

лонефрит); миопия (24,76 %); патология эндокринной системы — 23,81 % (преобладал гипотиреоз, реже диагностировались аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб, кисты щитовидной железы); патология желудочно-кишечного тракта — 18,1% (преобладал хронический гастрит); варикозное расширение вен нижних конечностей — 9,52%; хронический тонзиллит — 6,67 %; заболевания опорно-двигательного аппарата — 6,67 %; заболевания крови (наследственная тромбофилия, полиморфизм генов гемостаза) — 4,76 %. Ожирение имело место в 12,38 % случаев.

36,19 % пациенток перенесли вирусные инфекции во время настоящей беременности. Среди них встречались острый ринит, острый трахеит, острый фарингит, лабиальный герпес.

У 60,96 % пациенток исследуемой группы была угроза прерывания настоящей беременности на разных сроках: до 10 недель — у 23,81 % женщин, до 22 недель — у 25,71 %, от 22 до 37 недель (угроза преждевременных родов) — у 38,1 % пациенток.

Выводы

Проблема этиопатогенетических аспектов НБ, а также принципов ведения и лечения беременных, входящих в группу риска по НБ, в настоящее время чрезвычайно актуальна. Таким образом, каждый случай НБ требует углубленного обследования в отношении генетической, эндокринной, иммунной и инфекционной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айрапетов, Д. Ю. Этиологические факторы привычного выкидыша / Д. Ю. Айрапетов // Акушерство и гинекология. — 2011. — № 8. — С. 102–106.
2. Привычное невынашивание беременности: современный взгляд на старую проблему / В. С. Лупояд [и др.] // Международный медицинский журнал. — 2011. — № 4. — С. 54–60.

УДК 618.3–003.292/.293

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МЕКОНИАЛЬНЫМ ОКРАШИВАНИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Архипенко Д. А., Климантович А. Ю.

Научный руководитель: ассистент Я. И. Бик-Мухаметова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Мекониальное окрашивание околоплодных вод (МООВ) — одно из наиболее серьезных осложнений беременности и родов, встречается в 10 % родов при головном предлежании плода, и служит фактором прогноза дистресса плода. Перинатальная смертность в этой группе в 4 раза выше, чем при светлых водах. Наиболее тяжелым осложнением МООВ остается «синдром аспирации мекония», который может приводить к летальному исходу у 4–19 % новорожденных.

Согласно данным мировой литературы, МООВ, встречается у женщин с экстрагенитальными заболеваниями, воспалительными процессами урогенитального тракта и осложненным течением гестационного периода. Основопологающим звеном патогенеза развития МООВ является гипоксия плода на фоне фето-плацентарной недостаточности.

Цель

Изучить особенности течения беременности у женщин с мекониальным окрашиванием околоплодных вод.

Материал и методы исследования

Данная работа была выполнена на базе отделения патологии беременности, родового и послеродового отделений УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2»

в период с октября по декабрь 2019 г. Проводился анализ акушерско-гинекологического анамнеза, особенностей течения беременности, согласно данным историй родов и обменных карт у 70 женщин: основную группу составили 40 женщин с мекониальным окрашиванием околоплодных вод, группу сравнения — 30 рожениц со светлыми околоплодными водами. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ «MedCalc 10.2.0.0» и стандартного приложения «Microsoft Office Excel» (2010), с помощью анализа долей (p%), стандартной ошибки доли (sp%). Общее межгрупповое различие качественных признаков определяли с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность, для малых выборок — с помощью точного критерия Фишера (P). Парное межгрупповое сравнение количественных признаков рассчитывали по критерию Манна — Уитни с поправкой Йетса (Z). Статистически значимыми считались результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Женщины с МООВ и со светлыми околоплодными водами по возрасту были сопоставимы: 29,5 лет и 29 лет соответственно ($p > 0,05$).

По паритету беременности и родов женщины основной и контрольной группы статистически значимо не отличались.

Особенности течения беременности у женщин с МООВ и у женщин со светлыми околоплодными водами представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Особенности течения беременности у женщин с мекониальным окрашиванием околоплодных вод и у женщин со светлыми околоплодными водами

Особенности течения беременности	Основная группа (N = 40)	Группа сравнения (N = 30)	Результаты межгруппового сравнения
Угрожающий самопроизвольный выкидыш	30 (75±6,8%)*	6 (20±7,3%)	$p < 0,0001$
Угрожающие преждевременные роды	3 (7,5±4,2%)	1 (3,3±3,3%)	$P = 0,6$
ОРВИ во время беременности	11 (27,5±7,06%)	6 (20±7,3%)	$p = 0,27$
Вагинит	26 (65±7,5%)*	11 (36,7±8,8%)	$p = 0,029$
Анемия беременных	19 (47,5±)	17 (57±)	$p = 0,6$
ХФПН, диагностированная во время беременности	15 (37,5±7,6%)*	3 (10±8,6%)	$P = 0,012$

* — Статистически значимые различия между группами

У женщин, чья беременность осложнилась МООВ, угроза прерывания в сроке до 22 недель встречалась чаще (75 ± 6,8 %), чем среди женщин со светлыми околоплодными водами (20 ± 7,3 %) ($p < 0,0001$). Так же стоит отметить, что среди беременных с МООВ, вагинит был диагностирован значимо чаще, чем среди женщин со светлыми околоплодными водами: у 26 женщин с МООВ (65 ± 7,5 %) и 11 женщин со светлыми околоплодными водами (36,7 ± 8,8 %) ($p = 0,029$). Хроническая фетоплацентарная недостаточность, выявленная во время беременности, у женщин с МООВ (37,5 ± 7,6 %) имела место чаще, чем среди беременных со светлыми околоплодными водами (10 ± 8,6%) ($P = 0,012$).

Выводы

В основе развития МООВ лежит антенатальный дистресс плода, обусловленный, чаще всего, гипоксией плода на фоне фетоплацентарной недостаточности. По этой причине среди осложнений течения беременности у женщин с МООВ встречаются, либо факторы развития недостаточности фетоплацентарного комплекса (вагинит), либо следствие нарушения гормональной функции плаценты: угрожающий самопроизвольный выкидыш.