

3. Профилактика железодефицитной анемии при беременности и лактации / А. Ю. Романов [и др.] // Медицинский совет. – 2020. – № 3. – С. 79–83.

4. Кененбаева, Б. Е. Лечение анемии у беременных женщин препаратами железа Тардиферон и тотема / Б. Е. Кененбаева, Ж. А. Жагипарова, Н. А. Асқарова // Journal of science. Lyon. – 2021. – № 20v1. – С. 25–33.

УДК 618.3:616.6-022

К. В. Сергеенко, А. Н. Приходько

Научный руководитель: к.м.н, доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНТЕНАТАЛЬНЫЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Введение

Вопросы инфекции мочевыводящих путей (ИМП) у беременных являются актуальными в акушерстве и гинекологии и сегодня. Это связано с ограниченным использованием антимикробных препаратов, так как возможен трансплацентарный переход, что приведет к неблагоприятным последствиям не только относительно матери, но и плода. С этим может быть связано и развитие резистентности возбудителей к применяемым препаратам [1].

Согласно статистическим данным у 50 % женщин в мире раз в жизни отмечают эпизод ИМП, из них у 25–40 % в течение 6–12 месяцев возникает рецидив заболевания. Каждый год около 10 % женщин заболевают острым циститом, а основной причиной госпитализации в период беременности по экстрагенитальным показаниям является пиелонефрит [2, 3].

Цель

Определить факторы и риски, осложняющие течение и исходы у беременных с инфекцией мочевыводящих путей.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ выборки историй родов 101 беременной, поступивших для родоподготовки и родоразрешения в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2».

Основная группа включила в себя 69 беременных, у которых в период беременности была выявлена ИМП.

Группа сравнения включила в себя 58 беременных, у которых не было ИМП во время беременности.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программного обеспечения MedCalc Software и Microsoft Excel 2013. Сравнение между группами качественных показателей проводилось с помощью критерия χ^2 . Статистически значимым считался результат при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

К ИМП во время беременности относятся бессимптомная бактериурия (ББ), острый цистит, гестационный пиелонефрит. В основной группе структура ИМП имела следующий вид: 27 беременных (39,0 %) имели в течение беременности гестационный пиелонефрит, 36 исследуемых (52,0 %) столкнулись с бессимптомной бактериурией. Диагноз

гестационный пиелонефрит и бессимптомная бактериурия выставлялся на основе клинических и лабораторных данных [3].

Известно, что ИМП повышают риск развития серьезных акушерских и перинатальных осложнений: анемии, гестационной артериальной гипертензии, преждевременного излития околоплодных вод, угрозы преждевременных родов, маловодия, реализации внутриутробной инфекции у новорожденного.

Таблица 1 – Осложнения беременности у женщин основной группы и группы сравнения

Осложнения беременности	Основная группа, N = 69	Группа сравнения, N = 58	Уровень значимости
Маловодие	15 (21,7 %)*	1 (1,7 %)	$\chi^2 = 11,4$, $p = 0,0007$
Преждевременное излитие околоплодных вод	28 (40,5 %)*	6 (10,3 %)	$\chi^2 = 23,9$, $p = 0,001$
Гестационная артериальная гипертензия	5 (7,2 %)	2 (3,4 %)	$\chi^2 = 0,866$, $p = 0,3521$
Угроза преждевременных родов	21 (30 %)*	5 (8,6 %)	$\chi^2 = 9,1$, $p = 0,0025$
Осложнения послеродового периода	18 (26 %)*	1 (1,7 %)	$\chi^2 = 14,9$, $p = 0,0008$

*статистически значимое различие с группой сравнения

Маловодие во время беременности диагностировалось в основной группе в 15 (21,7 %) случаях, в группе сравнения диагностировалось в 1 случае (1,7 %), ($\chi^2 = 11,4$; $p = 0,0007$).

Преждевременное излитие околоплодных вод встречалось чаще в основной группе – 28 (40,5 %), а в группе сравнения – 6 (10,3 %), ($\chi^2 = 23,9$; $p = 0,001$).

Угроза преждевременных родов статистически чаще была диагностирована в основной группе 21 (30 %) в то время, как в группе сравнения зафиксировано 5 (8,6 %) случаев, ($\chi^2 = 9,1$; $p = 0,0025$).

Осложнения послеродового периода диагностированы у 18 (26 %) родильниц из первой группы, из второй – диагностированы у 1 (1,7 %) беременной ($\chi^2 = 14,9$; $p = 0,0008$).

В настоящем исследовании так же учитывались такие показатели, как возраст исследуемых и паритет беременности. Среди беременных первой группы было выявлено 37 (54 %) исследуемых старше 30 лет, а среди беременных второй группы – 8 (13,8 %) исследуемых старше 30 лет. 33 (47,8 %) беременных оказались повторнородящими в первой группе, а во второй – 12 (20,7 %) беременных. При первой беременности и родах у женщин старше 30–35 лет повышается риск развития акушерских и перинатальных осложнений, таких как фетоплацентарная недостаточность, преждевременное излитие околоплодных вод, осложнений послеродового периода.

Выводы

1. В 21,7 % случаев беременность у исследуемых основной группы осложнилась маловодием, что может говорить о роли ИМП в патогенезе маловодия, что статистически значимо чаще, чем в группе сравнения ($\chi^2 = 11,4$; $p = 0,0007$).

2. Преждевременное излитие околоплодных вод выявилось в 40,5 % случаев, что статистически значимо чаще, чем в группе сравнения ($\chi^2 = 23,9$; $p = 0,001$).

3. В 30 % случаев угроза преждевременных родов статистически чаще диагностировалась у беременных с ИМП ($\chi^2 = 9,1$; $p = 0,0025$). Что позволяет отнести беременных с ИМП в группу риска по невынашиванию.

4. После перенесенной ИМП во время беременности повышается риск развития осложнений в послеродовом периоде ($\chi^2 = 14,9$; $p = 0,0008$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Современный взгляд на терапию инфекций мочевыводящих путей у беременных [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Sovremennyy_vzglyad_na_terapiyu_infekciyu_mochevyvodyaschih_putey_u_beremennyh/#ixzz7whlG9zKb. – Дата доступа: 11.03.2023.
2. Инфекции мочевыводящих путей и беременность: лечение и профилактика [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.umj.com.ua/article/141738/infektsii-mochevyvodyashhih-putej-i-vs-i-beremennost-lechenie-i-profilaktika>. – Дата доступа: 11.03.2023.
3. Влияние гестационного пиелонефрита на течение и исход беременности / А. А. Плеханов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 4.

УДК 618.3:616.12-008.331

А. А. Синькевич, Е. Э. Галилова

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) подразумевает синдром повышения систолического артериального давления (САД) > 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) > 90 мм рт. ст., которое возникает в результате необратимых изменений в артериолах либо по неизвестной причине (эссенциальная гипертензия), либо как вторичное состояние (при сопутствующих заболеваниях) [1].

В развитых странах мира АГ обнаруживается примерно у 6–15 % беременных и занимает второе место после тромбоземболии среди причин смерти беременных. Она представляет угрозу не только для беременной женщины, но и для плода, увеличивая частоту перинатальной смертности. Критерии АГ у беременных не отличаются от общепризнанных: систолическое АД ≥ 140 мм рт. ст., диастолическое АД ≥ 90 мм рт. ст. АГ у беременных подразделяется на следующие категории: хроническая (ранее существовавшая) гипертензия, гестационная гипертензия, преэклампсия, сочетание хронической (ранее существовавшей) гипертензии и гестационной гипертензии [2].

Отличительной особенностью АГ является высокая частота коморбидности. Пациенты с АГ, как правило, имеют одну или несколько сопутствующих патологий [3].

Цель

Оценить вариабельность АД у беременных с АГ и сопутствующими патологиями.

Материал и методы исследования

Нами ретроспективно обработаны результаты предоставленных архивных данных суточного мониторинга артериального давления 40 пациенток, проведенного в ГУЗ «Гомельская городская клиническая поликлиника № 14. Женская консультация».

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета программ Statistica 7.0 и MedCalc 20.218. Сравнение групп по количественным признакам осуществляли с помощью U-критерия Манна – Уитни, а также с помощью критерия Хи-квадрат с поправкой Йетса. Для всех использованных статистических методов, уровень значимости принимали равным 5 % ($p < 0,05$).