

Острые респираторные инфекции с повышением температуры в основной группе встречались чаще, чем в группе: у 12 (30,0 %) женщин против 1 (2,9 %) случая соответственно ($p = 0,002$). Острые респираторные инфекции без повышения температуры тела имели место у 12 (30,0 %) пациенток с ГСД и 10 (28,6 %) женщин группы без ГСД ($\chi^2 = 0,01$; $p = 0,906$). Воспалительные заболевания мочевыделительной системы, осложнившие течение беременности (гестационный пиелонефрит, цистит) были диагностированы у 3 (7,5 %) пациенток с нарушением гликемии, что не отличалось от группы сравнения, где данное осложнение не отмечалось ($P = 0,243$).

Хронической фетоплацентарной недостаточностью осложнилось течение беременности у 19 (47,5 %) пациенток с ГСД, что значимо превышало частоту плацентарных нарушений в группе женщин без ГСД – у 7 (20,0 %) ($\chi^2 = 5,1$; $p = 0,024$). Мекониальное окрашивание околоплодных вод имели 6 (15,0 %) пациенток в основной группе, что соответствовало группе сравнения – у 1 (2,9 %) беременной женщины ($p = 0,113$).

Многоводие осложнило течение беременности у 8 (20,0 %) женщин с ГСД и встречалось чаще, чем у беременных без нарушения гликемии – у 1 (2,9 %) женщины ($p = 0,032$). Маловодие было диагностировано у 8 (20,0 %) пациенток основной группы, что было чаще, чем в группе сравнения, где оно отсутствовало ($p = 0,006$).

У 3 (7,5 %) пациенток с ГСД беременность осложнилась развитием гипертензивных расстройств, ассоциированных с беременностью, что было сопоставимо с группой женщин и нормогликемией, где данное осложнение не встречалось ($p = 0,243$).

Выводы

1. Беременность у женщин с ГСД чаще осложняется развитием анемии ($\chi^2 = 15,6$; $p = 0,0001$).

2. Женщины с нарушением гликемии беременность чаще имеют вагинит ($\chi^2 = 14,4$; $p = 0,0002$) и острые респираторные инфекции с повышением температуры тела ($p = 0,002$).

3. ГСД чаще сопровождается развитием патологии амниона: многоводием ($p = 0,032$) и маловодием ($p = 0,006$).

4. ГСД ассоциирован с развитием фетоплацентарных нарушений ($\chi^2 = 5,1$; $p = 0,024$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Киселевич, М. Ф. Особенности течения беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом / М. Ф. Киселевич, М. М. Киселевич, В. М. Киселевич // Современная медицина: актуальные вопросы (СибАК). – 2015. – № 40. – С. 8–12.

2. The pathophysiology of gestational diabetes mellitus. / J. F. Plows [et al] // Int J Mol Sci. – 2018. – № 19(11). – С. 33–42.

3. Краснополяский, В. И. Гестационный сахарный диабет – новый взгляд на старую проблему / В. И. Краснополяский, В. А. Петрухин, Ф. Ф. Бурумкулова // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 2. – С. 3–6.

УДК 618.3:[616.12-008.331.1+616.61]-039.4

А. П. Леончик

Научный руководитель: ассистент М. В. Маевская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПРЕДИКТОРЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Введение

Преэклампсия (ПЭ) на сегодняшний день является наиболее значимым медико-социальным заболеванием у женщин во время беременности. В мире частота ПЭ варьирует

в широких пределах – от 3 до 14–21 % [1, 2]. По данным Национального статистического комитета Республики Беларусь за 2018 год частота развития осложнений при родах у женщин с ПЭ составила 6,1 % [3]. Доказанной мерой профилактики ПЭ в группе высокого риска является применение малых доз аспирина. Эффективность профилактики во многом определяется точностью и своевременностью ее назначения – до 14 (+6) недели гестации [4, 5]. Раннее выявление беременных женщин, находящихся в группе высокого риска позволяет своевременно назначить им прием аспирина и сократить количество возникновения возможных осложнений в дальнейшем.

Цель

Определить предикторы развития преэклампсии у беременных в I триместре по данным биохимического скрининга.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 60 медицинских карт пациенток, находившихся на учете в женских консультациях учреждения «Гомельская городская поликлиника № 1», «Гомельская городская клиническая поликлиника № 14» в 2021–2022 годах. Данные пациентки были разделены на две группы. Основную группу составили 30 женщин с преэклампсией, контрольную группу – 30 женщин без повышения артериального давления в течение беременности.

Анализ данных был произведен с помощью программ Statistica 12.0 и Microsoft Office Excel 2016. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна – Уитни. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В данном исследовании рассматривались следующие предикторы: бета-ХГЧ, PAPP-A, PlGF.

Хорионический гонадотропин продемонстрировал противоречивые результаты. Из 30 женщин с преэклампсией, у 17 (57 %) – уровень бета-ХГЧ выше 2 МоМ, у 4 (13 %) – ниже 0,5 МоМ, у 9 (30 %) – показатель в норме. В контрольной группе у 6 (20 %) пациенток уровень бета-ХГЧ был выше 2, у 24 (80 %) – показатель в норме.

При оценке показателя бета-ХГЧ по U-критерию Манна – Уитни удалось выявить статистически значимых различий ($p = 0,046$).

Проведен анализ показателя PAPP-A в основной группе из 30 женщин с преэклампсией у 12 (40 %) – уровень PAPP-A выше 2 МоМ, у 5 (17 %) – ниже 0,5 МоМ, у 13 (43 %) – показатель в норме. Из 30 пациенток контрольной группы у 6 (20 %) уровень PAPP-A был ниже 0,5 МоМ, у 24 (80 %) – показатель в норме.

При оценке показателя PAPP-A, нам не удалось выявить статистически значимых различий ($p = 0,496$) (используемый метод: U-критерий Манна – Уитни).

При анализе показателя PlGF было установлено в основной группе у 17 (57 %) – уровень PlGF ниже 0,5 МоМ, у 13 (43 %) – показатель в норме; в контрольной группе показатель PlGF был в норме.

В результате сравнения показателя PlGF были установлены существенные различия ($p = 0,000058$) (используемый метод: U-критерий Манна – Уитни) (рисунок 1).

Выводы

Таким образом, в ходе работы было выявлено, что увеличение концентрации свободного бета-ХГЧ и снижение уровня PlGF являются статистически значимыми показателями и могут быть рассмотрены как ранние предикторы риска развития преэклампсии.

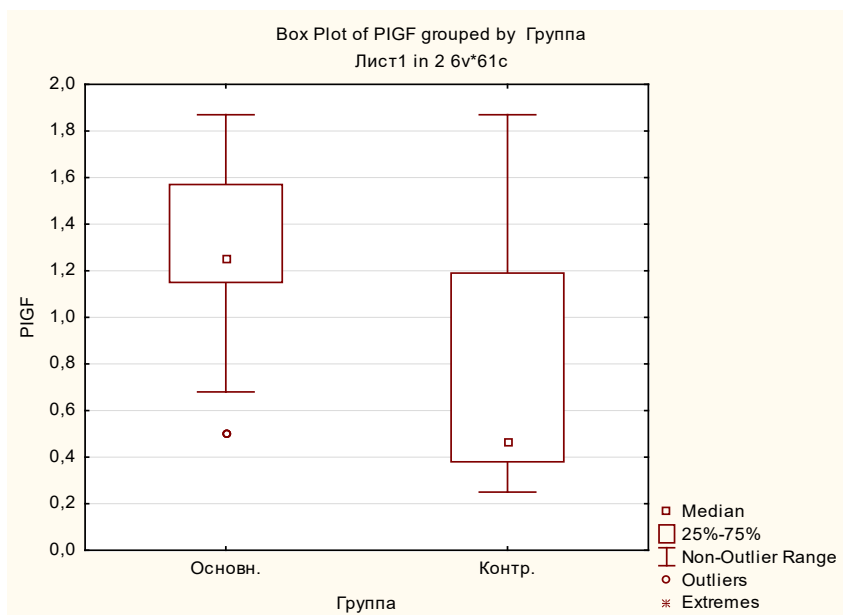


Рисунок 1 – Анализ показателя PIGF (MoM)

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Габидуллина, Р. И. Предикторы преэклампсии. Скрининг и профилактика в I триместре беременности / Р. И. Габидуллина, А. В. Ганеева, Т. Н. Шигабутдинова // Гинекология. – 2021. – Т. 23, № 5. – С. 428–434.
2. Маянская, С. Д. Вариабельность артериального давления у беременных с факторами риска преэклампсии / С. Д. Маянская, А. В. Ганеева, Р. И. Габидуллина // Казанский медицинский журнал. – 2019. – Т. 100, № 3. – С. 426–433.
3. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.belstat.gov.by/>. – Дата доступа: 10.03.2023.
4. Ходжаева, З. С. Инициатива по преэклампсии Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO): практическое руководство по скринингу в I триместре и профилактике заболевания (адаптированная версия на русском языке) / З. С. Ходжаевой, Е. Л. Яроцкой, И. И. Баранова // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2019. – Т. 7, № 4. – С. 32–60.
5. Дубровина, С. О. Раннее прогнозирование преэклампсии (обзор литературы) / С. О. Дубровина, Ю. С. Муцалханова, В. В. Васильева // Проблемы репродукции. – 2018. – № 3. – С. 67–73.

УДК 618.15-002:618.3/4

Н. П. Пяткова

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

ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Введение

Проблема нарушений микробиоценоза влагалища во время беременности остается актуальной в современном акушерстве. Изменения вагинальной микрофлоры ведут к осложненному течению беременности, родов и послеродового периода, а также к развитию инфекционно-воспалительных процессов у матери и плода. Важным нарушением вагинальной микрофлоры, приводящим к осложнениям беременности и родов, является бактериальный вагиноз (БВ). Во время беременности данное заболевание диагностируется в