

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Факторы риска развития осложнений беременности у женщин с артериальной гипертензией и соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы**

Т.А. РОЖДЕСТВЕНСКАЯ

УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск

**Резюме**

Рассмотрена распространенность основных факторов риска возникновения осложнений гестации, связанных с гипертензивными состояниями во время беременности у женщин с артериальной гипертензией и соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы. В ходе исследования изучены данные по паритету беременности, длительности промежутка после последних родов, наличию нарушений жирового обмена, значению индекса массы тела у женщин с артериальной гипертензией и соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы. Отмечено, что среди женщин с артериальной гипертензией чаще встречаются женщины с нарушением жирового обмена, а соответственно, с высоким значением индекса массы тела. В 16,6% случаев у женщин с артериальной гипертензией временной промежуток между беременностями составляет более 10 лет.

**Ключевые слова:** осложнения гестации, беременность, артериальная гипертензия, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

**ВВЕДЕНИЕ**

Гипертензивные нарушения у беременных являются главными среди наиболее распространенных и важнейших заболеваний и синдромов сердечно-сосудистой системы. Значимость этой проблемы определяется тем, что беременность у женщин с гипертензивными состояниями зачастую сопровождается тяжелыми нарушениями здоровья и даже смертью матери (в некоторых странах до 40%), высоким уровнем детской и перинатальной заболеваемости и смертности, а также целого ряда акушерских осложнений.

По данным ВОЗ, гипертензивный синдром встречается у 4-8% беременных. По данным Перинатального центра Британской Колумбии (Канада) общая частота гипертензивных расстройств у беременных составляет 5,6%. По данным российских авторов, артериальное давление (АД) выше 140/90 мм рт. ст. выявляется у 5-20% беременных, а в некоторых регионах достигает 29%. Причем распространенность артериальной гипертензии (АГ) в период беременности за последние 10-15 лет выросла почти на треть и вышла на первое место в мире среди причин летальных исходов у беременных. Причем, не только в малоразвитых, но и в индустриальных странах, она остается основной причиной смерти матери и плода, а также неонатальной смертности и заболеваемости [3]. Артериальная гипертензия увеличивает частоту внутриутробной гибели плода, преждевременных родов, отслойки нормально расположенной плаценты. Перинатальная смертность (30-100%) и преждевременные роды (10-12%) у беременных с хронической

артериальной гипертензией значительно превышают соответствующие показатели у беременных без артериальной гипертензии [4]. Так, у женщин с имевшей до беременности артериальной гипертензией, частота мертворождаемости составляет 3,8%, преждевременных родов – 15,3%, внутриутробной задержки развития плода – 16,6% [5]. Артериальная гипертензия у беременных повышает риск неврологических и сердечно-сосудистых заболеваний у детей [14].

Гипертензивные состояния у беременных – понятие, объединяющее различные клинико-патогенетические типы гипертензивных нарушений. В одних случаях у женщин до беременности в анамнезе может быть хроническое заболевание почек, которое является этиологическим фактором повышения АД; в других – эссенциальная гипертензия; в третьих, у нормотензивных до беременности женщин, повышение АД индуцируется самой беременностью, так называемые гестационные формы – гестационная гипертензия и преэклампсия. Причем в структуре причин артериальной гипертензии во время беременности наибольшая роль отводится именно последним, на долю которых, по данным М.А. Brown и М.Л. Buddle [7] приходится преобладающая часть всех гипертензивных расстройств у беременных: гестационная гипертензия – 43%, преэклампсия – 27%, эссенциальная гипертензия – 19%, преэклампсия, наложившаяся на предшествующую гипертензию – 7%, вторичная (симптоматическая) гипертензия – 4%.

В акушерстве продолжает сохранять свою актуальность проблема диагностики соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы по гипертензивно-

Адрес для корреспонденции:

Рожественская Т.А. - E-mail: lysenko\_o\_v@mail.ru

му типу (СДВНС). В Международной статистической классификации болезней и состояний, связанных с нарушением здоровья ВОЗ X пересмотра, данная патология относится к Классу V «Психические расстройства и расстройства поведения», F 45.3 «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, включая синдром нейроциркуляторной дистонии» (МКБ-10). Более того, за последние 5 лет частота случаев диагностики СДВНС/НЦД у беременных увеличилась более чем в 3 раза и составила 19,8% заболеваний внутренних органов [1]. По мнению Козиновой О.В, Маколкина В.И. и др. (2007) СДВНС/НЦД может быть причиной осложнений беременности, родов, послеродового периода, может приводить к перинатальной смертности, влиять на дальнейшее нервно-психическое развитие детей [2]. В настоящее время серьезной проблемой в определении тактики ведения беременности у такой группы пациенток является фактическое отсутствие четкого морфологического субстрата данной патологии: поскольку заболевание представляет собой динамически изменяющийся симптомокомплекс, который по мере истощения компенсаторных адаптационных механизмов приводит к трансформации функциональной дисфункции в органический дефект. В результате, до настоящего времени нет четкой стратификации ведения беременности и прогнозирования исходов беременности у женщин с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить распространенность основных факторов риска возникновения осложнений гестации, связанных с некоторыми гипертензивными состояниями во время беременности.

Эти факторы и доказательная база могут быть использованы для оценки возможного риска развития осложнений беременности у женщин с АГ и СДВНС.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ первичной медицинской документации беременных женщин. В состав предварительной выборки вошло 86 женщин, которые были разделены на 3 группы: контрольную группу составили 20 женщин с физиологически протекающей беременностью, 1-ую основную группу – 30 беременных с СДВНС, 2-ую основную – 36 беременных женщины с артериальной гипертензией. Диагнозы артериальная гипертензия и соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы выставлялись кардиологом на основании данных анамнеза, объективных данных, ультразвукового исследования сердца, суточного мониторинга артериального давления. Полученные данные по паритету беременности, промежутком после последних родов, наличием нарушения жирового обмена представлены в виде  $X \pm x$ , где  $X$  – доля в процентах,  $x$  – стандартная ошибка доли в процентах. Возрастные данные, значение индекса массы тела представлены в виде  $M \pm m$ , где  $M$  – среднее арифметическое,  $m$  – стандартное отклонение.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Многочисленные исследования показали, что риск развития осложнений беременности, одним из которых является преэклампсия, увеличивается у женщин, которые в предыдущую беременность уже имели преэклампсию; при наличии антифосфолипидного синдрома; сахарного диабета; многоплодной беременности; первой беременности; повышении АД в анамнезе; повышении индекса массы тела на начало беременности или в анамнезе; при возрасте матери старше 40 лет; преэклампсии у родственников (мать, сестры).

К сожалению, на сегодняшний день нет высокочувствительного и специфичного теста для прогнозирования вероятности наступления ранней тяжелой преэклампсии, которая требует лечения. Попытки создания идеального скрининга или предиктивного теста для преэклампсии до сих пор были безуспешными [12]. В литературе можно найти многочисленные ссылки на различные клинические, биофизические и биохимические исследования, позволяющие прогнозировать развитие преэклампсии [8]. Однако в большинстве случаев их результаты достаточно противоречивы.

По данным Saftlas et al., материнский возраст менее 20 лет является сильным фактором риска для развития преэклампсии и эклампсии. Эти данные свидетельствуют о необходимости совершенствования дородового ухода среди подростков [9].

Эпидемиологические исследования показали, что преэклампсия является в основном заболеванием первой беременности. Риск преэклампсии обычно ниже во второй беременности, чем в первой беременности, в том случае, если у женщины есть новый партнер для второй беременности. Одним из объяснений является то, что риск снижается при повторном воздействии конкретных антигенов одного и того же партнера. Тем не менее, разница в риске могла бы вместо этого быть объяснена интервалом между родами. Исследования Basso et al. показывают, что необходимо принимать во внимание интервал между родами, т.к. преэклампсия является в основном заболеванием первой беременности [6] и фактором смены партнера. Преэклампсия развивалась у 3,9% женщин во время первой беременности, у 1,7% во время второй беременности и у 1,8% женщин во время третьей беременности, когда женщина была с тем же партнером. Риски во второй или третьей беременности непосредственно связаны со временем, которое прошло с момента предыдущей беременности, и когда интервал составляет 10 лет и более, риск приближается к таковому у нерожавших женщин. Защитный эффект предыдущей беременности от преэклампсии является временным [13].

Результаты исследования паритета беременности, промежутков после последних родов, наличием нарушения жирового обмена приведены в таблице 1.

Анализ данных таблицы 1 позволяет отметить, что у женщин с артериальной гипертензией, такие факторы риска развития осложнений беременности, как нарушение жирового обмена и длительный промежуток времени между родами встречаются значительно чаще,

**Таблица 1** Данные паритета родов, распространенности нарушения жирового обмена, давности родов обследованных женщин

Показатель	Контрольная группа, n=20	1-ая группа, n=30	2-ая группа, n=36
Паритет родов, I	70,0±10,2%	60,0±8,9%	52,8±8,3%
Нарушение жирового обмена	5,0±4,9%	33,3±8,6%	55,6±8,3%
Промежуток между родами более 10 лет	0±0%	6,7±4,5%	16,6±6,1%

чем у женщин с физиологически протекающей беременностью и соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы. Наибольшее количество первородящих женщин отмечено в группе контроля.

Ожирение является серьезной проблемой для женщин в период беременности и родов. Около 34% беременных женщин имеют индекс массы тел (кг/м<sup>2</sup>) более 25, хотя последние данные указывают на то, количество женщин с избыточным весом приближается к 50%. Существуют хорошо известные риски, связанные с ожирением во время беременности. Материнские осложнения включают в себя повышенный риск развития гипертензии, преэклампсии, гестационного диабета, инфекционных осложнений. Даже умеренный избыточный вес является фактором риска гестационного диабета и гипертонических расстройств во время беременности. Женщины, которые имеют избыточный вес или страдают ожирением, чаще требуют индукции родов и имеют высокий процент оперативного родоразрешения [10]. Низкие оценки по шкале Апгар, макросомия, дефекты нервной трубки чаще у встречаются у детей, матери которых страдают ожирением, чем у детей, матери которых имеют нормальный индекс массы тела. Материнское ожирение увеличивает перинатальную смертность [11]. В среднем стоимость дородового и послеродового ухода выше для матерей с избыточным весом тела, чем для матерей с нормальным индексом массы тела. Дети, матери которых имеют избыточную массу тела, нуждаются в госпитализации в отделения интенсивной терапии чаще, чем дети матерей с нормальными весом.

Значение индекса массы тела обследованных женщин приведены в таблице 2.

Анализ данных таблицы 2 позволяет отметить, что у женщин с артериальной гипертензией показатель индекса массы тела превышает аналогичный у женщин с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы и группы контроля.

## ВЫВОДЫ

1. Нарушение жирового обмена значительно чаще встречается в группе женщин с артериальной гипертензией.
2. Среди женщин с артериальной гипертензией длительный промежуток времени между родами встре-

чается значительно чаще, чем у женщин с физиологически протекающей беременностью и СДВНС.

3. Адекватная прегравидарная подготовка у женщин, планирующих беременность, контроль веса позволит свести к минимуму социальные и экономические последствия беременности у женщин с избыточным весом.
4. На современном этапе не существует идеального прогностического, отвечающего всем необходимым критериям способа прогнозирования развития осложнений беременности у женщин с гипертензивными состояниями.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ласая, Е.В. Невротические и соматоформные расстройства у беременных / Е.В. Ласая // Медицинские новости. – 2003. – №5. – С. 3-7.
2. Маколкин В.И., Козина О.В., Ищенко А.И. Особенности течения нейрциркуляторной дистонии во время беременности / В.И.Маколкин, О.В.Козина, А.И.Ищенко //Терапевтический архив. – 2007. - №12. – С. 55.
3. Пристром, А.М. Артериальная гипертензия беременных: диагностика, классификация, клинические формы: учебное пособие / А.М. Пристром – Минск, 2011. – С.5-6.
4. Серов, В.Н. Руководство по практическому акушерству / В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин. – М.: МИА, 1997. – 436 с.
5. Стрюк, Р. Артериальная гипертония при беременности / Р. Стрюк // Мед. газета. – 2006. – 16 июня.
6. Basso, O., Christensen, K., Olsen, J. Higher risk of pre-eclampsia after change of partner. An effect of longer interpregnancy intervals / O.Basso, K. Christensen, J. Olsen // Epidemiology. – 2001. –Vol. 12(6). – P. 624-629.
7. Brown, M.A. Therenin-angiotensin-aldosteronesysteminpre-eclampsia / M.A. Brown, J. Wang, J.A.Whitworth // Clin. Exp. Hypertens. – 1997. – Vol. 19. – P. 713-726.
8. Dekker, G.A. Oxygen free radicals in preclampsia / G.A. Dekker, A.A. Kraayenbrink // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1991. – Vol. 164. – P. 273.
9. Epidemiology of preeclampsia and eclampsia in the United States, 1979-1986 / A.F. Saftlas [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 1990. –Vol. 163(2). – P/ 460-465.
10. Limiting weight gain in overweight and obese women during pregnancy to improve health outcomes: the LIMIT

**Таблица 2** Индекс массы тела обследованных женщин

Показатель	Контрольная группа, n=20	1-ая группа, n=30	2-ая группа, n=36
Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>	23,69±2,91	25,57±5,56	29,02±5,88

- randomised controlled trial / Jodie M Dodd1 [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth/ - 2011. – Vol. 11. – P. 79.
11. Pregnancy outcome at age 40 and older/ A. Bianco [et al.] // Obstet Gynecol. – 1996. – Vol. - 87(6). – P. 917-922.
  12. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 1. Definitions, evaluation and classification of hypertensive disorders in pregnancy / M.E. Helewa [et al.] // Can. Med. Assoc. J. – 1997. – Vol. 157. – P. 715-725.
  13. Skjaerven, R., Wilcox, AJ., Lie, R.T. The interval between pregnancies and the risk of preeclampsia / Skjaerven R, Wilcox AJ, Lie RT // N Engl J Med. – 2002. – Vol. 346(1) - P. 33-38.
  14. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology / G. Mancia [et al.] // Eur. Heart J. – 2007. – Vol. 28. – P. 1462-1536.

## **Risk factors of pregnancy complications in women with arterial hypertension and dysfunction of autonomic nervous system**

**T.A. ROZHDESTVENSKAYA**

Educational Institution «Vitebsk State Medical University»,  
Vitebsk

### **Abstract**

The prevalence of major risk factors of gestational complications associated with hypertensive states during pregnancy in women with arterial hypertension and dysfunction of the autonomic nervous system were given. Data of parity, duration of period after the last delivery, the presence of fat metabolism disorder, the value of body mass index in women with arterial hypertension and dysfunction of the autonomic nervous system were studied. It was noted that among women with arterial hypertension are more often found women with disorders of fat metabolism and high body mass index. In 16.6% of cases in women with arterial hypertension the interval between pregnancies is more than 10 years.

**Key words:** complications of gestation, pregnancy, arterial hypertension, somatoform dysfunction of the autonomic nervous system.