

УДК 616.5-089.888.61-02

DOI: 10.15587/2519-4798.2020.208987

КЕСАРІВ РОЗТИН В УМОВАХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРУ ІІІ РІВНЯ – ПОКАЗАННЯ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ

О. В. Грищенко, С. М. Коровай, С. Ш. Мамедова

В структурі пологів частота кесарева розтину не повинна перевищувати 15 %. Тому вкрай важливим є чітке визначення клінічних ситуацій, при яких від кесарева розтину можна відмовитись та, навпаки, визначити вагітних, у яких доцільно запланувати кесарів розтин, щоб запобігти ургентних ситуацій.

Мета дослідження – вивчення структури показань до екстреного абдомінального розродження в умовах лікувального закладу ІІІ рівня – міського перинатального центру м. Харкова для оптимізації тактики пологів.

Матеріал та методи. Здійснено клініко-статистичний аналіз історій вагітності та пологів 550 породіль, які народжували у Харківському міському перинатальному центрі протягом 2018–2019 рр.. Вивчено структуру показань та частоту кесарева розтину залежно від клініко-анамнестичних даних із застосуванням методів описової статистики, критерію χ^2 та розрахунку величини відношення шансів (Odds Ratio – OR) за допомогою пакета статистичних програм PSSP.

Результати. Найбільшу величину OR мали цукровий діабет, обтяжений гінекологічний анамнез та серцево-судинні захворювання (OR більш 5,0). Менший вплив мали гестаційна гіпертензія, перші пологи, інфекції статевих шляхів, захворювання нервової системи, прееклампсія, ожиріння захворювання органів травлення, великий плід та вегето-судинна дистонія (OR від 2,108 до 4,113, міопія, перша вагітність та пізній репродуктивний вік (OR від 1,619 до 1,958).

Висновки. Найбільш частими причинами екстреного кесарева розтину були слабкість пологової діяльності (29,5 %) та дистрес плода (13,2 %). У 20,9 % жінок – супутні захворювання матері та великий плід. Показання до екстреного кесарева розтину найчастіше виникали у породіль з цукровим діабетом, обтяженим гінекологічним анамнезом та з серцево-судинними захворюваннями

Ключові слова: ускладнення пологів, кесарів розтин, показання, акушерсько-гінекологічний анамнез, екстрагенітальна патологія, фактори ризику, відношення шансів

Copyright © 2020, O. Hryshchenko, S. Korovay, S. Mamedova.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

1. Вступ

В останні роки занепокоєння науковців та організаторів охорони здоров'я викликає неухильне збільшення частоти КР. Наприклад, в США в 1970 році тільки 5 % жінок були розродженні шляхом КР, а в 2016 р. – 31,9 % [1]. В Австралії частота КР при перших пологах сягає 29,1 % (18,2 % – ургентні, 10,2 % – планові) [2], в Канаді – 27,1 % [3], в Китаї – 34,9 % [4]. Збільшення частоти КР спостерігаються й в Україні, сягаючи у лікувальних закладах ІІІ рівня 27,6 % [5, 6]. При цьому, існує значна різниця частоти КР між окремими лікарнями – від 7,1 % до 69,9 %, що свідчить про наявність значних відмінностей між існуючими підходами до визначення показань до КР [7].

Зростання частоти КР пояснюють збільшенням кількості медичних показань (рубець на матці, дистрес плода, аномальні положення плода), кількості пологів після попереднього КР, розповсюдженості хронічної соматичної патології (зокрема, варикозне розширення вен кінцівок, зниження гостроти зору, артеріальна гіпертензія та цукровий діабет) та ін. [5]. Але це не підтверджується клінічними дослідженнями. Встановлено, що у порівнянні з вагінальними пологами збільшується ризик важких ускладнень з 0,9 % до 2,7 %, включаючи важкі кровотечі, розрив матки, ускладнення анестезії, шок, зупинку серця, го-

стру ниркову недостатність, тромбоемболії, інфекції, гематоми та ранові ускладнення [7, 8]. КР виявився достовірним фактором ризику розвитку респіраторного дистресу плода [9] та гіпоксично-ішемічних ускладнень [10]. КР асоціюється з труднощами грудного вигодовування [3] та може негативно впливати на стан здоров'я дитини у постнатальному періоді [11, 12].

Знайти єдину для всіх регіонів та лікувальних закладів оптимальну частоту КР важко, але Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вважає, що в структурі пологів частота КР не повинна перевищувати 15 %, але необхідні зусилля, щоб КР виконувалась всім жінкам тільки при наявності жорстких показань [13]. У зв'язку з цим, вкрай важливим є чітке визначення клінічних ситуацій, при яких від КР можна відмовитись на користь пологів природним шляхом та, навпаки, визначити вагітних, у яких доцільно запланувати КР, щоб запобігти ургентних ситуацій.

Мета дослідження – вивчення структури показань до екстреного абдомінального розродження в умовах лікувального закладу ІІІ рівня – міського перинатального центру м. Харкова.

2. Матеріал та методи дослідження

Здійснено ретроспективний та проспективний клініко-статистичний аналіз історій вагітності та

пологів 550 породіль, які народжували у КНП «Харківській міській перинатальний центр» Харківської міської ради протягом 2018–2019 рр. та відповідали наступним критеріям: одноплідна доношена вагітність (термін вагітності від 37 тиж. та більше); головне передлежання плода; відсутність рубця на матці.

У дослідження увійшли жінки віком від 17 до 41 р. – в середньому (29,0±4,7) р. Жінок пізнього репродуктивного віку (від 35 р. та більше) було 56 (10,2 %). Вперше народжували 364 (66,2 %) жінок, другі пологи були у 155 (28,2 %) три та більше пологів в анамнезі було у 31 (5,6 %) жінці. Перервана вагітність (медичний аборт та/або самовільне переривання вагітності) в анамнезі спостерігались у 149 (27,1 %) жінок. Надійшли у пологове відділення у терміні 37–38 тиж. 135 (24,5 %) жінок, в 39–40 тиж. – 392 (71,3 %) жінок та більш 40 тиж. – 23 (4,2 %) жінок.

Обстеження та лікування жінок, що увійшли у дослідження, відповідали сучасним клінічним настановам та наказам МОЗ України, зокрема, клінічному протоколу № 976 від 27.12.2011 «Вагінальні пологи після кесаревого розтину» та клінічному протоколу № 977 від 27.12.2011 «Кесарів розтин».

Відповідно до мети та завдань дослідження для виявлення факторів ризику КР жінки були розподілені на дві групи: I (основну) групу склали 129 жінок, що народжували шляхом КР; II група (порівняння) – 421 жінка, що народжувала природним шляхом. Вивчено структуру показань та проаналізовано частоту КР залежно від клініко-анамнестичних даних із застосуванням методів описової статистики, критерію χ^2 та розрахунку величини відношення шансів (Odds Ratio – OR) та його 95 % довірчого інтервалу (ДІ) за допомогою пакета статистичних програм PSSP (відкрита програма, що не потребує ліцензії).

Дизайн дослідження був розглянутий комісією з питань етики Харківської медичної академії післядипломної освіти на етапі планування дослідження (протокол № 8 від 18.10.2016) та визнаний таким, що відповідає принципам Гельсінської декларації Генеральної асамблеї Всесвітньої медичної асоціації (1964–2000), Конвенції Ради Європи з прав людини та біомедицини (1997 р.), відповідним положенням ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, Міжнародному кодексу медичної етики (1983 р.) та законам України. Від жінок, що увійшли у проспективне дослідження отримано інформовану згоду на додаткові дослідження та обробку персональних даних. Дані жінок, що увійшли у ретроспективне дослідження були неперсоніфіковані.

3. Результати дослідження

КР виконано у 129 (23,4 %) жінок, що увійшли у дослідження. Критеріями включення у дослідження були: одноплідна доношена вагітність (термін вагітності від 37 тиж. та більше); головне передлежання плода; відсутність рубця на матці (кесарева розтину та/або інших операцій на матці). В усіх випадках КР здійснено в пологах (жінки, що народжували шляхом КР в плановому порядку у дослідження не включались).

Найбільш частим показанням до КР була слабкість пологової діяльності (СПД) – 38 (29,5 %); СПД після передчасного розриву навколоплідних оболонок – 12 (9,3 %) випадків; СПД, що виникла на фоні плодово-тазових диспропорцій – 5 (3,9 %). Дистрес плода був причиною КР у 17 (13,2 %) випадках; в 7 (5,4 %) випадках дистрес плода виник на фоні СПД; в 4-х випадках – на фоні передчасного розриву навколоплідних оболонок, а в 3 (2,3 %) випадках після передчасного розриву навколоплідних оболонок та СПД. Крім цього, причиною КР в 7 (5,4 %) було відшарування плаценти; у 6 (4,7 %) випадках – аномалії шийки матки, в 3 (2,3 %) випадках – передчасний розрив навколоплідних оболонок. Інші причини (супутні захворювання матері та макросомія) встановлено у 27 (20,9 %) жінок.

Для виявлення факторів ризику КР, перш за все, виконано частотний аналіз клініко-анамнестичних показників в основній групі (КР) та в групі порівняння (вагінальні пологи) (табл. 1)

Таблиця 1
Частота клініко-анамнестичних показників у породіль, що увійшли у дослідження

Показник	I (основна група (n=129))	II (порівняння) група (n=421)	p
Середній вік	29,3±4,9	28,9±4,6	>0,05
Пізній репродуктивний вік	20 (15,5 %)	36 (8,6 %)	0,030 ²
Вперше вагітні	87 (67,4 %)	215 (51,1 %)	<0,001 ²
Переривання вагітності в анамнезі	36 (27,9 %)	113 (26,8 %)	>0,05
Перші пологи	113 (87,6 %)	251 (59,6 %)	<0,001 ²
Хвороби нервової системи	42 (32,6 %)	57 (13,5 %)	<0,001 ²
ВСД	47 (36,4 %)	90 (21,4 %)	0,001 ²
ССЗ	22 (17,1 %)	16 (3,8 %)	<0,001 ²
ЦД	11 (8,5 %)	3 (0,7 %)	<0,001 ²
Ожиріння	13 (10,1 %)	19 (4,5 %)	0,029 ²
Міопія	24 (18,6 %)	44 (10,5 %)	0,021 ²
Захворювання органів травлення	13 (10,1 %)	20 (4,8 %)	0,034 ²
Ендокринна патологія (крім ЦД)	17 (13,2 %)	32 (7,6 %)	>0,05
Анемія	16 (12,4 %)	31 (7,4 %)	>0,05
Захворювання дихальної системи	9 (7,0 %)	24 (5,7 %)	>0,05
Гестаційна гіпертензія	17 (13,2 %)	14 (3,3 %)	<0,001 ²
ОГА	13 (10,1 %)	4 (1,0 %)	<0,001 ²
Інфекції статевих шляхів	8 (6,2 %)	8 (1,9 %)	0,030 ²
Великий плід	13 (10,1 %)	20 (4,8 %)	0,034 ²
Преeklampsія	7 (5,4 %)	8 (1,9 %)	0,031 ²

Примітки: 1 – достовірність різниці між групами за t-критерієм; 2 – достовірність різниці між групами за двостороннім точним критерієм Фішера; ЦД – цукровий діабет; ОГА – обтяжений гінекологічний анамнез; ВСД – вегетосудинна дистонія

Як видно з отриманих даних, більшість показників, що аналізувалися, достовірно частіше зустрічались у жінок основної групи (що народжували шляхом КР), що свідчить про їх можливу роль як факторів ризику. Для уточнення впливу показників, що були достовірно збільшені у жінок основної групи, здійснено аналіз відношення шансів (OR) необхідності екстреного КР (табл. 2).

Величина OR відображає зв'язок окремого фактору ризику з визначеною подією (в нашому випадку – це пологи шляхом КР). Величина OR для всіх показників перевищує 1,0, що свідчить про збільшення шансів КР при наявності будь якого з цих показників. У двох показників (ендокринна патологія та анемія) нижня границя ДІ менш 1,0, верхня більш 1,0, що свідчить про статистичну недостовірність отриманих результатів ($p > 0,05$). Всі інші показники мали статистичну достовірну величину OR (табл. 2).

Найбільший зв'язок з КР мали три фактори: наявність ЦД (OR – 13,0; 95 % ДІ 3,6–47,3); ОГА (OR – 11,7; 95 % ДІ 3,7–36,5) та наявність ССЗ (OR – 5,2; 95 % ДІ 2,6–10,3).

Таблиця 2

Відношення шансів екстреного КР залежно від наявності окремих клініко-анамнестичних показників

Показник	Величина OR	95 % ДІ	
		Верхня границя	Нижня границя
ЦД	13,0	3,6	47,3
ОГА	11,7	3,7	36,5
ССЗ	5,2	2,6	10,3
Гестаційна гіпертензія	4,4	2,1	9,2
Перші пологи	3,6	2,2	5,9
Інфекції статевих шляхів	3,4	1,3	9,3
Захворювання нервової системи	3,1	1,9	4,9
Прееклампсія	3,0	1,1	8,3
Ожиріння	2,4	1,1	4,9
Захворювання органів травлення	2,2	1,1	4,7
Великий плід	2,2	1,1	4,7
ВСД	2,1	1,4	3,2
Міопія	1,9	1,2	3,4
Ендокринна патологія	1,8 ¹	1,0	2,4
Вперше вагітні	1,8	1,3	2,5
Анемія	1,8 ¹	0,9	3,4
Пізній репродуктивний вік	1,6	1,1	2,4

Примітки: 1 – Результат статистично не достовірний; ЦД – цукровий діабет; ОГА – обтяжений гінекологічний анамнез; ВСД – вегетосудинна дистонія

Досить високою виявилась величина OR у наявності гестаційної гіпертензії (OR – 4,4; 95 % ДІ 2,1–9,2).

Крім цього, виявляється досить великий зв'язок з КР перших пологів, інфекції статевих шляхів та захворювання нервової системи (OR більш 3,0). Величина OR була більше 2,0 у прееклампсії, ожиріння, захворювань органів травлення, великого плоду, та ВСД. Всі інші показники (міопія, перша вагітність та пізній репродуктивний вік) мали OR, величина якого знаходилась в інтервалі в 1,6 до 1,9.

4. Обговорення отриманих результатів

Виявлення факторів ризику тієї чи іншої патології є досить важливою частиною діагностичного процесу. У вагітних та породіль це має значення для раціонального планування тактики ведення пологів. Досить важливим є визначення контингенту жінок з потенційною неможливістю вагінальних пологів, у яких потрібно запланувати КР. Крім традиційних показань до КР (наявність рубця на матці, неправильне передлежання плода, багатоплідна вагітність та ін.), КР виконується в екстреному порядку у зв'язку з розвитком ускладнень під час пологів.

Тому прогнозуванню КР присвячено досить багато досліджень. У нашому дослідженні найбільшу величину OR мали ЦД, ОГА та ССЗ, при яких величина OR перевищує 5,0. На значний зв'язок ЦД з КР вказують й інші автори, які пов'язують збільшення частоти КР при ЦД зі зменшенням скоротливості міометрію в результаті порушення Ca^{2+} залежних процесів [14].

Іншими важливими факторами ризику КР у нашому дослідженні виявились гестаційна гіпертензія, перші пологи, інфекції статевих шляхів, захворювання нервової системи, прееклампсія, ожиріння захворювання органів травлення, великий плід та ВСД (OR від 2,108 до 4,113). Всі інші (міопія, перша вагітність та пізній репродуктивний вік) також достовірно збільшували шанси КР (OR від 1,619 до 1,958).

Ці показники в тій чи іншій комбінації визнано важливими факторами впливу на частоту КР й в інших дослідженнях. Так, у комплексну прогностичну модель V. A. Danilack та співавт. (2019) увійшли гестаційний вік, раса, вік матері, ожиріння, фіброми, великий зріст плода, та герпес в анамнезі [15]. У модель прогнозу КР у породіль з індуцією пологів факторами ризику КР були старший вік матері, менший зріст матері, більший показник ІМТ, більший приріст ваги матері під час вагітності, більший гестаційний вік, гіпертензія, цукровий діабет, незріла шийка матки (менш 3 см) [16]. За результатами багатофакторного аналізу найбільш вагомими незалежними факторами ризику екстреного КР були аномальна кількість навколоплідних вод, перші пологи, індуція пологів та аномальний склад навколоплідних вод. Крім цього, ризик зростав у матерів віком більш 30 р., з ІМТ до вагітності більш 20,5 кг/м², при аномальній пуповині та масі новонародженого більш 3550 г. [17]. У дослідженні S. Elnakib та співавт (2019) факторами ризику КР визнані попередній КР, старший вік матері, первинні пологи [18].

Таким чином, причини та фактори ризику КР під час пологів дуже різноманітні. Своєчасне виявлення потенційних ризиків ускладненого перебігу пологів дозволить оптимізувати підготовку та тактику ведення пологів.

Обмеження дослідження. В наше дослідження увійшли жінки, які відповідали визначених факторів включення – перші або повторні пологи при доношеній одноплідній вагітності з головним передлежанням), що може бути причиною відмінності окремих факторів ризику від результатів інших досліджень. Ці результати демонструють результати однофакторного аналізу, але більш інформативним є вивчення факторів у комплексі, що підвищує інформативність результатів.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження доцільні для створення моделей прогнозу екстреного КР на підставі багатфакторного аналізу з для вивчення комплексного впливу комбінацій факторів ризику.

5. Висновки

Останнім часом КР є досить поширеним методом допомоги вагітним жінкам при розродженні, що окрім позитивних моментів по збереженню здоров'я

матері та плода, збільшує акушерські ризики при наступних пологах (рубць на матці, передлежання плаценти та вrostання ворсин плаценти та інш.)

Найбільш частими причинами екстреного КР у жінок при перших або повторних пологах при доношеній одноплідній вагітності з головним передлежанням плода були СПД (29,5 %) та дистрес плода (13,2 %). У 20,9 % жінок показаннями для екстреного КР були супутні захворювання матері та великий плід.

Показання до екстреного КР найчастіше виникали у породіль з ЦД (OR – 13,9; 95 % ДІ 3,6–47,3); ОГА (OR – 11,7; 95 % ДІ 3,7–36,5) та наявністю ССЗ (OR – 5,2; 95 % ДІ 2,6–10,3). Величина OR була більше 3,0 при перших пологах, при наявності інфекції статевих шляхів та неврологічній патології. Також мали значення прееклампсія, ожиріння, захворювання органів травлення, великий плід, ВСД, міопія та пізній репродуктивний вік.

Оптимізація вибору методу родорозрішення вимагає подальшої розробки об'єктивних критеріїв для виконання КР.

Конфлікт інтересів

Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Joyce, A. M., Hamilton, B. E., Osterman, M. J. K. (2017). Births in the United States, 2016. NCHS Data Brief, 287, 1–8.
2. Hure, A., Powers, J., Chojenta, C., Loxton, D. (2017). Rates and Predictors of Caesarean Section for First and Second Births: A Prospective Cohort of Australian Women. *Maternal and Child Health Journal*, 21 (5), 1175–1184. doi: <http://doi.org/10.1007/s10995-016-2216-5>
3. Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16 (1). doi: <http://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
4. Li, H.-T., Luo, S., Trasande, L., Hellerstein, S., Kang, C., Li, J.-X. et al. (2017). Geographic Variations and Temporal Trends in Cesarean Delivery Rates in China, 2008–2014. *JAMA*, 317 (1), 69. doi: <http://doi.org/10.1001/jama.2016.18663>
5. Москвяк-Лесняк, Д. С., Красівська, А. В., Жигалюк, І. Т. (2019). Вивчення факторів, які впливають на зростання рівня кесаревого розтину, за період 2017–2018 рр. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 3 (81), 25–29. doi: <http://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.3.10587>
6. Тарасенко, К. В., Громова, А. М., Шафарчук, В. М., Нестеренко, Л. А. (2019). Зростання частоти кесаревого розтину як проблема сучасного акушерства. *Український журнал медицини, біології та спорту*, 4 (5 (21)), 197–201. doi: <http://doi.org/10.26693/jmbs04.05.197>
7. Caughey, A. B., Cahill, A. G., Guise, J. M., Rouse, D. J. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210 (3), 179–193. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.026>
8. Davey, M., Flood, M., Pollock, W., Cullinane, F., McDonald, S. (2019). Risk factors for severe postpartum haemorrhage: A population-based retrospective cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. doi: <http://doi.org/10.1111/ajo.13099>
9. Kim, J. H., Lee, S. M., Lee, Y. H. (2018). Risk factors for respiratory distress syndrome in full-term neonates. *Yeungnam University Journal of Medicine*, 35 (2), 187–191. doi: <http://doi.org/10.12701/yujm.2018.35.2.187>
10. Rossi, A. C., Prefumo, F. (2019). Antepartum and intrapartum risk factors for neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 31 (6), 410–417. doi: <http://doi.org/10.1097/gco.0000000000000581>
11. Мавропуло, Т. (2018). Кесарів розтин і стан здоров'я дітей. *З турботою про Жінку*, 2 (86), 10–14.
12. Keag, O. E., Norman, J. E., Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15 (1), e1002494. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
13. Betran, A., Torloni, M., Zhang, J., Gülmezoglu, A. (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123 (5), 667–670. doi: <http://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>
14. Al-Qahtani, S., Heath, A., Quenby, S., Dawood, F., Floyd, R., Burdyga, T., Wray, S. (2011). Diabetes is associated with impairment of uterine contractility and high Caesarean section rate. *Diabetologia*, 55 (2), 489–498. doi: <http://doi.org/10.1007/s00125-011-2371-6>

15. Danilack, V. A., Hutcheon, J. A., Triche, E. W., Dore, D. D., Muri, J. H., Phipps, M. G., Savitz, D. A. (2020). Development and Validation of a Risk Prediction Model for Cesarean Delivery After Labor Induction. *Journal of Women's Health*, 29 (5), 656–669. doi: <http://doi.org/10.1089/jwh.2019.7822>

16. Tolcher, M. C., Holbert, M. R., Weaver, A. L., McGree, M. E., Olson, J. E., El-Nashar, S. A. et al. (2015). Predicting Cesarean Delivery After Induction of Labor Among Nulliparous Women at Term. *Obstetrics & Gynecology*, 126 (5), 1059–1068. doi: <http://doi.org/10.1097/aog.0000000000001083>

17. Guan, P., Tang, F., Sun, G., Ren, W. (2020). Prediction of emergency cesarean section by measurable maternal and fetal characteristics. *Journal of Investigative Medicine*, 68 (3), 799–806. doi: <http://doi.org/10.1136/jim-2019-001175>

18. Elnakib, S., Abdel-Tawab, N., Orbay, D., Hassanein, N. (2019). Medical and non-medical reasons for cesarean section delivery in Egypt: a hospital-based retrospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19 (1). doi: <http://doi.org/10.1186/s12884-019-2558-2>

Received date 28.05.2020

Accepted date 18.06.2020

Published date 31.07.2020

Грищенко Ольга Валентинівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри, кафедра перинатології та гінекології, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176

E-mail: ovgrischenko@yahoo.com

Коровай Світлана Михайлівна, головний лікар, Комунальне некомерційне підприємство «Міський перинатальний центр» Харківської міської ради, Салтівське шосе, 264, м. Харків, Україна, 61176

E-mail: Korovai3105@gmail.com

Мамедова Севіндж Шахін кизи, аспірант, кафедра перинатології та гінекології, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176

E-mail: sevindhamedova10@gmail.com

UDC 616.1

DOI: 10.15587/2519-4798.2020.209170

EFFECTIVENESS OF ARTERIAL HYPERTENSION CONTROL USING AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING IN PATIENTS IN THE REMOTE PERIOD AFTER MYOCARDIAL INFARCTION AND ISCHEMIC STROKE

A. Yagensky, M. Pavelko, Y. Oshtuk

Артеріальна гіпертензія – один з найважливіших модифікованих факторів ризику і її адекватний контроль є нарізним каменем первинної та вторинної профілактики. З іншого боку, надмірне зниження артеріального тиску може бути шкідливим, особливо у пацієнтів з ішемічними подіями в анамнезі.

Мета. Оцінити добові коливання АТ за допомогою добового моніторингу у пацієнтів з контрольованою за даними офісних вимірювань артеріальною гіпертензією у віддалений період після перенесеного інфаркту міокарда та ішемічного інсульту.

Матеріали та методи. До дослідження були залучені 64 пацієнти з артеріальною гіпертензією у віддалений період (щонайменше 6 місяців) після перенесеного інфаркту міокарда (38 пацієнтів) та ішемічного інсульту (26 пацієнтів) у яких впродовж трьох останніх місяців і мінімум двох візитів визначався систолічний артеріальний тиск в межах 120–139 мм рт. ст. та діастолічний артеріальний тиск 70–89 мм рт. ст. Пацієнти з вадами серця, важкими порушеннями ритму, вираженою серцевою недостатністю (NYHA III–IV) в дослідження не включались. Усім пацієнтам було проведено добове моніторування артеріального тиску. За рекомендаціями ESC/ESH 2018 р. оптимальним вважався контроль артеріального тиску при середньодобовому артеріальному тиску після інфаркту міокарда 130–140/70–79 мм рт. ст. у віці >65 років, 120–130/70–79 мм рт. ст. у віці ≤65 років; після ішемічного інсульту 120–130/<80 мм рт. ст. Усі значення менші оптимальних рівнів вважались зниженим артеріальним тиском, вищі оптимальних – підвищеним артеріальним тиском. Особлива увага зверталась на надмірне зниження артеріального тиску з обчисленням кількості епізодів надмірних знижень та їх тривалості протягом доби.

Результати. Середньодобові значення артеріального тиску відповідали визначенню оптимальних лише у 23,4 % пацієнтів з перенесеними ішемічними подіями. У 63,2 % пацієнтів після інфаркту міокарда середньодобові значення систолічного артеріального тиску та діастолічного артеріального тиску виявились