**Литвинова А.В.**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ**

**ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,**

**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И. А.**

Для определения тактики ведения беременных с повышенным артериальным давлением большое значение имеет выяснение причины развития артериальной гипертонии (АГ). Помимо данных анамнеза, большое значение в решении данного вопроса имеют лабораторные, гемодинамические исследования, а также соматические и гестационные факторы развития гипертензивного состояния (ГС) у беременной.

Цель исследования: Выявить дифференциально-диагностические критерии

развития гипертензивных состояний у беременных.

Материал и методы: Проведен анализ 67 историй болезни беременных с ГС, составивших 1-ю (основную) группу и 20 - соматически здоровых беременных (группа контроля). Основная группа была разделена на 3 подгруппы: в 1-а – вошли 18 беременных с гипертонической болезнью I – II стадии (ГБ), в 1-б – 23 пациентки с гестационной артериальной гипертензией и протеинурией (ГАГ), в 1-в - 26 женщин с сочетанным гестозом (СГ). Все беременные находились в сроке 37,2±0,5 недель.

Беременным основной группы с ГС проводили сбор анамнеза, физикальное исследование, лабораторные тесты, исследование центральной гемодинамики, ультрасонографию, назначали консультацию терапевта, невропатолога и офтальмолога.

Беременные 1-а подгруппы, страдающие ГБ, отмечали повышение артериального давления до беременности или до 20 недель гестации. Незначительные отеки на конечностях одинаково часто встречались у всех беременных, включая и группу контроля. Генерализованные отеки наблюдались только у беременных 1-б и 1-в подгрупп, с ГАГ и сочетанным гестозом.

Результаты: С целью дифференциальной диагностики первичной и вторичной гипертензий у беременных основной группы изучали суточный мониторинг артериального давления (АД) во время сна и бодрствования. В период сна у беременных 1-б и 1-в подгрупп наблюдалось снижение систолического давления в среднем на 6-8 мм рт.ст. и диастолического давления - на 15-17 мм рт.ст. Для пациенток 1-а подгруппы было характерным утреннее повышение артериального давления в среднем на 10 мм рт. ст. и 5-6 мм рт. ст. соответственно. У 52 (77,6%) беременных основной группы наблюдался синдром задержки роста плода (СЗРП) различной степени тяжести, в связи с тем, что повышение артериального давления приводит к формированию плацентарной недостаточности (ПН).

У беременных 1-б подгруппы, с ГАГ, в анализах мочи определялась: гипоизостенурия, никтурия, протеинурия. Наблюдались изменения гемоконцентрации (повышение уровня гемоглобина и гематокрита), реже выявлялась тромбоцитопения. Патологические изменения в биохимическом анализе крови наблюдались обычно при тяжелом течении ГАГ. При появлении протеинурии, первоначально снижалась концентрация альбумина, затем – общего белка в крови. Лабораторные показатели у беременных с ГБ I – II стадии оставались без изменений. Следует отметить, что хроническое повышение артериального давления, не приводящее к поражению органов – мишеней, отрицательного воздействия на течение беременности не оказывало.

Наши исследования показали выраженные отличия в параметрах центральной гемодинамики у беременных основной группы. Гемодинамический профиль в 1-а подгруппе характеризовался гиперкинетическими показателями, проявляющиеся увеличением минутного объем (МО) и работы сердца (А), при слегка повышенном общем периферическом сосудистом сопротивлении (ОПСС). При ГАГ и СГ наблюдался только гипокинетический тип гемодинамики, со значительным снижением МО и А и высоком ОПСС.

Выводы. Таким образом, анамнез, клиническое течение, лабораторные показатели, данные центральной гемодинамики, наравне с другими исследованиями, могут служить дополнительными дифференциально-диагностическими критериями ГБ и гестоза, что позволит провести патогенетически обоснованное лечение, а также правильно выбрать сроки и метод родоразрешения.