

Материал и методы исследования

Исследование проводилось у женщин, госпитализированных в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Испытуемые были анкетированы по методике, предложенной Ч. Д. Спилбергером, позволяющей определять ситуативную тревожность, которая возникает в качестве реакции на стресс. Анкетирование прошли 44 человек.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст женщин составил $31,9 \pm 0,7$ лет. Процент первородящих от общего числа беременных составил 43,3 %. На момент проведения анкетирования 2 пациентки находились в I, 11 – во II, и 31 – в III триместре беременности. Уровни тревожности по триместрам беременности распределились следующим образом: в I триместре по 50 % на средний и низкий уровни тревожности, во II – по 27,5 % на высокий и низкий и 45 % на средний уровень тревожности, показатели III триместра сложились следующим образом 20 % высокий, 43,3 % средний и 36,7 % низкий уровни тревожности.

Выводы

На основании проведенного исследования высокий уровень ситуативной тревожности, как ответ на влияние стрессового фактора на организм, преимущественно наблюдается у женщин, находящихся во II и III триместрах беременности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Материнский стресс и здоровье ребенка в краткосрочной и долгосрочной перспективе / Е.С. Акарачкова [и др.] // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2019. – № 3. – С. 26–32.

УДК 618.3:616.379-008.64

Е. О. Фильченко

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Эйныш

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Введение

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это любая степень непереносимости глюкозы, возникшая или впервые выявленная во время беременности. Глюкоза является основным субстратом для развития плода, которая проникает к плоду посредством облегченной диффузии. Осложнения ГСД включают гипертензивные нарушения, в том числе преэклампсию, повышенный риск невынашивания беременности и преждевременных родов, хроническую плацентарную недостаточность, патологию околоплодных вод, инфекционные осложнения, макросомию плода, повышенный риск кесарева сечения, неонатальную гипогликемию, полицитемию, гипербилирубинемия, неонатальный респираторный дистресс-синдром, повышенную перинатальную смертность [1, 2]. Диабетическая фетопатия является одной из основных причин перинатальных потерь у пациенток с ГСД. Она нередко обуславливает преждевременные роды, асфиксию при рождении, метаболические и другие нарушения адаптации новорожденных к внеутробной жизни и являются наиболее частыми причинами неонатальных болезней и смертности [3].

Цель

Проанализировать особенности течения беременности у пациенток с гестационным сахарным диабетом.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование 28 медицинских карт беременных с ГСД и 28 медицинских карт беременных без ГСД (группа сравнения) на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» в период с 01.02.2023 по 20.03.2023. Статистическая обработка полученных данных проводилась посредством пакета прикладных статистических программ Statistica-8,0 и Microsoft Excel для Windows 10. Использовались непараметрические критерии (χ^2) с поправкой Йетса. Различия считались статистически значимыми при $P < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациенток с ГСД, включенных в исследование, на момент поступления в стационар варьировал от 18 до 40 лет, средний возраст составил 29 лет, возраст пациенток из контрольной группы варьировал от 16 до 41 года, средний возраст составил 27 лет. Уровень гликированного гемоглобина у пациенток с ГСД составил 5,5 (4,1–6,4). Уровень глюкозы натощак у пациенток с ГСД варьировал от 3,7 до 7,0 ммоль/л, в то время как в контрольной группе уровень глюкозы составил 4,0 ммоль/л. Наиболее часто отягощенный акушерско-гинекологический анамнез наблюдался у пациенток с ГСД – 14 (50,0 %) случаев, в группе сравнения у 6 (20,0 %) пациенток, $P = 0,05$. Из сопутствующей соматической патологии выявлены заболевания почек у 13 (46,0 %) и 6 (21,0 %) пациенток соответственно, $P = 0,09$. Артериальная гипертензия в анамнезе наблюдалась у 5 (17,8 %) пациенток с ГСД в группе сравнения – у 2 (7 %) женщин. У 5 (17,8 %) пациенток с ГСД наблюдались МАРС – регургитация на МК и ТК соответственно, в группе сравнения данная патология была выявлена у 1 (3,5 %) пациентки.

Наиболее частым осложнением беременности у пациенток с ГСД было маловодие – 11 (39,0 %), у пациенток из контрольной группы – 3 (11,0 %), $P = 0,03$. Преждевременное излитие околоплодных вод было у 3 (11,0 %) женщин с ГСД и у 3 (11,0 %) женщин из группы сравнения. Только в группе пациенток с ГСД отмечались следующие осложнения: ВПР – у 1 (3,6 %), признаки внутриутробной гипоксии – у 1 (3,6 %), обвитие пуповины вокруг шеи плода – у 11 (39,0 %, $P = 0,0001$), угроза преждевременных родов – у 1 (3,5 %), крупный плод – у 6 (21,0 %, $P = 0,01$). В группах не наблюдалась значимых различий по частоте индукции родов и оперативного родоразрешения.

У пациенток с ГСД масса плода составила 3466 г (2540–4340 г), в группе сравнения – 3200 (1990–3801). В группе пациенток с ГСД у 1 (3,6 %) новорожденного отмечалась асфиксия легкой степени (оценка 6 баллов на 1 минуте по шкале Апгар), тахикардия встречалась у 3 (10,7 %) детей, патология сердечно-сосудистой системы выявлена у 3 (10,7 %) новорожденных, острый дистресс-синдром у 1 (3,6 %) новорожденного, пиелозктазия у 1 (3,6 %) ребенка. Данных осложнений у новорожденных группы сравнения выявлено не было.

Выводы

Для пациенток с ГСД значимо чаще характерен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез – 14 (50,0 %) против 6 (20,0 %) случаев, $P = 0,05$. Наиболее частым осложнением беременности у пациенток с ГСД было маловодие – 11 (39,0 %) против 3 (11,0 %), $P = 0,03$. Только в группе пациенток с ГСД отмечались ВПР – у 1 (3,6 %), признаки внутриутробной гипоксии – у 1 (3,6 %), обвитие пуповины вокруг шеи плода – у 11 (39,0 %, $P = 0,0001$), угроза преждевременных родов – у 1 (3,5 %), крупный плод – у 6 (21,0 %, $P = 0,01$). В группе пациенток с ГСД у 1 (3,6 %) новорожденного отмечалась асфиксия умеренной степени (оценка 6 баллов на 1 минуте по шкале Апгар), тахикардия встречалась у 3 (10,7 %) детей, патология сердечно-сосудистой системы выявлена у 3 (10,7 %) новорожденных, острый дистресс-синдром у 1 (3,6 %) новорожденных, пиелозктазия у 1 (3,6 %) ребенка. Данных осложнений у новорожденных группы сравнения выявлено не было.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gestational Diabetes Mellitus: Mechanisms, Treatment, and Complications / E. C. Johns [et al.] // Trends Endocrinol Metab. – 2018. – Vol. 29, № 11. – P. 743–754.
2. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis / W. Ye, C. Luo, J. Huang [et al.] // BMJ. – 2022. – № 25. – P. 377.
3. Saravanan, P. Diabetes in Pregnancy Working Group; Maternal Medicine Clinical Study Group; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, UK. Gestational diabetes: opportunities for improving maternal and child health / P. Saravanan // Lancet Diabetes Endocrinol. – 2020. – Vol. 8, № 9. – P. 793–800.

УДК 618.46:[618.3+618.39]-091

Е. И. Фроленкова, Н. Н. Чигир

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Мишин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСЛЕДОВ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ И САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТАХ

Введение

Одной из основных проблем рождаемости в Республике Беларусь, можно считать самопроизвольный аборт и неразвивающаяся беременность. По данным разных исследователей, самопроизвольно прерывается каждая пятая желанная беременность, причем 88,6 % случаев это происходит по типу несостоявшегося выкидыша.

Самопроизвольное прерывание беременности (самопроизвольный аборт) – патология, при которой вынашивание плода в один момент прекращается на этапе, когда плод еще не развит и нежизнеспособен. Самопроизвольный аборт является наиболее распространенным осложнением беременности, частота которого по данным ВОЗ составляет 15–20 %.

Неразвивающаяся беременность – гибель эмбриона/плода до 22 недели беременности с длительной задержкой его в полости матки. Неразвивающуюся беременность можно рассматривать как вариант выкидыша, но в отличие от самопроизвольного прерывания беременности при этом не наблюдается спонтанного опорожнения полости матки.

Во время беременности может возникать ряд серьезных акушерских осложнений, которые обладают патогенетической связью с определенными изменениями в плаценте, плодных оболочках, пуповине [1]. Также по данным многих исследований выявлено, что в патогенезе неразвивающейся беременности особую роль играет инфекционный фактор. Он способствует развитию воспалительного процесса в полости матки, нарушению гомеостаза в gravidарном эндометрии, запуская иммунологический механизм гибели плодного яйца [2]. По современным представлениям, репродуктивные потери на ранних сроках беременности во многих случаях происходят по причине генетической неполноценности эмбриона [3]. Лидирующим фактором в этиологии самопроизвольного прерывания беременности выступает хромосомная патология, частота которой достигает 82–88 %. Хронический продуктивный эндометрит, чаще аутоиммунного генеза, отмечен у 25 % так называемых репродуктивно здоровых женщин, прервавших беременность путем искусственного аборта, у 63,3 % женщин с привычным невынашиванием и у 100 % женщин с НБ [4].