

Основным методом лечения эндометриоза яичников является хирургическая операция. Объем оперативного вмешательства определялся возрастом пациенток, характером патологии придатков матки и сопутствующей патологией. Кистэктомия являлась операцией выбора у 96% пациенток при лечении эндометриодных кист яичника. Резекция яичников была выполнена 4% пациенток, средний возраст которых составил 45 лет.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Макаренко, Т. А. Стратегии консервативного лечения эндометриодных кист яичников / Т. А. Макаренко, Д. Е. Галкина, Е. А. Борисова // Гинекология. – 2023. – № 25 (2). – С. 4–10.
2. Шмидт, А. А. Эндометриодная болезнь – современный взгляд на проблему / А. А. Шмидт, Д. И. Гайворонских, Д. И. Кремлев // Клиническая медицина. – 2021. – № 99 (11). – С. 615–620.
3. Абитова, М. З. Эндометриоз яичников – прогнозирование рецидивов: современная парадигма / М. З. Абитова, М. Р. Оразов, М. Б. Хамошина // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2020. – № 3 (8). – С. 34–39.
4. Сидорова, И. С. Особенности терапии эндометриодных кист яичников / И. С. Сидорова, А. Л. Унаниян // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2011. – № 1 (5). – С. 29–32.

УДК 616.137.73-008.21[618.3:616.8-009.24-02]

А. П. Леончик<sup>1</sup>, Ю. В. Даниленко<sup>2</sup>

*Научный руководитель: ассистент кафедры В. В. Крупейченко*

<sup>1</sup>*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»,*

<sup>2</sup>*Учреждение здравоохранения*

*«Гомельская городская клиническая больница № 2»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### ОЦЕНКА ПУЛЬСАЦИОННОГО ИНДЕКСА МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

#### **Введение**

По данным Всемирной организации здравоохранения гипертензивные расстройства при беременности являются одними из самых частых причин материнской смертности наряду с послеродовыми кровотечениями, послеродовыми инфекционными осложнениями, а также осложнениями в родах [1]. Наиболее грозной из данной категории заболеваний является преэклампсия (ПЭ), частота реализации которой по данным Национального статистического комитета Республики Беларусь за 2018 год составила 6,1% [2]. Согласно последнему практическому руководству Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO), посвященному преэклампсии, во всем мире от этого заболевания ежегодно умирают 76 000 женщин и 500000 младенцев [3].

В качестве предикторов преэклампсии Национальный институт здравоохранения (NICE) и Американский колледж акушеров-гинекологов (ACOG) рекомендует оценивать следующие показатели: хорионический гонадотропин человека (бета-ХГЧ), ассоциированный с беременностью плазменный протеин-А (PAPP-A), плацентарный фактор роста (PIGF). Однако при данном подходе выявляется только 30–40% случаев преэклампсии, а частота ложноположительных результатов составляет 10%. Фондом медицины плода (FMF) рекомендован скрининговый тест, основанный на оценке плацентарного фактора роста (PLGF), пульсационного индекса маточных артерий и среднего уровня артериального давления. Данный тест имеет большую прогностическую значимость, прогнозируя более 70% случаев заболевания, хотя частота ложноположительных тестов так же высока – около 10% [4].

Гемодинамические процессы в функциональной системе мать-плацента-плод являются одним из ведущих факторов, обеспечивающих нормальное течение беременности и развитие плода. Нарушения маточно-плацентарного кровотока, играют основную роль в патогенезе гипоксических поражений центральной нервной системы. Ряд исследователей рекомендуют изолированную доплерометрическую оценку пульсационного индекса (ПИ) маточных артерий, поскольку он позволяет косвенно измерить сопротивление плацентарных сосудов, которое обычно повышено при неполном преобразовании спиральных маточных артерий [5].

### **Цель**

Оценить пульсационный индекс маточных артерий у пациенток с преэклампсией.

### **Материал и методы исследования**

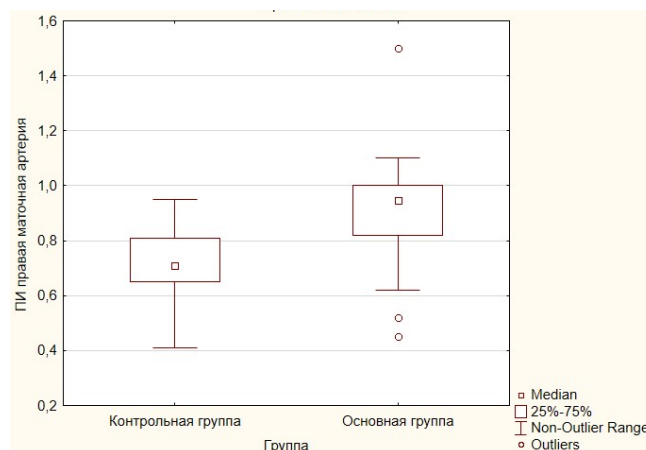
Проведен ретроспективный анализ 60 медицинских карт пациенток в женских консультациях учреждений здравоохранения «Гомельская городская поликлиника № 1», «Гомельская городская клиническая поликлиника № 14» за 2021–2022 годы. Сформированы две группы. Основную группу составили 30 женщин с преэклампсией, контрольную группу – 30 пациенток, беременность которых протекала без данного заболевания. Для статистической обработки полученных результатов использованы программы Microsoft Office Excel 2016 и Statistica 12.0. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью определения U-критерия Манна – Уитни. Результаты анализа считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

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

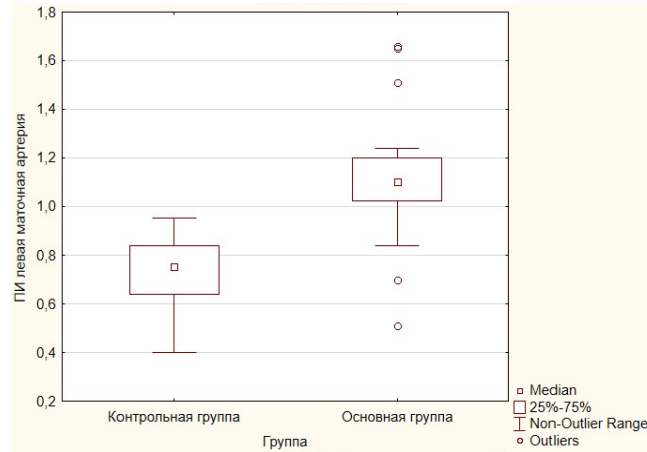
При доплерометрическом исследовании кровотока в маточных артериях определены количественные значения ПИ.

У пациенток с преэклампсией Ме ПИ в правой маточной артерии равна 0,95 (max=2,1; min=0,45), в левой маточной артерии – Ме ПИ равна 1,11 (max=2,3; min=0,44). В контрольной группе Ме ПИ были 0,71 (max=0,95; min=0,41) и 0,76 (max=0,95; min=0,4) в правой и левой маточных артериях соответственно.

В результате сравнения показателей ПИ у пациенток основной и контрольной групп выявлены статистические различия, а именно, более высокие количественные значения ПИ в правой маточной ( $p=0,00003$ ) и левой маточной ( $p=0,000003$ ) артериях были у беременных женщин с преэклампсией. Данные представлены на рисунках 1 и 2.



**Рисунок 1 – Анализ показателя ПИ правая маточная артерия**



**Рисунок 2 – Анализ показателя ПИ левая маточная артерия**

Полученные статистические различия подтверждают, что у пациенток с преэклампсией имеется постоянное высокое сопротивление кровотоку в маточных артериях, обусловленное отсутствием физиологических изменений спиральных артерий, проявляющиеся в виде аномальных паттернов волн внутриваггинального кровотока.

Для проведения дальнейшего статистического анализа основную и контрольную группу разделили на подгруппы в зависимости от количества родов. В основной группе в подгруппу IA вошли 13 первородящих женщин, в подгруппу IB – 17 повторнородящих. В контрольной группе первородящие сформировали подгруппу ПА – 11 человек и повторнородящие – подгруппу ПБ – 19 человек.

Установлена прямая корреляционная зависимость средней силы между возрастом женщин и показателями ПИ правой маточной артерии и левой маточной артерии:  $r=0,34$ ,  $p < 0,05$  и  $r=0,32$ ,  $p < 0,05$  соответственно.

Проведен анализ возраста пациенток групп исследования. Пациентки основной группы были старше ( $p=0,00002$ ) (Me 35,5, max=45, min=21) в сравнении с женщинами в контрольной группе (Me=26,5, max=35; min=19).

Возраст повторнородящих пациенток с преэклампсией был статистически больше в сравнении с первородящими ( $p=0,01$ ), так в подгруппе IA Me возраста была равна 29, максимальный возраст – 45 лет, минимальный – 21 год, в подгруппе IB данные показатели составили соответственно Me=37, 42 и 30. В контрольной группе достоверных различий по возрасту не выявлено ( $p=0,5$ ) (Me=25 в подгруппе ПА и Me=29 в подгруппе ПБ).

Первородящие пациентки основной и контрольной групп по возрасту были сопоставимы ( $p=0,1$ ), а женщины повторнородящие, беременность которых осложнилась преэклампсией были старше в сравнении с повторнородящими пациентками контрольной группы ( $p=0,00001$ ).

В результате сравнения ПИ в правой и левой маточных артериях по U-критерий Манна – Уитни удалось выявить статистически значимые различия: у повторнородящих пациенток из основной группы данный параметр был выше, чем у повторнородящих пациенток в контрольной группе ( $p=0,004$ ,  $p=0,001$ ).

### **Выводы**

В результате проведенного исследования было установлено, что повторнородящие пациентки с преэклампсией значимо старше женщин, гестационный период которых не осложнился данным заболеванием ( $p=0,00002$ ), таким образом, возраст можно отнести к одному из факторов риска развития преэклампсии.

Беременность с преэклампсией сопровождается увеличением показателей пульсационного индекса в маточных артериях ( $p=0,00003$ ,  $p=0,000003$ ), особенно это характерно для повторнородящих женщин более старшего возраста ( $p=0,004$ ,  $p=0,001$ ).

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Maternal mortality [Electronic resource] // WHO. – Mode of access: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. – Data of access: 03.03.2024.
2. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.belstat.gov.by/>. – Дата доступа: 03.03.2024.
3. *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.
4. Screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11–13 weeks' gestation / M. Tan [et al.] // Ultrasound Obstet Gynecol. – 2018. – № 2 (52). – P. 186–195.
5. Gestational week-specific of uterine artery Doppler indices in predicting preeclampsia: a hospital-based retrospective cohort study / J. Wu [et al.] // BMC Pregnancy Childbirth. – 2021. – № 1 (21). – P. 843.

УДК 618.25-06:616-092:612.13

**И. С. Лунева, А. С. Карапетян**

*Научные руководители: к.м.н., доцент И. С. Лунева*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация*

### **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОЙ ТРАНСФУЗИИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ОСЛОЖНЕНИЯ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ 3 УРОВНЯ**

#### ***Введение***

Тактика ведения пациенток акушерского профиля на современном этапе, определяется клиническими рекомендациями и стандартами оказания помощи. Однако в практике встречаются ситуации, требующие незамедлительного принятия решения в сложных клинических обстоятельствах. Настоящий клинический случай описывает тактику ведения пациентки с редким осложнением многоплодной беременности – синдромом фето-фетальной трансфузии (СФФТ) на этапе диагностики и оказания помощи в стационаре 3 уровня.

#### ***Цель***

Проанализировать тактику ведения пациентки с развитием осложнения многоплодной беременности с синдромом фето-фетальной трансфузии и полиорганной недостаточности на этапе оказания помощи в стационаре 3 уровня.

#### ***Материал и методы исследования***

Материалом исследования послужила история болезни пациентки С., 39 лет. Беременность первая, наступившая после экстракорпорального оплодотворения. Пациентка поступила 1.09.2022 года в стационар 3 уровня с диагнозом: Беременность 28 недель 6 дней. Двойня монохориальная, биамниотическая. Синдром фето-фетальной трансфузии».

Материалом послужили результаты ультразвукового исследования на сроке беременности 29 недель от 30.08.2022 года и от 31.08.2022 года. Протокол доплерометри-