

М. М. ВАРТАНЯН

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И ВНУТРИУТРОБНЫЙ ПЛОД

По сводным литературным данным, гипертоническая болезнь встречается в 10—25% всех случаев гипертонии у беременных [1]. По данным же Института акушерства и гинекологии АМН СССР, гипертоническая болезнь наблюдалась у 20% беременных женщин, госпитализированных с симптомом гипертонии [3, 4, 5, 10].

Несмотря на сравнительно большую частоту гипертонической болезни у беременных, на нее обращено недостаточно внимания. Особенно это касается влияния гипертонической болезни на внутриутробный плод, хотя известно, что при этом заболевании имеет место значительная перинатальная смертность при высоком проценте недоношенности. Отмечается также отставание в физическом развитии плода.

Целью данной работы является выяснение некоторых факторов, оказывающих влияние на жизнедеятельность внутриутробного плода при гипертонической болезни у матери. Были изучены течение и исход беременности и родов у 400 женщин, страдающих гипертонической болезнью и госпитализированных в отделение патологии беременности ИАГ АМН СССР за 14 лет (с 1949 по 1962 г.).

Распределение беременных по группам проводилось в соответствии с классификацией гипертонической болезни, предложенной Г. Ф. Лангом [7]. Из 400 беременных у 297—была I стадия гипертонической болезни и у 103—II стадия. Больные, у которых была определена I стадия заболевания, в свою очередь, подразделялись на 2 подгруппы, соответственно I и II фазам развития болезни в этой стадии. У 256 была фаза I (транзиторная) и у 41 фаза II (фаза неустойчивого повышения кровяного давления).

Подавляющее большинство больных было в сравнительно молодом возрасте (от 20 до 30 лет—204 женщины; и более 30 лет—196). Первородящих было 226 (56,5%), повторнородящих—174 (43,5%).

Основные данные об исходе беременности представлены в табл. 1.

Обращает на себя внимание большая частота недонашивания беременности (табл. I). Прерывание беременности до 28 недель наблюдалось у 38 больных (9,5%), из них самопроизвольно у 16 и у 22 искусственно. Из числа последних у 7 женщин беременность была прервана из-за нежелания иметь ребенка, а у остальных 15 она была прервана в сроки 16—28 недель по медицинским показаниям в связи с заболеванием гипертонической болезнью.

По тем же показаниям искусственное прерывание беременности после 28 недель было произведено у 31 больной из 96. Таким образом,

недонашивание беременности за счет поздних выкидышей и преждевременных родов, наступивших самопроизвольно, либо прерванных искусственно из-за гипертонической болезни, имело место у 127 беременных из 400 (96 преждевременных родов и 31 выкидыш), что составило 31,7%. Наши данные приближаются к данным и других авторов, наблюдавших недонашивание беременности в 31,2—39,6% случаев [1, 10]. Можно было также отметить, что частота недонашивания увеличивалась с увеличением степени тяжести заболевания. При I стадии болезни это было в 64 случаях (23,9%) из 226, а при II стадии—в 63 случаях (61,2%) из 103. При статистической сверке полученная закономерность оказалась достоверной ($p < 0,01$).

Степень тяжести гипертонической болезни влияла также и на перинатальную смертность, причем во II стадии она в 3 раза была больше, чем при I стадии, что составляло 25 и 8% (табл. 2).

Таблица 1

Исходы беременности у женщин, страдающих гипертонической болезнью

Стадия и фаза гипертонической болезни	Число женщин	Срочные роды		Преждевременные роды			Прерывание беременности до 28 недель		
		в абсолютных числах	в процентах $M \pm m$	в абсолютных числах	в процентах $M \pm m$	в том числе самопроизвольн.	в абсолютных числах	в процентах $M \pm m$	в том числе самопроизвольн.
I стадия . .	297	226	$75,3 \pm 2,3$	53	$18,6 \pm 2,3$	46	18	$6,1 \pm 1,3$	10
I фаза . . .	256	201	$78,5 \pm 2,6$	41	$16 \pm 2,3$	40	14	$5,5 \pm 1,4$	6
II фаза . . .	41	25	$60,9 \pm 6,1$	12	$29,3 \pm 7,5$	6	4	$9,8 \pm 4,6$	4
II стадия . .	103	40	$38,8 \pm 5,3$	43	$41,7 \pm 5,4$	19	20	$19,4 \pm 3,9$	6
Всего	400	266	66,5	96	24	65	38	9,5	16

Таблица 2

Перинатальная смертность у женщин, страдающих гипертонической болезнью

Стадия и фаза гипертонической болезни	Число родившихся детей	Перинатальная смертность		В том числе		
		в абсолютных числах	в процентах $M \pm m$	антенатальная гибель	интранатальная гибель	ранняя детская смертность
I стадия . .	286	23	$8 \pm 1,7$	10	7	6
I фаза . . .	249	14	$5,9 \pm 1,4$	6	4	4
II фаза . . .	37	9	$21,6 \pm 6,7$	4	3	2
II стадия . .	84	21	$25 \pm 4,7$	12	1	8
	370*	44	11,9	22	8	14

* При 362 родах родилось 370 детей, так как в 8 случаях были двойни.

В наблюдаемых нами случаях перинатальная смертность составила 11,9%. Особенностью влияния гипертонической болезни на внутриутробный плод являлась высокая частота его антенатальной гибели. Из 400 женщин антенатальная гибель плода наступила у 22 (5,5%) в подавляющем большинстве случаев при недоношенной беременности (в 18 случаях из 22). В отношении общей потери детей их антенатальная гибель составила 50% (из 44 погибших в перинатальном периоде антенатальная смерть наступила в 22 случаях). Внутриутробная гибель плода в 6 случаях была обусловлена преждевременной отслойкой плаценты, у 7 беременных—тяжелым течением гипертонической болезни и у 9 наступила после присоединения позднего токсикоза беременных. Другой особенностью течения беременности у женщин с гипертонической болезнью являлась большая частота отставания плода в его развитии. Клинически это выражалось в несоответствии размеров плода сроку беременности. До родов размер плода определялся наружным измерением его величины [9], а после родов—путем взвешивания и измерения ребенка. Из 370 детей, матери которых страдали гипертонической болезнью, эта патология была установлена у 73, что составило 19,7%.

Частота антенатальной гибели плода и отставания его в развитии при гипертонической болезни у матери показана в табл. 3.

Таблица 3

Частота антенатальной гибели плода и отставания его в развитии при гипертонической болезни у матери

Стадии гипертонической болезни	Число детей	Антенатальная гибель				Отставание в развитии		
		в абсолютных числах	в процентах $M \pm m$	P		в абсолютных числах	в процентах $M \pm m$	P
I стадия . . .	286	10	$3,5 \pm 1,1$	—		36	$12,4 \pm 2$	—
II стадия . . .	84	12	$14,3 \pm 3,7$	$<0,001$		37	$44 \pm 5,4$	$<0,001$
Всего	370	22	5,9			73	19,7	—

Как видно из таблицы, антенатальная гибель плода и отставание его в развитии при II стадии гипертонической болезни оказались чаще (более чем в 3 раза) по сравнению с I стадией ($P < 0,001$).

Исходя из этого можно предположить, что в основе антенатальной гибели плода и отставания его в физическом развитии при гипертонической болезни у матери лежат неблагоприятные условия кислородного снабжения и питания в результате нарушения маточно-плацентарного кровообращения. В условиях клинического эксперимента с применением радиоактивного натрия было показано, что при гипертонической болезни скорость кровотока в материнской части плаценты и сосудах матки уменьшена почти втрое [13, 15 и др.]. Несоответствие веса и роста ребенка сроку беременности, слабое развитие подкожной клетчатки и высокий процент недоношенности обусловили рождение большого числа маловесных детей. Из 370 родившихся детей вес ниже 2500 г. был у 114,

в том числе у 33 от 1000 до 1500 г. Характерна зависимость веса плода от стадии гипертонической болезни (рис. 1). Дети, родившиеся с весом 2500 г и менее, при гипертонической болезни II стадии составляли $61,4\% \pm 4,7\%$, а при I стадии заболевания $23,7\% \pm 2,5\%$, т. е. почти в 3 раза меньше чем при II стадии; это различие статистически абсолютно достоверно ($P < 0,001$).

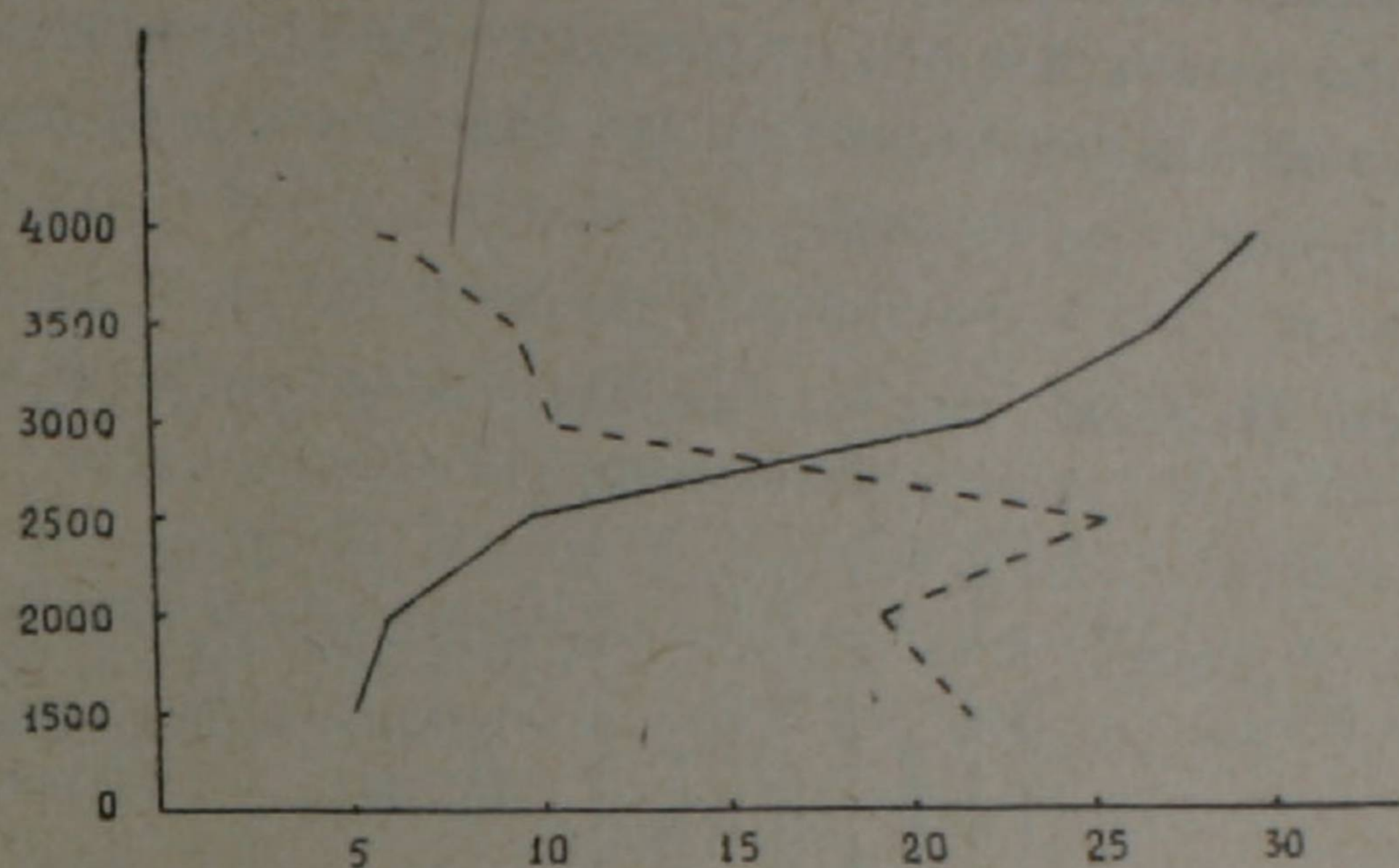


Рис. 1 Влияние тяжести гипертонической болезни на вес плода. По вертикали—вес плода в граммах; по горизонтали—частота в процентах; сплошная линия—гипертоническая болезнь I стадии, пунктирная линия—II стадия

Среди группы доношенных детей преобладали дети небольшого (2600—2950 г) и среднего веса (3000—3500 г). Более крупные дети встречались редко. Особенно примечательны случаи, когда при беременности сроком 35—36 недель рождались дети весом 1500—1700 г, при росте 41—42 см (6 случаев) и при беременности сроком 38—39 недель вес ребенка был 2050 г и рост 45 см (3 случая). Отставание детей в росте было менее выражено, чем в весе.

Важным обстоятельством, отрицательно влияющим на состояние внутриутробного плода, являлось присоединение к гипертонической болезни позднего токсикоза беременных. Это осложнение при II стадии гипертонической болезни было сильнее по сравнению с I стадией и протекало более тяжело. Поздний токсикоз, по данным литературы, составляет 2,2—5,8% [2, 4, 11]. У беременных, больных гипертонической болезнью, поздний токсикоз наблюдается значительно чаще—41,2—53% [1, 10, 14]. На нашем материале процент этого осложнения составил 30% при I стадии гипертонической болезни и 38,5% (в том числе при I стадии гипертонической болезни поздней стадии заболевания—57,2%). Осложнение гипертонической болезни поздним токсикозом значительно ухудшило прогноз исхода беременности для плода. При этом втрое увеличился процент антенатальной гибели плода ($P < 0,01$), почти вдвое возросло число детей, отстающих в физическом развитии ($P < 0,01$), и возрос ($P < 0,05$) процент перинатальной смертности (табл. 4).

Таким образом, наиболее частыми осложнениями для плода при беременности у женщин, страдающих гипертонической болезнью, являлись: высокий процент антенатальной гибели, отставание в развитии плода и недоношенность. Все эти осложнения были ярче выражены при II стадии гипертонической болезни и особенно при присоединении позднего токсикоза.

Нас интересовал вопрос, как проявляются вышеуказанные осложнения для плода в зависимости от давности гипертонической болезни и депрессорного влияния беременности на повышенное артериальное давление.

Таблица 4

Исход беременности для плода при осложнении гипертонической болезни поздним токсикозом

Г р у п п а	Число женщин	Число родившихся детей	Перинатальная смертность $M \pm m$	В том числе антенатальная гибель $M \pm m$	Отставание плода в развитии
Беременность, неосложненная токсикозом	246	220	20 (9,4% $\pm$ 2%)	7 (3,2% $\pm$ 1,4%)	37 (16,9% $\pm$ 2,2%)
Беременность, осложненная токсикозом	154	150	24 (16% $\pm$ 3%)	15 (10% $\pm$ 2,4%)	46 (30,7% $\pm$ 3,2%)
P	—	—	<0,05	<0,01	<0,01

Л. Ф. Ланг, А. Л. Мясников и М. С. Вовси [7] отмечают, что чем больше длительность гипертонической болезни, тем больше устойчивость артериального давления. В конце концов получается чрезмерная устойчивость «ригидность» артериального давления. Поэтому можно предположить, что чем более устойчиво повышение артериального давления, тем более стойки те изменения в маточно-плацентарном кровообращении, которые обуславливают нарушения жизнедеятельности плода при гипертонической болезни у матери. Давность установления гипертонической болезни в анализируемых нами случаях была различна. У большинства она колебалась от одного года до 12 лет, а у некоторых женщин заболевание было впервые установлено во время настоящей беременности. Оказалось, что чем больше давность заболевания, тем процент потери детей и отставание их в развитии больше.

В настоящее время твердо установлено, что беременность оказывает депрессорное влияние на повышенное артериальное давление. Это явление отмечено многими авторами, изучавшими течение беременности при гипертонической болезни [1, 4, 6, 10, 13, 16]. Нам представлялось интересным выяснить значение этого феномена для плода. В этом направлении было изучено течение и исход беременности у 282 лиц, страдающих гипертонической болезнью. Из них артериальное давление сни-

зилось в первую половину беременности у 170 (60,3%), не изменилось у 83 (29,4%) и повысилось у 29 (10,3%). При этом нами учитывалось изменение уровня артериального давления на 20 мм рт. ст. и более по сравнению с исходным (до наступления беременности).

Было установлено, что в тех случаях, когда артериальное давление с наступлением беременности понижалось, прогноз для плода был относительно благоприятным: из 170 родившихся детей погибло 9 (5,3%). Если артериальное давление с наступлением беременности не изменялось, потеря детей достигала 21,7% (в 18 случаях из 83), т. е. оказалось в три раза больше, чем в случаях понижения артериального давления.

В 29 случаях, где артериальное давление в первую половину беременности повысилось, перинатальная потеря детей увеличилась более 9 раз (58,3%). Та же закономерность наблюдалась и в отношении частоты отставания плода в развитии. В первой группе женщин (артериальное давление понизилось) это имело место в 15,3%, во второй (артериальное давление повысилось) — в 74,5% (табл. 5).

Таблица 5

Депрессорное влияние беременности на артериальное давление и исход беременности для плода

Исход для плода	Артериальное давление снизилось $M \pm m$	Артериальное давление не изменилось $M \pm m$	P	Артериальное давление повысилось $M \pm m$	P
Перинатальная смертность	9 (5,3% $\pm$ 2%)	18 (21,7% $\pm$ 5,6%)	< 0,05	17 (58,3% $\pm$ 8,7%)	< 0,01
Отставание плода в развитии	26 (15,3% $\pm$ 2,7%)	25 (30,1% $\pm$ 5%)	< 0,05	22 (74,5% $\pm$ 6,8%)	< 0,01
Всего женщин	170	83		29	

Таким образом, проведенный анализ убеждает в том, что депрессорное влияние беременности на повышенное артериальное давление хотя и временное явление, но имеет прогностическое значение в отношении исхода беременности для плода. Отсутствие этого фактора, и особенно повышение артериального давления в первую половину беременности, является неблагоприятным прогностическим признаком для плода.

Роды у женщин, больных гипертонической болезнью, характеризовались некоторыми осложнениями, которые наблюдались неодинаково часто при разных стадиях гипертонической болезни. Серьезным осложнением в родах являлась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, имевшая место у 9 больных, что составило 2,5%, причем все дети погибли.

Другим частым осложнением была угрожающая внутриутробная асфиксия плода. Она отмечена у 58 рожениц (16%), в том числе при I фазе I стадии гипертонической болезни 10,5% $\pm$ 2%, при II фазе I стадии — 24% $\pm$ 7%, при II стадии — 28,9% $\pm$ 4,9%, т. е. процент этого осложнения нарастал с увеличением тяжести заболевания. При сопоставлении

вероятность вывода ($P < 0,001$) оказалась абсолютной в отношении II фазы I стадии и II стадии к I фазе I группы заболевания.

Указанные осложнения обуславливали большой процент оперативных вмешательств. Кесарево сечение было произведено у 67 больных (18,5%), из которых у 52 была II стадия гипертонической болезни и у 15—I стадия. У 32 больных кесарево сечение произведено до начала родовой деятельности и почти у всех при недоношенной беременности, когда обострение в течение самой гипертонической болезни либо тяжелое течение присоединившегося позднего токсикоза беременности создавали непосредственную угрозу здоровью, а иногда и жизни матери.

Родоразрешение путем наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора применено у 48 больных (13%). Показанием для их наложения являлась необходимость выключения потужной деятельности в связи с повышением артериального давления и появлением симптомов угрожающей внутриутробной асфиксии плода.

Из числа 400 женщин, страдающих гипертонической болезнью, остались живыми 326 детей (81,5%), из них доношенных 262 (80,4%) и недоношенных 64 (19,6%). 248 новорожденных детей развивались нормально (76,1%); 78—неудовлетворительно (тяжелое либо вялое состояние в первые 3—5 дней, повторные приступы вторичной асфиксии, замедленная прибавка в весе).

В ы в о д ы

1. Особенности, характеризующими исход беременности и родов для плода при гипертонической болезни у матери, являются большая частота антенатальной гибели плода, отставание его в физическом развитии, недоношенность, внутриутробная асфиксия и высокий процент перинатальной смертности.

2. Указанные осложнения для плода были сильнее выражены и более часты при II стадии гипертонической болезни по сравнению с I стадией, а также при осложнении течения беременности поздним токсикозом беременных.

3. Отсутствие депрессорного влияния на артериальное давление беременных, и особенно повышение его в первую половину беременности у женщин, страдающих гипертонической болезнью, является неблагоприятным прогностическим признаком для плода.

4. Давность гипертонической болезни отрицательно влияет на развитие внутриутробного плода, усиливая отставание в его развитии.

Институт акушерства и гинекологии
АМН СССР

Поступило 27/VII 1964 г.

Մ. Մ. ՎԱՐԴԱՆՅԱՆ

ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԱՅԻՆ ՊՏՈՒՂԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Ըստ դրական տվյալների հղիների հիպերտոնիայի դեպքերի 10—25%-ը կազմում է հիպերտոնիկ հիվանդությունը: Չնայած այդ հանգամանքին մինչև այժմ քիչ ուշադրություն է դարձված հղիների հիպերտոնիկ հիվանդության վրա: Ներկա աշխատանքի նպատակն է պարզել այն ֆակտորները, որոնք ազդում են ներարգանդային պտղի կենսագործունեության վրա, որ հիպերտոնիկ հիվանդության ժամանակ: Հետազոտվել են 400 հղի կին որոնցից 297-ի մոտ դիագնոզված է հիպերտոնիկ հիվանդության առաջին շրջան, և 103-ի մոտ հիպերտոնիկ հիվանդության 2-րդ շրջան, ըստ Լանգի կլինիկական ցիտայի: Հետազոտությունների ընթացքում պարզվել է, որ առանձնապես աչքի է ընկնում չհաս հղիությունների հաճախությունը: 127 կնոջ մոտ 400-ից առկա է հղիության չհասություն ի հաշիվ ուշ վիժումների և ժամանակից շուտ ծննդաբերությունների: Պերինատալ մահացությունը կազմում է 11,9%: Հատկանշական է հիպերտոնիկ հիվանդությամբ տառապող հղի կնոջ հղիության ընթացքի համար այն որ պտղի զարգացումը զգալի հետ է մնում: Կլինիկորեն դա արտահայտվում է պտղի չափսերի անհամապատասխանությամբ հղիության ժամկետներին: Վերահիշյալ բարդությունները պտղի համար ուժեղ արտահայտվում են և ավելի հաճախ են հիպերտոնիկ հիվանդության 2-րդ շրջանի ընթացքում և առանձնապես, եթե հղիությունը բարդանում է ուշ շրջանի տրեւիկոզով:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Азлецкая-Романовская Е. А. Гипертоническая болезнь и беременность М., 1963.
2. Баженова К. М. Тезисы докладов IX научной сессии Института акушерства и гинекологии АМН СССР. Л., 1957, стр. 12.
3. Беккер С. М. Токсикозы второй половины беременности (основные вопросы практики и пути их решения). В кн.: Сердечно-сосудистая патология и беременность. Л., 1959, стр. 44.
4. Беккер С. М. Гипертоническая болезнь и беременность. В кн.: Практическое акушерство. Госмедиздат УССР, 1958, стр. 270.
5. Беккер С. М., Матвеева О. Ф., Кобзева Н. В. Гипертоническая болезнь и беременность. Тезисы докладов X научной сессии Львовского гос. научно-иссл. института охраны материнства и детства. 1956, стр. 80.
6. Вылегжанин А. И. Гипертоническая болезнь и беременность. Акушерство и гинекология, 1952, 4, стр. 7.
7. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. Руководство по внутренним болезням под редакцией А. Л. Мясникова. М., 1957, стр. 300.
8. Лебедев А. А., Степанов Л. Г. Уточнение показателей к выдаче декретного родового отпуска за 35 дней до родов. Л., 1948, стр. 24.
9. Лебедев А. А., Рудаков А. В. Определение срока беременности. М., 1955.
10. Матвеева О. Ф. Течение беременности и родов при гипертонической болезни. Автореферат диссертации, Л., 1953.
11. Широкинская О. Н. Нефропатия беременных и плод. Автореферат диссертации, М., 1954.

12. Browne F. J. Chronic hypertension and pregnancy. Brit. med. J., 1957, № 4520, 283—287.
13. Browne J. C, and Veall N. The maternal placental blood flow in normotensive and hypertensive women. J. obst. a. gynaec. Brit. Emp., 1953. 60, 141—147.
14. Chesley L. C., Annito J. E. and Jarvis D. G. A study of the interaction of pregnancy and hypertensive disease. Am. J. obst. a. gynec., 1947, 53, 851—863.
15. Morris N. Osborn, Wright a. oth. Effective uterine blood flow during exercise in normal and preeclamptic pregnancies. Lancet, 1956, 8, 481—484.
16. Reid D. E. and H. M. Teel. Nonconclusive pregnancy toxemias. Their relationship to chronic vascular and renal disease. Am. J. Obst. and Gynec., 1939, 37, 5, 886—896.
17. Wellen J. The infant mortality in specific hypertensive disease of pregnancy and in essential hypertension. Am. J. obst. a. gynec., 1953, 66, 1, 36—45.