

УДК 61

DOI 10.21661/r-115425

А.В. Саблина, Г.Ф. Кутушева, О.В. Лаврова

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ПРЕЭКЛАМПСИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Аннотация: в статье затрагивается тема экстрагенитальных заболеваний матери, которые нарушают нормальный ход внутриутробного развития плода, могут приводить к его заболеванию или даже смерти. По мнению авторов, хроническую соматическую патологию имеют 70% беременных женщин, у 76% во время беременности возникают обострения различных заболеваний – бронхиальной астмы, анемии, пиелонефрита и других. Бронхиальная астма не является противопоказанием к беременности, однако обострения заболевания во время беременности, отсутствие полноценного контроля могут приводить к негативным последствиям как для матери, так и для ребенка. В результате ряда исследований авторами выявлено, что пациентки с тяжелым или неконтролируемым течением БА имеют более высокий риск целого ряда осложнений беременности и родов, и одним из наиболее часто встречающихся осложнений второй половины беременности являются гипертензивные расстройства и преэклампсия.

Ключевые слова: беременность, бронхиальная астма, преэклампсия, гипертензивные расстройства, протеинурия.

A.V. Sablina, G.F. Kutusheva, O.V. Lavrova

HYPERTENSIVE DISORDERS AND PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN WITH BRONCHIAL ASTHMA

Abstract: the article describes extragenital diseases of the mother disrupts fetal development which can lead to disease or even death. It is noted that 70% of pregnant women have chronic somatic pathology, exacerbation of various diseases – asthma, anemia, pyelonephritis, and others are occurred in 76% during pregnancy. Bronchial

asthma is not a contraindication to pregnancy, but the exacerbation of the disease during pregnancy, lack of proper control can lead to negative consequences for both the mother and the child. A number of studies, made by the authors, has shown that patients with severe or uncontrolled course of BA have a higher risk of a number of complications of pregnancy and childbirth. One of the most common complications of the second half of pregnancy was hypertensive disorders and preeclampsia.

Keywords: *pregnancy, bronchial asthma, preeclampsia, Hypertensive disorders, proteinuria.*

Цель исследования. Оценить влияние тяжести течения и характера терапии бронхиальной астмы на развитие гипертензивных расстройств и преэклампсии у беременных.

Материалы и методы. Для выполнения работы в женской консультации находилось под наблюдением и обследовано в динамике 110 беременных женщин, страдающих различной степенью тяжести БА. Группу контроля составили 20 беременных, не страдающих бронхиальной астмой и другими аллергическими и легочными заболеваниями. Наблюдение велось на протяжении периода беременности и после родов в течение двух месяцев. Всем беременным проводилась оценка факторов риска развития гипертензивных расстройств и преэклампсии. Беременные, страдающие БА, до 12 недель беременности направлялись терапевтом женской консультации на консультацию пульмонолога в Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. Здесь им проводилось клинико-функциональное обследование, на основании которого формировался комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Возраст пациенток с бронхиальной астмой колебался от 19 до 42 лет и в среднем составил $29,1 \pm 0,49$.

Анализ распределения пациенток по степени тяжести и контролируемости БА (табл. 1) показал, что у преобладающего числа беременных отмечалось легкое течение заболевания (БАЛТ) – 48,9%, из них у 12 беременных (10,72%) от-

мечалось интермиттирующее течение БА, у 42 человек (38,18%) – персистирующее. Дебют бронхиальной астмы в период беременности произошел у 4 пациенток (3,64%), в дальнейшем течение заболевания было легким, что позволило нам включить эту подгруппу в группу больных с легким эпизодическим течением бронхиальной астмы. Средняя степень тяжести течения заболевания (БАСТ) отмечена в 43,64% и только у 4 женщин отмечалось тяжелое течение (БАТТ). В связи с небольшим числом больных бронхиальной астмой тяжелого течения в дальнейшем эта группа анализировалась вместе с группой пациенток со среднетяжелым течением заболевания (группа БАСТ + БАТТ).

Таблица 1

Распределение больных по формам и тяжести течения бронхиальной астмы

БА	Абс.	% во всей группе больных БА	% в группе по тяжести течения БА
Дебют	4	3,636	
БАЛТ (и) всего	12	10,82	
БАЛТ (п) всего	42	38,18	
БАЛТ (п) контролируемая	21	19,09	50
БАЛТ (п) неконтролируемая	20	18,18	47,62
БАСТ (п) всего	48	43,64	
БАСТ (п) контролируемая	33	30	68,75
БАСТ (п) неконтролируемая	15	13,64	31,25
БАТТ всего	4	3,63	
БАТТ контролируемая	1	0,91	25
БАТТ неконтролируемая	3	2,73	75

Обращает на себя внимание тот факт, что среди женщин с БАЛТ (п) и БАСТ (п) у большинства беременных отмечалась контролируемая БА – 21 человек (19,09%) и 33 человека (30%) соответственно. БАЛТ (п) неконтролируемая встречалась у 15,45% (17 пациенток), при БАСТ (п) неконтролируемая БА отмечена у 12,73% (14 пациенток). Напротив, при БАТТ у 1 беременной был достигнут контроль БА, а у 3 беременных течение заболевания было неконтролируемым. Учитывая небольшое число больных с тяжелым течением бронхиальной

астмы (4 человека) в дальнейшем мы анализировали группу БАСТ + БАТТ в целом.

Результаты и обсуждение

Среди группы больных бронхиальной астмой было 50 первобеременных, 60 повторно беременных. У 34 (56,66%) предыдущая беременность закончилась срочными родами, 26 (43,34%) женщин имели осложненный акушерско-гинекологический анамнез (искусственный аборт, самопроизвольный выкидыш, внематочная беременность, антенатальная гибель плода). Обращает на себя внимание тот факт, что среди пациенток с легким интермиттирующим течением бронхиальной астмы было всего 25% повторнобеременных, в то время, как при БАЛТ (п) их было уже 52,38%, а при БАСТ + БАТТ – 59,62%.

В сравнительной группе было восемь первобеременных и 12 (60%) повторнобеременных пациенток. Срочные роды произошли у 6 (50,0%) женщин. Осложненный акушерско-гинекологический анамнез имели 6 (50,0%) пациенток.

Среди больных бронхиальной астмой в прошлом были диагностированы следующие виды урогенитальных инфекций: уреаплазмоз, микоплазмоз, хламидиоз и кандидозный кольпит. Также в анамнезе у обследованных пациенток отмечалась генитальная герпесвирусная инфекция и носительство вируса папилломы человека. Частота встречаемости хронических урогенитальных инфекций не различалась в группах по возрасту, тяжести течения бронхиальной астмы, среди перво- и повторно беременных и составила в целом 35,45%. В группе сравнения хронические урогенитальные инфекции были выявлены среди первобеременных у 4 женщин, среди повторно беременных – у 3 пациенток, что составило 35% от всего числа исследованных.

При анализе возраста начала менструаций в группах больных бронхиальной астмой (табл. 2) были выявлены определенные различия. Так, средний возраст начала менструаций у больных со среднетяжелым и тяжелым течением бронхиальной астмы был достоверно ($p < 0,05$) больше, чем у больных с легким тече-

нием заболевания. В группе сравнения средний возраст начала менструаций составил 13,2 года. Различные виды нарушений цикла существенно реже отмечались в группе пациенток с БАЛТ (и) и в группе сравнения.

Таблица 2

Особенности гинекологического анамнеза у пациенток исследованных групп

	БАЛТ (и)	БАЛТ (п)	БАСТ + БАТТ	Группа сравнения
Средний возраст начала menses (лет)	12,81	12,69	14,73	13,2
Нарушения цикла (% от числа пациенток в группе)	31,25%	38,47%	38,39%	30,0%

Повышение артериального давления у беременных с бронхиальной астмой редко встречалось в первом и втором триместрах (1,82% и 3,64% соответственно). В третьем триместре повышение давления отмечали 17,27% пациенток. Обращает на себя внимание тот факт, что у беременных с БАСТ (п) + БАТТ повышение артериального давления в третьем триместре встречалось несколько реже, чем во всех других подгруппах и группе больных бронхиальной астмой в целом (табл. 3).

Таблица 3

Частота встречаемости гипертонии в зависимости от тяжести течения бронхиальной астмы

	1 триместр		2 триместр		3 триместр		Все триместры	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Всего n = 110	2	1,82	4	3,64	19	17,27	2	1,82
БАЛТ (и) n = 16	0	0,00	0	0,00	3	18,75	0	0,00
БАЛТ (п) n = 42	1	2,38	1	2,38	8	19,05	1	2,38
БАСТ (п) + БАТТ n = 52	1	1,92	3	5,77	8	15,38	1	1,92

Отеки у обследованных женщин отмечались в 1 триместре в 2,73% случаев, во втором – в 7,27%, в третьем у 39,09% пациенток. На протяжении всей беременности – у 2 (1,82%) женщин. Увеличение частоты встречаемости данного

осложнения закономерно происходит с увеличением срока беременности и достигает максимума в III триместре. Наиболее часто отеки наблюдались у беременных с БАЛТ (п) (47,62%). Практически с одинаковой частотой отмечено нарастание отеков при БАЛТ (и) и БАСТ (п) + БАТТ – 31,25% и 32,69% (табл. 4).

Таблица 4

Частота встречаемости отеков в зависимости от тяжести течения
бронхиальной астмы

	1 триместр		2 триместр		3 триместр		Все триместры	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Всего n = 110	3	2,73	8	7,27	42	38,18	2	1,82
БАЛТ (и) n = 16	0	0,00	0	0,00	5	31,25	0	0,00
БАЛТ (п) n = 42	1	2,38	5	11,90	20	47,62	1	2,38
БАСТ (п) + БАТТ n = 52	2	3,85	3	5,77	17	32,69	1	1,92

Частота встречаемости протеинурии беременных была невелика и отмечалась в первом и втором триместрах у единичных больных. Однако с увеличением срока беременности в группе больных с БАЛТ (и) она достигла 18,75%, и почти вдвое превысила частоту встречаемости данного осложнения у беременных с БАСТ (п) + БАТТ – 9,62% (табл. 5).

Таблица 5

Частота встречаемости протеинурии в зависимости от тяжести течения
бронхиальной астмы

	1 триместр		2 триместр		3 триместр		Все триместры	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Всего n = 110	2	1,82	2	1,82	13	11,82	2	1,82
БАЛТ (и) n = 16	0	0,00	0	0,00	3	18,75	0	0,00
БАЛТ (п) n = 42	2	4,76	2	4,76	5	11,90	2	4,76
БАСТ (п) + БАТТ n = 52	0	0,00	0	0,00	5	9,62	0	0,00

Наиболее серьезным осложнением второй половины беременности была преэклампсия (табл. 6), проявления которой разной степени тяжести были отмечены у 16 беременных с БА (14,55%). Число пациенток с явлениями преэклампсии было максимальным среди беременных с БАЛТ (и) (25%), и уменьшалось

при нарастании степени тяжести течения бронхиальной астмы. Умеренная ПЭ была отмечена у 11,82% обследованных (13 человек) и лишь у 3 женщин (2,73%) была диагностирована преэклампсия тяжелого течения. Обращает на себя внимание тот факт, что у пациенток с БАСТ (п) + БАТТ тяжелая ПЭ не была отмечена ни в одном случае. Гестационная гипертензия и гестационная протеинурия встречались чаще во всех подгруппах по сравнению с преэклампсией.

Таблица 6

Частота встречаемости гипертензивных расстройств в третьем триместре беременности в группах по тяжести течения БА

	Всего		Гестационная гипертензия		Гестационная протеинурия		Умеренная ПЭ		Тяжелая ПЭ	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Всего n = 110	48	43,6 4	19	17,27	13	11,82	13	11,82	3	2,73
БАЛТ (и) n = 16	10	62,5	3	18,75	3	18,75	2	12,5	2	12,5
БАЛТ (п) n = 42	20	47,6 2	8	19,05	5	11,90	6	14,29	1	2,38
БАСТ (п) + БАТТ n = 52	18	34,6 2	8	15,38	5	9,62	5	9,62	0	0,00

Нами была проанализирована частота развития гипертензивных расстройств в зависимости от характера проводившейся терапии. Из 10 женщин с БА не получавших какой-либо терапии, 7 (70,0%) отмечали данное осложнение беременности. У беременных, получавших ИГКС и комбинированные препараты, лишь в 34,09% случаев наблюдалась эта патология (* $p < 0,05$ по сравнению с группой больных, не получавших терапии). При этом в 23,86% случаев (21 человек) отмечены только гестационная гипертензия или гестационная протеинурия, в 30% (9 женщин) – умеренная преэклампсия. Развития тяжелой преэклампсии на фоне данного вида лечения не произошло. У пациенток, использовавших группу кромонов и ингаляционные β_2 -агонисты по требованию, гипертензивные расстройства были диагностированы в 91,69% случаев (11 человек). Обращает на себя внимание тот факт, что в отличие от женщин без терапии, у данной

группы пациенток тяжелая преэклампсия встречалась чаще 16,67% и 10,0% соответственно (табл. 7).

Таблица 7

Развитие гипертензивных расстройств и характер терапии БА

	Всего		Гестационная гипертензия или гестационная протеинурия		Умеренная ПЭ		Тяжелая ПЭ	
	Абс	%	Абс	% ко всем	Абс	% ко всем	Абс	% ко всем
Без терапии n = 10	7	70,00	4	40,00	2	20,00	1	0,00
ИГКС и ИГКС/ДДБ А n = 88	30	34,09*	21	23,86	9	10,23	0	0,00
Прочее n = 12	11	91,69	7	58,33	2	6,67	2	16,67

* $p < 0,05$

Заключение

Представленные результаты свидетельствуют о том, что частота встречаемости гестационной гипертензии и гестационной протеинурии закономерно возрастает с увеличением срока беременности и достигает максимума в III триместре беременности. Данные осложнения чаще встречаются у женщин с легким персистирующим течением астмы, по сравнению со среднетяжелым и тяжелым течением. Преэклампсия чаще диагностируется у пациенток с легким интермиттирующим течением, и частота ее уменьшается при нарастании степени тяжести течения бронхиальной астмы. В нашем исследовании у пациенток со среднетяжелым и тяжелым течением тяжелая преэклампсия не встречалась вообще. Также можно сделать вывод о том, что полноценная терапия, то есть использование ИГКС и комбинированных препаратов, снижает частоту встречаемости данных осложнений по сравнению с группой больных, не получавших терапии.

Список литературы

1. Айламазян Э.К. Акушерство и гинекология. – 1983. – №8. – С. 56–58.
 2. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных / К. Авиценна. – 2004. – 168 с.
 3. Effect of maternal asthma and asthma control on pregnancy and perinatal outcomes / R. Enriquez [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. – 2007. – №120. – P. 625–630.
 4. Schatz M. The relationship of asthma medication use to perinatal outcomes / M. Schatz, M.P. Dombrowski, R. Wise [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. – 2004. – №6. – P. 1040–1045.
 5. Schatz M. Interrelationships between asthma and pregnancy: A literature review // J. Allergy Clin. Immunol. – 1999. – №103. – P. 330–336.
-

Саблина Анна Владимировна – врач акушер-гинеколог Женской консультации №8 Красногвардейского района СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника №68»; аспирантка ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Россия, Санкт-Петербург.

Sablina Anna Vladimirovna – obstetrician-gynecologist of Crasnogvardeisk district Women’s health clinic №8 Saint Petersburg SFHI “Children’s Municipal Clinic №68”; postgraduate FSFEI of HE “Saint Petersburg State Pediatric Medical University” of Russian Ministry of Health, Russia, Saint Petersburg.

Кутушева Галия Феттяховна – д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой детской гинекологии и женской репродуктологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Россия, Санкт-Петербург.

Kutusheva Galiya Fettyakhovna – doctor of medical sciences, professor, head of the Department of Pediatric Gynecology and Female Reproductology of Postgraduate and Additional Professional Education Faculty FSFEI of HE “Saint Petersburg

State Pediatric Medical University” of Russian Ministry of Health, Russia, Saint Petersburg.

Лаврова Ольга Вольдемаровна – д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского института пульмонологии ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, Россия, Санкт-Петербург.

Lavrova Olga Voldemarovna – doctor of medical sciences, leading researcher of Research Institute of Pulmonology SFEI of HE “I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University” of Russian Ministry of Health, Russia, Saint Petersburg.
