

## ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕСТОЗА

Семак Т. В.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент кафедры Ю. А. Лызикова

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### *Цель*

Изучить способы улучшения ранней диагностики гестоза.

Актуальность исследования проблемы гестоза обусловлена высокой материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью при данном осложнении беременности, отсутствием единой концепции этиологии и патогенеза и четких критериев оценки степени тяжести этой патологии. Частота гестоза не имеет устойчивой тенденции к снижению и составляет 17–24 %, а в специализированных стационарах высокого риска она достигает 28–30 % [2].

Клинические проявления гестозов не отличаются особым разнообразием и, как правило, накапливаются с ростом степени тяжести гестоза. В практическом плане чрезвычайно важно как можно раньше диагностировать клинические, а главное — преклинические признаки гестоза. Это даст возможность своевременно и адекватно провести профилактические и лечебные мероприятия и не допустить тяжелых осложнений со стороны матери и плода. В настоящее время разработаны и хорошо себя зарекомендовали в повседневной акушерской практике скрининговые тесты диагностики доклинических стадий гестоза [2]. Одним из таких тестов является тест с мочой на мембранолиз. Данный тест свидетельствует об изменениях в иммунной системе и дестабилизации клеточных мембран. Суть метода состоит в том, что при добавлении к моче раствора хлорида кальция происходит соединение ионов кальция с продуктами катаболизма липидов и выпадение кальциевых мыл в осадок («тест на кальцифилаккацию»). Выявление таким образом продуктов мембранолиза (этаноламиновые мыла) в моче свидетельствует об изменениях клеточного гомеостаза в организме в целом и склонности к развитию гестоза. Пробу проводят в обычных лабораторных пробирках путем добавления к 5 мл утренней мочи 1 мл 10 % раствора хлорида кальция. Если через 2–3 мин в пробирке образуется белый осадок, пробу считают положительной, при отсутствии осадка — отрицательной. После собеседования тест на кальцифилаккацию проводят сами беременные в домашних условиях [1].

### *Материалы и методы исследования*

Проведено проспективное обследование 25 пациенток. Контрольную группу составили 14 практически здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью. Основную группу составили 11 беременных с гестозом различной степени тяжести. Оценку степени тяжести гестоза проводили по шкале Goecke в модификации Г. М. Савельевой. Классическая триада симптомов: отеки, протеинурия, гипертензия — присутствовали у 18,2 % женщин, моносимптомный гестоз — у 45,4 % (отечный синдром — у 18,2 %, гипертензия — у 9,1 %, протеинурия — у 18,2 %). Сочетание 2 симптомов: гипертензии и протеинурии выявлено у 18,2% родильниц, отечного синдрома и протеинурии — у 18,2 % женщин. У всех пациенток был проведен сравнительный анализ анамнестических данных, результатов клинического и лабораторного обследования, исходов беременности и родов, определены результаты теста с раствором хлорида кальция.

Критериями включения беременных в контрольную группу были:

— срок беременности 12 нед и более;

— отсутствие симптомов гестоза;

— отсутствие гестоза в анамнезе.

Критериями включения беременных в основную группу являлись:

— наличие у беременных симптомов гестоза различной степени тяжести.

Возрастной состав групп: женщины от 18 до 30 лет в контрольной группе составили 64,3 %, в основной — 63,6 % ( $p > 0,05$ ); женщины старше 30 лет в контрольной группе составили 35,7 %, в основной — 27,3 % ( $p > 0,05$ ); женщины младше 18 лет в контрольной группе составили 0,0 %, в основной — 9,1 % ( $p > 0,05$ ).

Паритет родов: первые роды в контрольной группе — 21,4 %, в основной группе — 72,7 % ( $p < 0,05$ ); вторые роды в контрольной группе — 71,4 %, в основной группе — 9,1 % ( $p < 0,05$ ); третьи роды в контрольной группе — 7,1%, в основной — 18,2 % ( $p > 0,05$ ).

Общая распространенность экстрагенитальной патологии в контрольной группе составила 78,6 %; в основной группе — 100 % ( $p > 0,05$ ).

Общая распространенность гинекологических заболеваний в контрольной группе составила 71,4 %; в основной группе — 81,8 % ( $p > 0,05$ ). Бесплодием страдали 11,1 % женщин из основной группы и 10 % женщин из контрольной группы ( $p > 0,05$ ). Аборты в анамнезе были у 28,6 % женщин контрольной группы и у 27,3 % женщин основной группы ( $p > 0,05$ ).

Осложнения и заболевания во время настоящей беременности встречались у 78,6 % женщин из контрольной группы и у 72,7 % женщин основной группы ( $p > 0,05$ ).

Фетоплацентарная недостаточность присутствовала у 9,1 % женщин из основной группы, у женщин из контрольной группы данная патология не выявлена ( $p > 0,05$ ).

При оценке способов и сроков родоразрешения преждевременные роды в основной группе составили 18,2 и 0 % в контрольной группе ( $p > 0,05$ ); кесарево сечение выполнялось 57,1 % женщинам из контрольной группы и 45,5 % женщинам из основной группы ( $p > 0,05$ ). Аномалии родовой деятельности в основной группе встречались в 2 раза чаще, чем в контрольной группе (18,2 и 7,1 % соответственно,  $p > 0,05$ ).

Осложнения в послеродовом периоде встречались у 7,1 % женщин из контрольной группы и у 9,1 % женщин из основной группы ( $p > 0,05$ ).

Оценка состояния новорожденного: острая гипоксия плода была в 14,3 % случаев в контрольной группе и в 9,1 % случаев в основной группе ( $p > 0,05$ ). В основной группе 18,2 % детей родились недоношенными (в контрольной группе — 0 %,  $p > 0,05$ ). Респираторный дистресс-синдром выявлен у 18,2 % детей в основной группе, что в 2 раза превышает показатель в контрольной группе (7,1 %,  $p > 0,05$ ).

Тест с раствором хлорида кальция был проведен всем женщинам из контрольной и основной групп. Положительным тест на мембранолиз оказался у 57,1 % женщин из контрольной группы и у 54,5 % женщин из основной группы ( $p > 0,05$ ).

Статистическую обработку полученных данных производили по общепринятому методу вариационной статистики на основе критерия Стьюдента с вычислением вероятности ошибки ( $p$ ).

### **Выводы**

1. Среди рожениц, перенесших гестоз, достоверно преобладали первородящие (21,4 % в контрольной группе и 72,7 % в основной группе,  $p < 0,05$ ).

2. В основной группе присутствовали пациентки в возрасте младше 18 (9,1 %) лет, в контрольной группе пациенток такого возраста не было ( $p > 0,05$ ).

3. Аномалии родовой деятельности в основной группе встречались в 2 раза чаще, чем в контрольной группе (18,2 и 7,1 % соответственно,  $p > 0,05$ ).

4. Респираторный дистресс-синдром выявлен у 18,2 % детей в основной группе, что в 2 раза превышает показатель в контрольной группе (7,1 %,  $p > 0,05$ ).

5. Положительным тест на мембранолиз оказался у 57,1 % женщин из контрольной группы и у 54,5 % женщин из основной группы ( $p > 0,05$ ). Это может быть связано с

недостаточным количеством обследуемых женщин или наличием у пациенток контрольной группы доклинической стадии гестоза.

6. Необходимо дальнейшее исследование возможности использования теста с раствором хлорида кальция в качестве метода ранней диагностики доклинических стадий гестоза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гестозы: рук-во для врачей / Б. М. Венковецкий. — М.: Медицинское информационное агентство, 2005. — С. 121.
2. Диагностика, профилактика и лечение гестозов / О. Н. Харкевич. — Мн., 2001. — С. 1–4.

УДК 616.12-089.84

## АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ СМЕРТНОСТИ ОТ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Семанюк А. А., Битус Ю. Г.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент О. А. Юдина

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

Инфекционные осложнения составляют большую проблему после трансплантации сердца в связи с иммуносупрессивной терапией. Актуальность проблемы инфекционных осложнений после трансплантации сердца определяется не только частотой и серьезностью прогноза, но и тем, что они имеют симптоматику, сходную проявлениями криза отторжения, при диаметрально противоположной лечебной тактике. Подавление защитных механизмов реципиента вследствие хронической иммуносупрессии является первичным фактором предрасположенности к увеличенной восприимчивости к болезнетворным микроорганизмам. Наиболее опасные периоды развития инфекционных осложнений соответствуют первым 3 месяцам после трансплантации, а также острым кризам отторжения и связанной с ними увеличенной иммуносупрессии. При этом особенностью клинического течения инфекционных осложнений у больных после аллотрансплантации органов является частое отсутствие выраженной симптоматики.

### *Цель исследования*

Анализ структуры инфекционных осложнений, приведших к смерти пациентов после ортотопической трансплантации сердца.

### *Материал исследования*

Материалом для исследования послужили 10 аутопсий пациентов, умерших в различные сроки после трансплантации сердца.

### *Результаты исследования*

В период с февраля 2009 г. по февраль 2012 г. было проведено 58 ортотопических трансплантаций сердца (из них мужчин было 56 (96,56 %)). После проведенной операции в различные сроки умерло 10 пациентов. Инфекционные осложнения стали причиной смерти у большинства (90 %) из них. Инфекционная патология была представлена двумя случаями смерти от ОРВИ (20 %). При ИФА и ПЦР исследованиях в тканях легких этих пациентов выявлен антиген вируса гриппа А (H1N1). При морфологическом исследовании в легких наблюдалась картина геморрагической пневмонии с классическим респираторным дистресс синдромом взрослых с наличием гиалиновых мембран. Поражение легких в обоих случаях было субтотальным, что привело к развитию в трансплантированном сердце острого легочного сердца и к смерти. Также среди основных причин смерти было диагностировано два случая диссеминированного аспергиллеза (20 %). В одном из случаев поражение затронуло трансплантированное сердце, в ко-