардии, наличие и частота вегето-сосудистых кризов, наличие и выраженность болевого синдрома, толерантность к физической нагрузке [2,7].

Следует подчеркнуть, что обе формы артериальной гипотензии, как симптомная так и бессимптомная оказывают негативное влияние на течение беременности и родов, отрицательно сказываются на состоянии плода и новорожденного, поэтому лечение показано при обеих формах [6,10,11].

Отмечено, что уровень артериального давления при артериальной гипотензии у беременных в подавляющем большинстве наблюдений соответствует 100/60 мм.рт.ст., в каждом пятом наблюдении - 90/55, а в 5% - 80/55 мм.рт.ст. Считается, что артериальное давление у беременных при данной патологии снижено на протяжении всей беременности, несколько повышается к концу беременности, но остается на низких цифрах (до 100/60 мм.рт.ст.) [12,13].

Артериальная гипотензия приводит к увеличению частоты и тяжести осложнений при беременности и в родах, отрицательно влияет на состояние плода и новорожденного. У беременных с артериальной гипотензией достоверно чаще наблюдаются такие осложнения как: ранний токсикоз (от 6,1% до 38,4%), гипертензивные нарушения (в 18,9% - 34,7%), угроза прерывания беременности (12,4% - 43,1%), преждевременные роды (6,2% - 20,1%). Одним из частых осложнений беременности является фетоплацентарная недостаточность, раннее начало и тяжесть течения которой усугубляется артериальной гипотензией. Нарушение белоксинтезирующей функции плаценты приводит к срыву адаптационных возможностей фетоплацентарной системы и к нарушениям в иммунной системе матери. При артериаль-

ной гипотензии снижено насыщение крови кислородом у беременных. Известно, что артериальная гипотензия является важным фактором в возникновении внутриутробной гипоксии плода, родовых травм и высокой заболеваемости новорожденных. Кроме того, артериальная гипотензия является фактором риска формирования синдрома задержки развития плода (до 35%) из-за снижения маточно-плацентарного кровотока [2,6,14,15].

Существующие у беременных с артериальной гипотензией нарушения центрального и периферического кровотока приводят к сгущению крови, снижению интенсивности маточно-плацентарного кровотока, нарушению периферической микроциркуляции, структуры и функции плаценты, что в конечном итоге приводит к дефициту поступления кислорода и питательных веществ к плоду. В условиях пониженного артериального давления возникают дополнительные факторы, способствующие повреждению мозговой ткани плода. У каждой третьей беременной с гипотензией выявляется снижение функции коркового вещества надпочечников как у матери, так и плода [16].

При артериальной гипотензии значительно чаще возникает различная патология в родах, которая проявляется несвоевременным излитием околоплодных вод (от 19,8 % до 50,6%) и аномалиями родовой деятельности (8,4% - 25,6%). Для беременных с артериальной гипотензией характерен длительный период предвестников родов, медленный темп развития родовой деятельности и затяжное течение родов. Имеется склонность к развитию различных форм дискоординированной родовой деятельности. Беременные и роженицы с артериальной гипотензией хуже переносят кровопотерю, которая в целом ряде случаев (9,8- 28,1%) у них оказывается повышенной [17,18].

Причиной акушерских кровотечений является не только патология сократительной активности матки, но и нарушения свертывающей системы крови. Высокое число осложнений в родах у беременных и рожениц с артериальной гипотензией обуславливает большое количество оперативных вмешательств, что, в свою очередь, создает условия для развития послеродовых осложнений в основном за счет развития послеродовых воспалительных заболеваний. У рожениц с артериальной гипотензией послеродовые заболевания возникают в 2 раза чаще по сравнению с роженицами с нормальными показателями артериального давления. Клинический опыт показывает, что при артериальной гипотензии, возникшей до беременности, акушерские осложнения встречаются реже, чем при артериальной гипотензии, появившейся во время беременности, и что объясняется адаптацией к уже имеющейся ранее артериальной гипотензии [2,3,19].

При артериальной гипотонии лечение в первую очередь заключается в терапии основного заболевания и в лечении фетоплацентарной недостаточности, к которой приводит снижение артериального давления. Лечение в большинстве случаев можно проводить амбулаторно, при условии эффективности проводимой терапии и объективного контроля за характером развития беременности.

Если имеет место субкомпенсированная и декомпенсированная форма фетоплацентарной недостаточности на фоне артериальной гипотензии, то лечение проводят в стационаре. Беременной с артериальной гипотензией должна быть назначена полноценная сбалансированная диета и рациональный режим труда и отдыха [20,21].

При неизменном сердечном выбросе для лечения целесообразно использовать средства, оказывающие возбуждающее действие на центральную нервную систему: настойка женьшеня, китайского лимонника, элеутерококка. При уменьшенном сердечном выбросе под контролем врача возможно применение изадрина.

Дополнительно назначают также препараты, улучшающие метаболические процессы в тканях: аскорбиновую кислоту, препараты группы В, рибоксин, панангин и др. Благоприятное действие оказывает оксигенотерапия и гипербарическая оксигенация. В большинстве случаев пациентки с артериальной гипотензией рожают самостоятельно через естественные родовые пути [22,23].

Литература:

1. Елисеев О.М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных. - М.: Медицина, 2007. - 320 с.
2. Макаров И.О. Артериальная гипотензия и беременность. Акуш. и гинек. – 2012., - № 5. – С. 12-16.
3. Коренев А.А., Буршинов О.А. Синдром артериальной гипотензии и беременность // Болезни и дисфункция нервной системы у женщин репродуктивного возраста. - Рязань, 2008. - С. 44-46.
4. Кушнир С.М., Антонова Л.К. Вегетативная дисфункция и вегетативная дистония. - Тверь, 2009. - 215 с.
5. Окорочков А.Н., Базенко Н.П. Нейроциркуляторная дистония. - М.: Мед. лит., 2004. - 192 с.
6. Пестрикова Т.Ю., Ильиных О.Л., Юрасова Е.А. Влияние артериальной гипотензии на течение беременности и исход родов. // Акуш. и гинек. – 2014. – С. 56-60.
7. Потапенко В.П. Низкое давление. Причины и эффективное лечение. - М.: АСТ. - СПб.: Сова, 2007. - 94 с.

8. Шехман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных: учеб. пос. - М.: Триада-Х, 2007. - С. 148-156.
9. Waugh J., Bosio P. et al. Home monitoring of blood pressure in pregnancy at high risk of pre-eclampsia // Eur. J. Obstet. Gynecol. And Reprod. Biol. - 2008. - Vol. 99(1). - P. 109-111.
10. Calkins H, Zipes DP. Hypotension and syncope. In: Mann DL, Zipes DP, Libby P, eds. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 40.
11. Cheshire WP. Autonomic disorders and their management. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 418.
12. Friedman EA, Neff RK. Pregnancy hypertension: a systematic evaluation of clinical diagnostic criteria. Littleton, MA: PSG Publishing Co., 2007.
13. Steer P. Factors influencing relative weights of placenta and newborn infant. (Letter). BMJ 2007;315:1542.
14. Niswander KR, Gordon M, eds. The Collaborative Perinatal Study of the National Institute of Neurological Diseases and Stroke: the women and their pregnancies. Philadelphia, PA: W. B. Saunders, 2010.
15. Zhang J, Harville E. Birth-weight-for-gestational-age patterns by race, sex, and parity in the United States population: the 5th percentile. Paediatr Perinatal Epidemiol 2009;23:352-4.
16. Ng PH, Walters WA. The effects of chronic maternal hypotension during pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2008;32:14-16.
17. Churchill D, Perry IJ, Beevers DG. Ambulatory blood pressure in pregnancy and fetal growth. Lancet 2007;349:7-10.
18. Grünberger W, Leodolter S, Parschalk O. Maternal hypotension: fetal outcome in treated and untreated cases. Gynecol Obstet Invest 2008;10:32-8.
19. Grünberger W, Parschalk O, Fishchl F. Treatment of hypotension complicating pregnancy improves fetal outcomes. (In German). Med Klin 2010;76:257-60.
20. Hohmann M, Kunzel W. Orthostatic hypotension and birth weight. Arch Gynecol Obstet 2007;248:181-9.
21. Lindheimer MD, ed. Cardiovascular adaptation to normal pregnancy. In: Lindheimer MD, Roberts JM, Cunningham FG, eds. Chesley's hypertensive disorders in pregnancy. 2nd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange, 2010:67-166.
22. Zhang J., Klebanoff M.A. Low Blood Pressure During Pregnancy and Poor Perinatal Outcomes: An Obstetric Paradox. // Amer. J. of Epidemiology. Vol 153. Issue 7, - P. 642-646.