

УДК 618.3:616-009.12-084-07

Гозиева Шоиста Султонбековна

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

**ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА
ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН**

Резюме: В статье рассмотрены вопросы классификации, диагностики, клинического течения различных вариантов артериальной гипертензии во время беременности. Изложена тактика ведения беременных с хронической и гестационной артериальной гипертензией, преэклампсией.

Представлены современные подходы к антигипертензивной терапии пациентов с гипертензивными расстройствами во время беременности и в послеродовом периоде. Обращено внимание на реабилитацию женщин с артериальной гипертензией и профилактику преэклампсии.

Ключевые слова: фармакоэпидемиология, гипертензивные расстройства, профилактика, беременная женщина.

Gozieva Shoista Sultanbekovna

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1

Andijan State Medical Institute

**PHARMACOEPIDEMIOLOGY AND PREVENTION OF
HYPERTENSIVE DISEASES IN PREGNANT WOMEN**

Resume: The article deals with the classification, diagnosis, clinical course of various types of arterial hypertension during pregnancy. The tactics of management of pregnant women with chronic and gestational arterial hypertension, preeclampsia are described.

Modern approaches to antihypertensive therapy of patients with hypertensive disorders during pregnancy and in the postpartum period are

presented. Attention is drawn to the rehabilitation of women with arterial hypertension and the prevention of preeclampsia.

Key words: pharmacoepidemiology, hypertensive disorders, prevention, pregnant woman.

Актуальность. Гипертензивные расстройства во время беременности встречаются с частотой около 10% беременностей; частота преэклампсии составляет 2-8% [3,7]. Ежегодно во всем мире более 50000 женщин погибает в период беременности из-за осложнений, связанных с АГ [1,6].

В развитых странах в 12- 18% они являются второй непосредственной причиной ante- и постнатальной смертности, влияя на перинатальную смертность в 20-25% случаях [4,8].

Вместе с тем, при надлежащем междисциплинарном менеджменте большинство случаев неблагоприятных исходов являются предотвратимыми. Поскольку последствия тяжелых гипертензивных расстройств снижают качество последующей жизни женщины (высокая частота атеросклероза, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний), а частота нарушения физического, психосоматического развития преждевременно рожденных детей достаточно высока, так же как и риск развития в будущем у них соматических заболеваний, то эта проблема является значимой в социальном и медицинском плане [2,5].

Цель исследования. выявить влияние модифицируемых факторов образа жизни, способствующих развитию несостоятельности мышц тазового дна (на примере запирательной мышцы нижней трети влагалища).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 104 первобеременных. Основную группу составили 64 женщины с наличием влияния модифицируемых факторов риска. В контрольную группу вошли 40 беременных, у которых влияние факторов риска отсутствовало.

Результаты исследования. Исследование сократительной способности мышц малого таза проводилась по разработанной нами методике с помощью специального устройства (патент на полезную модель № 78415 RU) и методом компьютерного вагинотензометрического исследования (КВТИ) (патент на изобретение № 2364336 RU).

Оценивались сила тонического, максимального, волевого сокращений и их продолжительность. Оценка степени недостаточности силы сокращений проводилась по классификации, где нормальной силой тонического сокращения считали более 15,00 гс, максимального - более 70,00 гс, волевого - более 55,00 гс, нормальной продолжительностью - более 5 с. Как недостаточность первой степени квалифицировали силу тонического сокращения от 14,00 до 10,00 гс, максимального - от 69,00 до 50,00 гс, волевого - от 54,00 до 40,00 гс, продолжительность от 4,00 до 2,00 с. Как недостаточность второй степени рассматривали силу тонического сокращения от 9,00 до 6,00 гс, максимального - от 49,00 до 21,00 гс, волевого - от 39,00 до 16,00 гс, продолжительность - от 2,0 до 1,0 с. Недостаточность третьей степени устанавливали при силе тонического сокращения менее 5,0 гс, максимального - менее 20,00 гс, волевого - менее 15,00 гс, продолжительности - менее 1 с.

Возраст женщин в обеих группах колебался от 18 до 36 лет, составляя в среднем $25,6 \pm 0,26$ года. Основным фактором, оказывающим воздействие на организм, явилась хроническая интоксикация, которая выявлена у 33 (51,5%) женщин основной и у 5 (12,5%) - контрольной групп. При КВТИ установлено, что минимальная сила тонического сокращения наблюдалась у курящих в основной группе - $12,34 \pm 0,61$ гс, а максимальная - у женщин контрольной группы с отсутствием факторов риска - с продолжительностью более $6,02 \pm 0,3$ с.

Нормальная масса тела наблюдалась у 42 (65,6%) женщин основной и у 32 (80%) контрольной групп. Минимальная сила тонического

сокращения наблюдалась у женщин основной группы с дефицитом массы тела - $13,62 \pm 0,68$ гс, а максимальная способность к волевому сокращению - $60,36 \pm 0,60$ гс - у женщин контрольной группы

Вывод. Результаты промежуточного анализа продемонстрировали позитивное влияние ЗГТ комбинированным препаратом анжелик на уровень АД, степень висцерального ожирения, метаболический статус и клинические проявления климактерического синдрома у женщин в ранние сроки постменопаузы факторы риска развития гипертензивных нарушений у беременных

В последние годы многими исследованиями доказано, что развитие артериальной гипертензии (АГ) у беременных обусловлено влиянием факторов риска. Но до настоящего времени нет убедительных данных о распространенности этих факторов в популяции и не выявлены наиболее значимые из них для прогноза развития данного осложнения беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Верткин А.Л., Мурашко Л.Е., Ткачева О.Н. и соавт. Артериальная гипертензия беременных: механизмы формирования, профилактика, подходы к лечению // Рос. кард. журн. - 2003. - № 6. - С. 59-65.

2.Волкова Е.В., Лысюк Е.Ю., Джохадзе Л.С. Роль сосудистых факторов роста в диагностике различных форм артериальной гипертензии у беременных // Проблемы репродукции. - 2012. - № 5. -С. 102-106.

3.Макаров О.В., Николаев Н.Н., Волкова Е.В., Корниенко Г.А., Баиров С.С. Дифференцированный подход к ведению беременных с артериальной гипертензией // Акушерство и гинекология. - 2008. - № 1.-С. 9-15.

4.Капустина А.В., Баланова Ю.А., Лельчук И.Н., Деев А.Д. Распространенность факторов, влияющих на прогноз больных артериальной гипертензией и оценка общего сердечно-сосудистого риска.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. Москва. Журнал Кардиоваскулярная терапия и профилактика. -2005. - часть 1. - №6.-

5.Chaiworapongsa T, Romero R, Gotsch F, Espinoza J, Nien JK, Goncalves L, Edwin S, Kim YM, Erez O, Kusanovic JP, Pineles BL, Papp Z, Hassan S. Low maternal concentrations of soluble vascular endothelial growth factor receptor-2 in preeclampsia and small for gestational age. J Matern Fetal Neonatal Med. - 2008. - V. 21. - P. 41-52.

6.Maynard SE, Min JY, Merchan J, Lim KH, Li J, Mondai S, Libermann TA, Morgan JP, Sellke FW, Stillman IE, Epstein FH, Sukhatme VP, Karumanchi SA. Excess placental soluble fms-like tyrosine kinase 1 (sFlt1) may contribute to endothelial dysfunction, hypertension, and proteinuria in preeclampsia. J Clin Invest. - 2003. - V. 111. - P. 649-658.

7.Tuffneil DJ, Shennan AH, Waugh JJ, Walker JJ. The management of severe pre-eclampsia/eclampsia. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. - 2006 Mar. 11 p.

8.Zhou CC, Ahmad S, Mi T, Abbasi S, Xia L, Day MC, Ramin SM, Ahmed A, Kellems RE, Xia Y. Autoantibody from women with preeclampsia induces soluble Fms-like tyrosine kinase-1 production via angiotensin type 1 receptor and calcineurin/nuclear factor of activated T-cells signaling. Hypertension. - 2008. - V. 51. - P. 1010-1019.