

Оценивая концентрацию  $\beta$ -дефензина1 в зависимости от вида УГИ установлено, что у беременных с ВВК концентрация  $\beta$ -дефензина 1 в сыворотке крови составила 54,1 (16,2; 133,4) пг/мл и была значимо выше, чем у беременных с АВ – 10,4 (6,5; 35,3) пг/мл ( $p = 0,003$ ), и чем у беременных с БВ – 4,8 (3,5; 17,5) пг/мл ( $p = 0,004$ ). Самая высокая концентрация  $\beta$ -дефензина1 в цервикальной слизи была также при ВВК и в 2 раза была выше, чем у беременных с БВ и в 2,6 раз выше, чем при ИМП, но из-за небольшого числа исследований слизи, статистически значимых различий получено не было.

### **Заключение**

Выполняя роль прямой антимикробной защиты на поверхности слизистых, DEFB1 в значимо более высоких концентрациях наблюдается в цервикальной слизи у беременных, чем в сыворотке крови, независимо от наличия урогенитальной инфекции.

ЭГ HBD1 в слизистой цервикального канала и концентрация  $\beta$ -дефензина1 на системном и локальном уровнях зависит от вида УГИ. У беременных с БВ уровень ЭГ HBD1 в слизистой цервикального канала значимо ниже, чем у беременных с АВ ( $P = 0,023$ ), ВВК ( $P = 0,04$ ) и без УГИ ( $P = 0,041$ ). У беременных с ВВК концентрация DEFB1 в сыворотке крови значимо превышает концентрацию у беременных с АВ ( $p = 0,003$ ) и БВ ( $p = 0,004$ ), а в цервикальной слизи в 2 раза выше, чем при БВ.

Дальнейшее исследование противомикробных пептидов при беременности и урогенитальной инфекции позволит определить их значение для реализации ВУИ плода и новорожденного.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Захаренкова, Т. Н. Влияние микробиоты урогенитального тракта на исход беременности / Т. Н. Захаренкова, Ю. Д. Каплан // Акушерство. Гинекология. Генетика. – 2019. – Т. 5, № 1. – С. 5–9.
2. The Role of Antimicrobial Peptides in Preterm Birth / G. H. Son [et al.] // International Journal of Molecular Sciences. – 2021. – Т. 22. – №. 16. – С. 8905.
3. The WAP protein tappin 1/elafin: a handyman in the regulation of inflammatory and immune responses / T. Verrier [et al.] // Int. J. Biochem. Cell Bio. — 2012. — Vol. 44. — P. 1377–1380.
4. Бошян, Р. О. Оценка уровней антимикробных пептидов в крови у женщин репродуктивного возраста с воспалительными заболеваниями органов малого таза в зависимости от состава микрофлоры урогенитального тракта / Р. О. Бошян, В. А. Батурич // Вестник современной клинической медицины. – 2019. – Т. 12. – №. 6. – С. 18–22.
5. Антимикробные пептиды в патологии беременных, зараженных TORCH-инфекциями / Г. В. Нариманова [и др.] // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2019. – Т. 13, №. 3. – С. 197–203.

**УДК 618.3:616.33-008.3-08**

**И. А. Корбут<sup>1</sup>, Т. И. Желобкова<sup>1</sup>, Т. Л. Ковалец<sup>2</sup>, И. В. Старовойтова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

## **РВОТА БЕРЕМЕННЫХ — СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

### **Введение**

Рвота беременных тяжелой степени (гиперемезис гравидарум) — это осложнение первой половины беременности, которое, как правило, проявляется в первой половине

беременности и характеризуется диспепсическими расстройствами и нарушениями всех видов обмена [2]. Тошнота, как проявление раннего токсикоза беременности может наблюдаться у 80 % женщин, а тяжелая степень рвоты беременных может быть диагностирована у 1% обследованных. При этом, срок возникновения этого осложнения может коррелировать с тяжестью состояния [1].

### **Цель**

Проанализировать факторы риска развития рвоты беременных, а также особенности течения беременности и родов.

### **Материалы и методы исследования**

«Case-control» анализ 30 медицинских карт стационарного пациента гинекологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» с диагнозом «Рвота беременных средней/тяжелой степени тяжести» за период 2018–2022 гг — группа А. В группу сравнения (группа Б) были включены 30 беременных без этого осложнения гестации. Для оценки тяжести состояния использовалась модифицированная шкала PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea). Статистическую обработку полученных результатов производили при помощи пакета прикладных программ «Statistica» 8.0 (StatSoft, USA). Для статистической обработки количественных данных применялись методы вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (р%) изучаемого признака и стандартной ошибки доли ( $S_p\%$ ). Для величин, распределение которых по результатам проведенных тестов на нормальность (Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова) не соответствовало нулевой гипотезе закона нормального распределения, вычислены медиана и квартили (Me; 25-й - 75-й). Частотный анализ проведен при помощи критерия  $\chi^2$ . Различия расценивали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Возраст обследованных группы А был 27 (18; 31) лет, группы Б — 27 (19; 29) лет. Возраст менархе у женщин обеих групп был 12 (12;13) лет.

Первобеременными были 14 (46,7 ± 9,1 %) пациенток со рвотой беременных и 9 (30,0 ± 8,4 %), соответственно,  $\chi^2 = 1,3$ ,  $p > 0,05$ . Первородящими были 8 (26,7 ± 8,1 %) обследованных из группы А и 1 (3,3 ± 3,3 %) — из группы Б,  $\chi^2 = 2,2$ ,  $p < 0,05$ . Медицинский аборт в анамнезе был у 19 (63,3 ± 8,8 %) женщин группы А и у 10 (33,3 ± 8,6 %) группы Б,  $\chi^2 = 2,1$ ,  $p < 0,05$ . У 5 (16,7 ± 6,8 %) со рвотой в анамнезе была замершая беременность, в то время как в группе сравнения эта патология была только у 1 (3,3 ± 3,3 %),  $\chi^2 = 1,3$ ,  $p > 0,05$ .

По данным ряда авторов, фактором риска возникновения чрезмерной рвоты беременных может быть наличие такого осложнения во время предыдущей беременности. В нашем исследовании все пациентки отмечали тошноту во время прошлой беременности, однако рвота наблюдалась только у 2 (6,7 ± 4,6 %) человек в группе А.

Срок гестации при возникновении гиперемезис гравидарум был 8 (7; 9) недель, только в 1 случае срок беременности был 13 недель. Еще у 1 пациентки рвота беременных тяжелой степени тяжести, пролеченная в сроке 10–14 недель беременности, наблюдалась повторно, хоть и с менее выраженными симптомами, в сроке 24–25 недель.

Рвота беременных может представлять собой результат нарушения физиологических адаптивных реакций организма женщины к беременности, что подтверждает указание на наличие хронического стресса, связанного с работой и/или близкими людьми у 25 (83,3 ± 6,8 %) пациенток со рвотой, в то время как в группе сравнения таких было

только у 7 ( $23,3 \pm 7,7$  %) человек,  $\chi^2 = 4,4$ ,  $p < 0,001$ . На изменение характера сна (трудности при засыпании, ночные подъемы, не связанные с необходимостью мочеиспускания) указывали 7 ( $23,3 \pm 7,7$  %) беременных группы А и 2 ( $6,7 \pm 4,6$  %) — в группе Б,  $\chi^2 = 1,5$ ,  $p > 0,05$ .

Потеря массы тела при поступлении у пациенток составила 5 (3; 8) кг, в то время, как у пациенток группы Б прибавка массы тела была 2 (1; 4) кг.

Зачастую возникновение рвоты беременной ассоциировано с соматическими заболеваниями. В структуре экстрагенитальной патологии преобладали заболевания щитовидной железы — у 25 ( $83,3 \pm 6,8$  %) человек в группе А и у 17 ( $56,7 \pm 9,1$  %) в группе Б,  $\chi^2 = 2,0$ ,  $p < 0,05$ . Это может косвенно свидетельствовать о недостаточности иодной профилактики идо беременности. Патология желудочно-кишечного тракта в виде хронического гастрита — у 23 ( $76,7 \pm 7,7$  %) обследованных со рвотой и у 16 ( $53,3 \pm 9,1$  %) женщин в группе сравнения,  $\chi^2 = 1,6$ ,  $p > 0,05$ . Это подтверждает патогенетическую связь развития гиперемезис гравидарум с нарушением функционирования желудочно-кишечного тракта.

Обследование и лечение пациенток проводилось согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 № 17 Клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии». Применялся комплексный и индивидуализированный подход.

Исходным в лечении было создание позитивной доминанты, направленной на разъяснение механизма возникновения этой патологии, настраивание на благоприятный исход для неё и плода, убеждение в безопасности проводимой терапии. Назначение парэнтеральных препаратов для возмещения потери жидкости и минеральных веществ сочеталось с введением антиеметиков. При этом, пациентке предлагалось фиксировать изменения в самочувствии, частоте и характере рвоты. В 95 % случаев, тенденция к улучшению наблюдалась уже с 2–3 суток, что подтверждалось качественной реакцией на кетоновые тела в моче, а также нормализацией показателей общего и биохимического анализов крови. При этом, объективно пациенты отмечали набор массы тела, а субъективно — улучшение общего самочувствия.

У 1 пациентки, поступившей с диагнозом «Беременность 9 недель, рвота беременных тяжелой степени» при выполнении УЗИ органов брюшной полости были визуализированы камни в желчном пузыре и его перегиб. После дообследования и консультации терапевта и гастроэнтеролога лечение было скорректировано в соответствии с указанной патологией.

При дальнейшем проспективном наблюдении установлено, что беременность у обследованных пациенток группы А сопровождалась угрожающими преждевременными родами в 11 ( $36,7 \pm 8,8$  %) случаев, а в группе Б — у 5 ( $16,7 \pm 7,8$  %) человек,  $\chi^2 = 1,5$ ,  $p > 0,05$ . Преэклампсия отягощала течение беременности у 9 ( $30,0 \pm 8,4$  %) женщин со рвотой беременных и у 2 ( $6,7 \pm 4,6$  %) беременных группы сравнения,  $\chi^2 = 2,0$ ,  $p < 0,05$ .

Все роды в группах наблюдения были срочными, через естественные родовые пути. При этом, у 15 ( $59,0 \pm 9,1$  %) пациенток обеих групп в родах проводилась индукция родовой деятельности, у 6 ( $20,0 \pm 7,3$  %) группы А и у 7 ( $23,3 \pm 7,7$  %) группы Б наблюдался преждевременный и ранний разрыв плодных оболочек. Послеродовый период протекал без осложнений у пациенток обеих групп.

### **Выводы**

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать вывод, что рвота беременных тяжелой степени представляет серьезное, но управляемое осложнение

I триместра гестации. Развитие этого осложнения статистически значимо сопряжено с анамнезом, отягощенным прерыванием беременности по медицинским показаниям, неразвивающейся беременностью, заболеваниями щитовидной железы, а также наличием хронической стрессогенной ситуации.

У пациенток с отягощенным акушерским анамнезом необходимо проведение прегравидарной подготовки согласно действующим клиническим протоколам. В связи с отягощенным соматическим анамнезом планирование и ведение беременности таких пациенток целесообразно проводить с привлечением эндокринолога и гастроэнтеролога. Психологический компонент данной патологии возможно скорректировать при проведении психопрофилактической подготовки к беременности и родам.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Association of nausea and vomiting of pregnancy with infant growth in the first 24 months of life / L. Gu [et al.] // Arch Gynecol Obstet. – 202. – 304. – pp. 429–438.
2. What is known about the nutritional intake of women with hyperemesis gravidarum?: a scoping review / K. Maslin [et al.] // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2021. – 257. – pp. 76–83.

УДК 618.36–008.064

*Р. Л. Коршикова, В. М. Савицкая, Н. С. Акулич, О. В. Дядичкина, И. А. Савенок*

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»,**

**Учреждение здравоохранения**

**«1-ая городская клиническая больница»,**

**г. Минск, Республика Беларусь**

#### ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В структуре перинатальной смертности плацентарная недостаточность [ПН] занимает более 30 %, являясь одной из основных причин ее. ПН не только приводит к увеличению перинатальной и младенческой смертности, но и является причиной многочисленных патологических изменений в организме ребенка [2, 3]. Многочисленные наблюдения за развитием детей, рожденных матерями с диагностированной плацентарной недостаточностью, указывают, что данная патология ребенка, которые на протяжении первых лет жизни приводят к нарушениям его физического и умственного развития, повышению соматической и инфекционной заболеваемости [1, 3].

Выявление факторов риска развития ПН позволит провести своевременную диагностику и лечение ПН, что позволит предупредить перинатальную смертность и снизить заболеваемость новорожденных.

#### **Цель**

Выявить факторы, способствующие развитию плацентарной недостаточности и оценить ее влияние на течения беременности исход беременности.

#### **Материалы и методы исследования**

На основании проведенного ретроспективного анализа нами изучены особенности течения беременности у 82 женщин с фетоплацентарной недостаточностью, которые со-