

AUC = 0,92, 95 % CI 0,79–0,98, p = 0,0001), а также разница между максимальным и минимальным уровнями гликемии в течение суток более 0,5 ммоль/л (Se 100 %, Sp 82,9 %; AUC = 0,89, 95 % CI 0,76–0,96, p = 0,0001).

Выводы

В ходе исследования установлены следующие критерии прогноза рождения крупного плода: максимальный суточный уровень глюкозы в крови матери более 4,7 ммоль/л (Se 100 %, Sp 82,9 %; p < 0,0001) и суточные колебания гликемии более 0,5 ммоль/л (Se 100 %, Sp 82,9 %; p < 0,0001).

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство / Г. М. Савельева [и др.]. — 4-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 816 с.
2. Прибавка массы тела при беременности и гестационный сахарный диабет / О. Р. Григорян [и др.] // Медицинская газета. — 2008. — № 40. — С. 10.

УДК 616.8 - 009.24 - 02:618.3

ОЦЕНКА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Алексеева В. В., Соколов А. Н., Поварова Д. В.

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

Учреждение образования

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

Введение

Согласно современным представлениям, наиболее распространенными факторами риска развития преэклампсии (ПЭ) являются: ПЭ в анамнезе, раннее начало ПЭ и преждевременные роды в сроке менее 34 недель в анамнезе, хронические заболевания почек, системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром, наследственная тромбофилия, сахарный диабет 1 или 2 типа, хроническая артериальная гипертензия, сердечно-сосудистые заболевания в семейном анамнезе, семейная история ПЭ (мать или сестра), возраст 40 лет или более, индекс массы тела 35 кг/м² или более при первом посещении, чрезмерная прибавка веса во время беременности и другие [1]. В последние годы появились исследования, свидетельствующие о триггерной роли инфекционных агентов в генезе ПЭ [2]. Медико-социальная значимость проблемы заключается в том, что ПЭ является причиной тяжелой заболеваемости, инвалидизации матерей и их младенцев, снижают качество последующей жизни женщины, увеличивают частоту нарушений физического, психосоматического развития и риск последующих соматических заболеваний у детей [3].

Цель

Изучить структуру сопутствующей патологии у женщин с ПЭ и произвести ее оценку.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй родов 65 пациенток в возрасте от 18 до 40 лет, родоразрешенных на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» в 2017–2018 гг. В процессе проведения работы, беременные были разделены на группы. Основную группу (n = 35) составили женщины с диагнозом ПЭ, в нее входили беременные с умеренной (n = 20) и тяжелой (n = 15) степенями, группу сравнения (n = 30) составили пациентки без гипертензивных расстройств во время беременности.

Статистическая обработка данных производилась при помощи программы «MedCalc 10.2.0.0». Для описания качественных признаков использовались абсолютные и относительные величины с указанием доли (P, %). Частота встречаемости качественных признаков оценивалась посредством критерия χ^2 . Сравнения между группами количественных показателей проводилось с применением U-критерия Манна — Уитни. Данные представлены в виде Me (25; 75 перцентилей). Результаты считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациенток основной группы составил 28 (25; 31) лет, что не имело статистически значимых различий с группой сравнения, где возраст беременных был 26 (23; 29) лет ($U = 41,0$; $p = 0,132$). В таблице 1 представлены данные по первородящим пациенткам и статистически значимым сопутствующим заболеваниям.

Таблица 1 — Сравнительный анализ пациенток основной группы и группы сравнения

Исследуемый признак	Основная группа (n = 35)	Группа сравнения (n = 30)	Статистическая значимость χ^2 , p
Первородящие	22 (63 %)	16 (53 %)	$\chi^2 = 0,27$; $p = 0,6$
Артериальная гипертензия	11 (31,4 %)	2 (6,7 %)	$\chi^2 = 6,19$; $p = 0,013$
Заболевания щитовидной железы	10 (28,6 %)	1 (3,33 %)	$\chi^2 = 7,32$; $p = 0,007$
Избыточная масса тела / ожирение	12 (34,3 %)	3 (10 %)	$\chi^2 = 5,37$; $p = 0,021$
Пиелонефрит	12 (34,3 %)	2 (6,7 %)	$\chi^2 = 7,29$; $p = 0,007$
Вульвовагинальный кандидоз	9 (25,7 %)	2 (6,7 %)	$\chi^2 = 4,17$; $p = 0,041$

Первородящими с ПЭ умеренной степени являлись 13 (65 %) беременных против 9 (60 %) первородящих пациенток с ПЭ тяжелой степени ($\chi^2 = 0,09$; $p = 0,762$). Группу сравнения составили 16 (53,3 %) первородящих женщин и 14 (46,7 %) повторнородящих. Аборты в анамнезе имелись у 13 (37,1 %) пациенток из основной группы и у 5 (16,7 %) из группы сравнения ($\chi^2 = 3,38$; $p = 0,066$). Артериальная гипертензия до беременности встречалась у 6 (40 %) пациенток с тяжелой степенью ПЭ и у 5 (25 %) беременных с ПЭ умеренной степени ($\chi^2 = 0,89$; $p = 0,344$). Патология со стороны щитовидной железы несколько чаще встречалась среди пациенток с ПЭ тяжелой степени — 5 (33 %), нежели с ПЭ умеренной степени — 5 (25 %) и в группе сравнения — 1 (3,3 %). Наличие сахарного диабета 1-го или 2-го типа оказалось статистически не значимым, в связи с редкой встречаемостью в данной выборочной совокупности ($\chi^2 = 0,21$; $p = 0,648$). Избыточная масса тела или ожирение встречались чаще у 12 (34,3 %) пациенток с ПЭ против 3 (10 %) — в группе сравнения ($\chi^2 = 5,37$; $p = 0,021$). Статистически значимые отличия ($\chi^2 = 7,29$; $p = 0,007$) были выявлены при пиелонефрите (гестационном, обострении хронического), которые чаще встречались среди пациенток с ПЭ, частота увеличивалась с нарастанием тяжести ПЭ, так с умеренной степенью — 5 (25 %), с тяжелой — 7 (46,7 %). В анамнезе у 12 (34,3 %) пациенток с ПЭ зафиксированы случаи острой респираторной инфекции в 1-м или во 2-м триместре беременности, в группе сравнения у 10 (33,3 %) пациенток ($\chi^2 = 0,01$; $p = 0,936$). Среди инфекционных заболеваний урогенитального тракта у 9 (25,7 %) пациенток с ПЭ и у 2 (6,7 %) из группы сравнения выявили острый или рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз ($\chi^2 = 4,17$; $p = 0,041$), а также бактериальных вагинозов у 2 (5,7 %) пациенток с ПЭ тяжелой степени и у 1 (3,3 %) — в группе сравнения ($\chi^2 = 0,21$; $p = 0,648$). Не выявлено статистически значимых различий между группами по частоте хронического тонзиллита, заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Частота выявления железодефицитной анемии выше среди беременных с ПЭ, чем у пациенток из группы сравнения — 16 (45,7 %) против 8 (26,7 %) ($\chi^2 = 2,52$; $p = 0,113$).

Миопия различных степеней в двух группах встречалась примерно с одинаковой частотой, так в основной группе 7 (20 %) пациенток, в сравниваемой группе — 5 (16,7 %), что статистически не является значимым ($\chi^2 = 0,39$; $p = 0,534$).

Выводы

В результате нашего исследования определена высокая частота сопутствующей патологии у пациенток всех групп. Также нами установлено, что развитию ПЭ способствуют артериальная гипертензия, пиелонефрит, заболевания щитовидной железы, вульвовагинальный кандидоз, а также избыточная масса тела и ожирении до и во время беременности. Пациентки, имеющие аборт в анамнезе чаще встречались в группе с ПЭ. Исходя из этого можно сделать вывод, что хронические заболевания на момент беременности вносят свой вклад в патогенез ПЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации: гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия / ред. совет: Л. В. Адамян [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — С. 72.
2. Kell, D. B. Microbial Component in the Development of Preeclampsia / D. B. Kell, L. C. Kenny // Frontiers in Medicine (Lausanne). — 2016. — № 3. — P. 60–62.
3. Nourollahpour, S. M. Human infectious diseases and risk of preeclampsia/ S. M. Nourollahpour, M. Z. Behboodi, I. A. Adam // Infection. — 2017. — № 45 (5). — P.89–600.

УДК 618.4-036:618.515-008.87

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ ВАГИНАЛЬНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА

Арещенко Ю. В., Воронкова Е. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Генитальная инфекция является важной медицинской проблемой в связи с высокой частотой встречаемости и неуклонным ее ростом, частым переходом острых форм заболевания в хронические, что проявляется в появлении резистентных к лечению форм заболевания [1].

Цель

Выявить особенности течения родов у женщин с аэробным вагинитом и бактериальным вагинозом.

Материал и методы исследования

Ретроспективно было изучено течение родов у 169 женщин, родоразрешенных на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» в период январь-декабрь 2017 г. В зависимости от состояния биоценоза влагалища в I триместре беременности по данным микроскопии отделяемого влагалища при постановке на учет, женщины были разделены на 3 группы: в группу I вошли 56 беременных, у которых был выявлен бактериальный вагинит (уровень лейкоцитов более 20 единиц в поле зрения), в группу II вошла 61 роженица с бактериальным вагинозом, у которых отсутствовала воспалительная реакция, а микрофлора влагалища была представлена кокками, группу III составили 52 женщины без нарушения вагинального микробиоценоза.