

3. Преобладающее большинство женщин с гестационной артериальной гипертензией имеют рабочую специальность.

4. Отмечается статистически значимая связь у беременных женщин, имеющих гестационную артериальную гипертензию, с хронической никотиновой интоксикацией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кулакова, В. И. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия: клинические рекомендации / В. И. Кулакова. – М.: НЦ АГиП, 2020. – 50 с.
2. Шехтман, М. М. Руководства по экстрагенитальной патологии у беременных: клинические рекомендации / М. М. Шехтман. – М: Триада-Х, 2018. – 814 с.
3. Стрюк, Р. И. Сердечно-сосудистые заболевания и ассоциированные с ними коморбидные состояния как факторы, определяющие неблагоприятные перинатальные исходы при беременности – анализ данных регистра беременных «БЕРЕГ»: монография / Р. И. Стрюк, С. А. Бернс, М. П. Филиппова. – М., 2018.
4. Мрочек, А. Г. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии: клинические рекомендации / А. Г. Мрочек, Т. А. Нечесова, И. Ю. Коробко. – Минск, 2019. – 52 с.
5. Сухих, Г. Т. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия: клинические рекомендации / Г. Т. Сухих. – М., 2020. – 85 с.

УДК 618.3:[616.12-008.331.1+616.61]

П. Н. Костицын, П. В. Пинчук

Научный руководитель: ассистент Т. И. Желобкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РОЛЬ ПРЕЭКЛАМПСИИ В ИСХОДАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Введение

Преэклампсия (далее ПЭ) – это тяжелое осложнение второй половины беременности, сопровождающееся повышением артериального давления и появлением белка в моче. Основной причиной развития ПЭ во время беременности является нарушение процессов формирования плаценты в сроке до 16 недель гестации. ПЭ является четвертой по частоте причиной материнской смертности, фактором риска развития у матери после родов заболеваний сердечной-сосудистой системы, почек, органа зрения, метаболических нарушений. Развившаяся ПЭ во время беременности в тяжелых ее вариантах является показанием к досрочному родоразрешению женщины, рождению глубоко недоношенного ребенка, повышая частоту перинатальной заболеваемости и смертности [1].

Цель

Изучить исходы беременности и родов у женщин с умеренной и тяжелой преэклампсией и оценить влияние преэклампсии на исходы беременности.

Материал и методы исследования

Были изучены истории родов пациенток с умеренной и тяжелой формами ПЭ, родоразрешенных в родильном отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» с декабря 2019 по октябрь 2022 гг. Методом случайной выборки в исследование были включены 53 пациентки. Пациентки были разделены на 2 группы: 1-я – с умеренной ПЭ, n = 29, 2-я – с тяжелой ПЭ, n = 24. Были изучены: анамнестические данные пациенток, клиническая картина, способы родоразрешения, исход беременности для матери и плода, характеристика новорожденных.

Распределение полученных величин не соответствовало закону нормального распределения, поэтому данные представлены в виде медианы и процентилей Me (25; 75), доли (p%) и ошибки доли (Sp%), сравнение полученных результатов проведено с помощью критерия χ^2 . Рассчитано отношение шансов OR и его 95 % доверительный интервал (95 % CI), критерий Манна – Уитни (U). Статистически значимыми считались результаты при $p \leq 0,05$.

Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2016, Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение

Возраст пациенток колеблется от 19 до 44 лет. Женщины обеих групп были сопоставимы по возрасту, так медиана возраста женщин 1-й группы составила 30,9 (26; 34) лет, 2-й группы – 30,4 (29; 33) лет.

Число беременных женщин в возрасте от 25 до 34 лет составило в 1-й группе – 65,5 %, во 2-й группе – 75,0 %, что явилось статистически не значимым ($p = 0,65$).

В обеих группах высока доля женщин с избыточной массой тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²) и ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²). Так доля женщин с избыточной массой тела составила 34,5 % в 1-й группе и 29,2 % во 2-й группе, с ожирением 48,3 и 54,2 % соответственно. Различия между группами статистически не значимы ($p = 0,9$).

Анализ репродуктивной функции женщин показал, что первородящими были 41,3 % женщин в 1-й группе и 33,3 % во 2-й группе ($p = 0,7$).

Основными заболеваниями, на фоне которых наступила и развивалась настоящая беременность, в 1-й группе являлись: анемия различной степени – $51,7 \pm 9,3$ %, пиелонефрит – $34,5 \pm 8,8$ %, заболевания щитовидной железы – $31,0 \pm 8,6$ %, хронический тонзиллит – $13,8 \pm 6,4$ %, хроническая артериальная гипертензия – $13,8 \pm 6,4$ %. Во 2-й группе: анемия различной степени – $33,3 \pm 9,6$ %, пиелонефрит – $58,3 \pm 10,1$ %, заболевания щитовидной железы – $37,5 \pm 9,9$ %, хронический тонзиллит – $12,5 \pm 6,8$ %, ринит – $8,3 \pm 5,6$ %, хроническая артериальная гипертензия – $33,3 \pm 9,6$ %. В 1,7 раз чаще у женщин с тяжелой преэклампсией встречались хронические заболевания почек (OR = 0,4; 95 %CI 0,12–1,15), в 2,4 раза чаще хроническая артериальная гипертензия (OR = 0,3; 95 %CI 0,08–1,24).

Проявлением ПЭ со стороны фетоплацентарного комплекса явилась хроническая плацентарная недостаточность, выявленная у 16 (55,2 %) и 13 (52,2 %) женщин 1 и 2 групп соответственно.

Исходы беременности у женщин с ПЭ представлены в таблице 1. Срочные роды произошли у 22 (75,9 %) в 1-й группе и 11 (45,8 %) во 2-й группе. Значимо чаще у женщин с тяжелой ПЭ роды были преждевременными ($\chi^2 = 3,8$, $p = 0,05$). Риск возникновения преждевременных родов при тяжелой ПЭ выше в 3,7 раз (OR = 3,71; 95%CI 1,15–12,0).

Преждевременные роды происходили в срок от 28 до 37 недель беременности. Индукция родов, согласно клиническому протоколу, проведена у 20,7 % пациенток с умеренной ПЭ ($\chi^2 = 3,7$, $p = 0,05$). Как видно, при тяжелой ПЭ заметно возрастает частота операции кесарево сечение, которую производят во избежание таких грозных осложнений, как эклампсия, инсульт [2]. Так все пациентки с тяжелой ПЭ родоразрешены путем операции кесарево сечение ($\chi^2 = 3,7$, $p = 0,05$).

Средняя масса новорожденных, родившихся от матерей с умеренной ПЭ, составила – 2941,7 г, а с тяжелой ПЭ – 2276,4 г. Масса новорожденных у матерей с тяжелой ПЭ была значимо ниже в сравнении с новорожденными от матерей с умеренной ПЭ (U = 213, $p < 0,05$).

Средний рост новорожденных в 1-й группе составил 50,8 см, во 2-й группе – 45,8 см. Показатель частоты рождения детей ростом 48 см и более в 1-й группе составил 72,4 %,

во второй – 41,6 %. Рост новорожденных у матерей с тяжелой ПЭ был значимо ниже в сравнении с новорожденными от матерей с умеренной ПЭ ($U = 193, p < 0,05$).

Таблица 1 – Исходы беременности при ПЭ

Исходы	Первая группа (n = 29)		Вторая группа (n = 24)	
	n	$p \pm s_p$ %	n	$p \pm s_p$ %
Срочные роды	22	$75,9 \pm 7,9$	11*	$45,8 \pm 10,2$
Преждевременные роды	7	$24,1 \pm 7,9$	13*	$54,2 \pm 10,2$
Индукцированные роды	6*	$20,7 \pm 7,5$	–	–
Кесарево сечение	23	$79,3 \pm 7,5$	24*	100
Рождение детей с умеренной асфиксией	5	$17,2 \pm 7$	13*	$54,2 \pm 10,2$

* значимые различия $p \leq 0,05$

Все новорожденные оценивались по шкале Апгар на 1 и 5 минутах после рождения. Новорожденных с тяжелой асфиксией не было. С асфиксией умеренной степени тяжести родились более половины новорожденных 2 группы $54,2 \pm 10,2$, что значимо различалось с первой группой ($\chi^2 = 6,42, p = 0,01$).

Основными заболеваниями периода новорожденности являлись: 1-я группа – синдром дыхательных расстройств – 20,7 %, внутриутробная инфекция – 10,3 %, неонатальная аспирация амниотической жидкости – 3,4 %, во 2-й группе – синдром дыхательных расстройств – 54,2 %, внутриутробная инфекция – 20,8 %, синдром церебральной возбудимости – 4,2 %. Высокая частота синдрома дыхательных расстройств новорожденных связана со сроком родоразрешения до 37 недель беременности.

Выводы

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что у пациенток с тяжелой преэклампсией выше частота преждевременного родоразрешения, проведения операции кесарева сечения, рождения детей в умеренной асфиксии, ниже массо-ростовые показатели новорожденных. Риск возникновения преждевременных родов при тяжелой преэклампсии выше в 3,7 раз. В 2,4 раза чаще у беременных с тяжелой преэклампсией беременность протекала на фоне хронической артериальной гипертензии, в 1,7 раз чаще на фоне хронических заболеваний почек.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство / В. Е. Радзинский, А. М. Фукс. – 2-е издание. – 2021. – 608 с.
2. Клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» от 19.02.2018 №17. – С. 213–223.

УДК 618.14-007.61:616-056.52

А. В. Кругликова

Научный руководитель: д. м. н., доцент Ю. А. Лызикова

*Государственное учреждение здравоохранения
«Гомельская городская клиническая больница № 3»
г. Гомель, Республика Беларусь*

ОЖИРЕНИЕ И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Введение

Ожирение – одно из наиболее часто встречающихся хронических заболеваний. В настоящие дни четверть населения планеты имеет избыточную массу тела или