

ЛИТЕРАТУРА

1. Билибин, А. Ф. О мышлении клинициста-практика / А. Ф. Билибин // Клин. мед. — 1981. — № 11. — С. 104–106.
2. Вагнер, Е. А. О самовоспитании врача / Е. А. Вагнер, А. А. Росновский. — Пермь: Пермское. кн. изд-во, 1976. — 156 с.
3. Василенко, В. Х. На грани античной и новой медицины / В. Х. Василенко // Тер. архив. — 1983. — № 1. — С. 133–139.
4. Комаров, Ф. И. Размышления о врачебном долге / Ф. И. Комаров, А. В. Сучков // Тер. архив. — 1981. — № 5. — С. 18–20.
5. Харди, И. Врач, сестра, больной: психология работы с больными / И. Харди; пер. с венгерского. — Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1981. — 287 с.

УДК 618.3-06:616.12-008.331.1

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Козлова Ю. В.

Научный руководитель: ассистент кафедры акушерства и гинекологии И. А. Корбут

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) у беременных занимает особое место среди актуальных вопросов современной медицины и является наиболее частым осложнением беременности. Гипертензивные нарушения при беременности представляют в настоящее время серьезную проблему акушерства, так как нередко являются причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Беременные с хронической гипертензией имеют повышенный риск развития преэклампсии и отслойки плаценты, а у их детей отмечается повышенная перинатальная заболеваемость и смертность. Повышение артериального давления (АД) — основное клиническое проявление гипертонической болезни и признак различных вариантов симптоматических гипертензий, в том числе заболеваний почек и эндокринных органов, гестоза [1].

Гипертензивные нарушения при беременности, согласно докладу Исследовательской группы ВОЗ, являются одной из важнейших международных проблем здравоохранения. На фоне высокого артериального давления у матери во время беременности часто наблюдаются острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в сетчатку и ее отслойка, острая и хроническая почечная недостаточность, отек легких, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Гипертензия у матери, оказывая влияние на маточно-плацентарный кровоток и вызывая перфузионно-диффузионную недостаточность плаценты, способствует развитию внутриутробной гипоксии и задержке роста плода, невынашиванию беременности, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. Гипертензия осложняет 15–20 % беременностей и нередко является непосредственной причиной материнской и перинатальной причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [2].

Гипертензивные состояния возникают у 4–8 % беременных. К ним относятся целый спектр различных клинко-патогенетических форм: гипертоническую болезнь (ГБ), симптоматические гипертензии (почечные, эндокринные) и специфическое для беременности состояние — гестоз. По данным Рабочей группы по изучению гипертензии при беременности в США, гипертензия — это вторая после эмболии причина материнской смертности, составляющая 15 % в структуре материнской смертности. У беременных с хронической гипертензией частота перинатальной смертности (30–100 ‰) и индуцированных преждевременных родов (10–12 %) значительно превышает соответствующие показатели у беременных без гипертензии [3].

Артериальная гипертензия — состояние при которой регистрируется САД ≥ 140 мм рт. ст. и (или) ДАД ≥ 90 в результате повторных измерений АД произведенных в различное время в спокойной для пациентки обстановки; при этом пациентка не должна принимать лекарства влияющие на уровень АД [1].

Во время нормально протекающей беременности артериальное давление является довольно стабильным показателем гемодинамики и практически никогда не повышается, небольшое снижение диастолического давления может наблюдаться со второго триместра.

Повышение АД во время беременности может быть обусловлено артериальной гипертензией, развившейся до беременности (хроническая АГ), артериальной гипертензией, возникшей во время беременности (АГ беременных), и гестозом.

Беременные с артериальной гипертензией нуждаются в высококвалифицированном медицинском наблюдении и медикаментозном лечении [2]. Только многократное измерение АД в течение суток позволяет установить его истинную величину, а также улучшает возможности диагностики и контроля за эффективностью гипотензивной терапии. Для многократного измерения АД в течение суток используют метод суточного мониторирования АД (СМАД) с помощью портативных приборов. Можно запрограммировать любую частоту измерений АД в течение суток, однако показано, что 24-часовое мониторирование с 20–30-минутными интервалами между измерениями достаточно полно воспроизводит суточную динамику АД. Внедрение СМАД в повседневную практику оправдано, поскольку применяющийся сегодня метод контроля АД не позволяет в полной мере оценить его изменения и своевременно интерпретировать их. Это приводит к поздней диагностике, несвоевременному началу лечения и в конечном итоге к неблагоприятному исходу беременности и родов. СМАД широко распространено как метод диагностики и контроля лечения АГ. Учитывая тяжесть осложнений, которые влечет за собой АГ при беременности, понятно стремление акушеров использовать СМАД для ее диагностики у беременных женщин. Проведение СМАД беременным позволяет наиболее полно изучить динамику АД в зависимости от времени суток, физической и психоэмоциональной активности, выявить АГ, определить степень ее тяжести. СМАД позволяет улучшить диагностику гестоза, избежать его гипердиагностики (у 4,5 % беременных) и недооценки степени тяжести (у 6% беременных), обосновать отказ от проведения гипотензивной терапии. При необходимости назначения гипотензивного лечения СМАД помогает выбрать время приема препаратов и оценить эффективность терапии [4].

Заключение

Заболеваемость АГ у беременных продолжает оставаться высокой, что обуславливает возникновение осложнений со стороны матери и (или) плода, что требует внедрения в клиническую практику современных методов диагностики и разработки безопасных для плода антигипертензивных лекарственных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. — М.: 2005. — С. 113–126.
2. Киселева, Н. И. Артериальная гипертензия и беременность: подходы к лечению / Н. И. Киселева // Охрана материнства и детства. — 2006. — № 1(7). — С. 33–34.
3. Суточный мониторинг артериального давления в диагностике и терапии синдрома гипертензии при гестозе и гипертонической болезни беременных / Л. Е. Мурашко [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 3. — С. 14–18.
4. Суточный мониторинг артериального давления при беременности и гестозе / Л. Е. Мурашко [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2008. — № 3. — С. 61–64.

УДК 616-036.22

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОГРАФИКИ ДЛЯ АНАЛИЗА ПРОСТРАНСТВЕННОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Колбина Е. В.

**Научные руководители: д.м.н., профессор Г. Н. Чистенко
зав. отделением санитарно-эпидемиологического анализа ГУ МГЦГЭ,
врач-эпидемиолог высшей категории Т. М. Зятикова**

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Выбор приоритетных профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня инфекционной заболеваемости, определяет значимость изучения их пространственного распространения на изучаемой территории.