

**ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН  
С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

*Борейко М. О., Греченок А. В.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Ф. Крот**

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

***Введение***

Преэклампсия (ПЭ) — мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности и характеризующееся артериальной гипертензией (АД  $\geq$  140/90 мм рт. ст.) в сочетании с протеинурией (более 0,3 г/л в суточной моче), а также часто отеками, проявлениями полиорганной недостаточности, вовлечением печени, нарушением функции почек, неврологическими проблемами и гематологическими нарушениями [1, 2, 3]. Соматические заболевания, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез могут повлиять на первоначальное звено патогенеза преэклампсии, возникающее в маточно-плацентарной области [3]. Для прогнозирования риска развития ПЭ используются определение пульсационного и индекса резистентности в маточных артериях с помощью доплерометрии, биохимических параметров сыворотки крови: снижение уровня PAPP-A (связанный с беременностью плазменный протеин А) в I триместре, повышение альфа-фетопротеина и хорионического гонадотропина во II триместре, повышение ингибина А в I и II триместрах, снижение PlGF (свободный плацентарный фактор роста) [1, 2, 3].

***Цель***

Изучить течение беременности и родов у женщин с высоким риском развития преэклампсии.

***Материал и методы исследования***

Анализ риска развития преэклампсии в нашей работе проводился на базе УЗ «Гомельский областной диагностический медико-генетический центр с консультацией «Брак и семья» на сроке беременности 11,5–13,5 недель. Исследовались: индекс массы тела (ИМТ), артериальное давление на обеих руках с определением среднего артериального давления, материнские факторы риска (этническая группа, курение, ПЭ в анамнезе, количество родов, хроническая артериальная гипертензия), биохимический скрининг (PlGF, PAPP-A), УЗИ с доплерометрией маточных артерий.

Диагноз умеренной преэклампсии выставляется на основании артериальной гипертензии - САД  $\geq$  140 мм рт. ст. или ДАД  $\geq$  90 мм рт. ст., возникшей при сроке беременности  $>$  20 недель у женщины с нормальным АД в анамнезе и протеинурии  $\geq$  0,3 г/л белка в 24-часовой пробе мочи.

На основании комплексной оценки показателей с использованием программы «PerkinElmer» производился расчет риска ранней и поздней преэклампсии.

Нами проведен ретроспективный анализ медицинских карт беременных, наблюдавшихся в женских консультациях г. Гомеля за период январь-сентябрь 2015 г. В основную группу вошли 32 пациентки с высоким риском развития преэклампсии, группу сравнения составили 30 пациенток с низким риском развития преэклампсии. Обработка полученных результатов проводилась с помощью статистических программ «Excel» и «Statistica» 6.0. Полученные данные представлены в виде доли, ошибки доли.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Статистически значимых различий по возрасту, семейному положению, трудовому анамнезу не выявлено. У женщин основной группы отягощенный гинекологический анамнез встречался в 1,87 раз чаще, чем у женщин из группы сравнения (10 (31,25  $\pm$  8,19 %) против 5 (16,7  $\pm$  6,8 %) соответственно,  $p >$  0,05). В обеих группах у беременных отягощали акушерский анамнез неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш, ва-

куум аборт, медикаментозный аборт. Из соматических заболеваний в основной группе достоверно чаще диагностированы заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной систем. Артериальная гипертензия (АГ) наблюдалась у 8 женщин ( $25,0 \pm 7,65$  %) основной группы, причем в структуре патологии 50 % случаев составила хроническая АГ, 50 % — гестационная АГ; против 1 с хронической АГ ( $3,3 \pm 3,28$  %) в группе сравнения,  $p = 0,039$ . Заболевания эндокринной системы (диффузный нетоксический зоб, аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб, гестационный сахарный диабет, первичный гипотиреоз) были в основной группе у 16 пациенток ( $50,0 \pm 8,84$  %), против 5 ( $16,7 \pm 6,8$  %) в группе сравнения,  $p = 0,012$ . Нарушение обмена веществ в форме ожирения (ИМТ  $> 24,9$ ) у беременных с высоким риском развития преэклампсии выявлены у 13 женщин ( $40,6 \pm 8,68$  %), против 4 ( $13,33 \pm 6,2$  %),  $p = 0,034$ . Число пациенток резус — отрицательным фактором крови в основной группе было статистически значимо выше, чем в группе сравнения (10 ( $31,25 \pm 8,19$  %) против 2 ( $6,67 \pm 4,55$  %),  $p = 0,033$ ). Изучая заболевания нервной системы выявлено, что нейрциркуляторная дистония у пациенток из основной группы встречалась в 4,7 раза чаще, чем в группе сравнения (5 ( $15,62 \pm 6,42$  %), против 1 ( $3,33 \pm 3,28$  %),  $p > 0,05$ ). Статистически значимой разницы у пациенток обеих групп при анализе других заболеваний выявлено не было.

Беременные с высоким риском развития преэклампсии наблюдались в группе риска по развитию гестоза. Данной категории пациенток проводилось комплексное обследование, профилактическое лечение, направленное на предотвращение развития преэклампсии. В основной группе из 32 пациенток, у 7 ( $21,87 \pm 7,3$  %) имелся высокий риск развития как поздней, так и ранней преэклампсии, а у 25 ( $78,13 \pm 7,3$  %) высокий риск только поздней преэклампсии. Реализация преэклампсии имела максимальное значение у женщин с высоким риском ранней и поздней преэклампсии. У 3 из 7 беременных развилась умеренная преэклампсия. А у пациенток с высоким риском развития только поздней преэклампсии данная патология реализовалась у 1. Умеренная преэклампсия реализовалась у 4 женщин основной группы ( $12,5 \pm 5,85$  %), против 0 в группе сравнения. Случаев тяжелой преэклампсии у пациенток обеих групп диагностировано не было.

У женщин основной группы отеки беременных встречались в 3,75 раза чаще 4 ( $12,5 \pm 5,85$  %), чем в группе сравнения 1 ( $3,33 \pm 3,28$  %). Изолированная протеинурия выявлена у беременных с высоким риском развития преэклампсии в 1,31 раза чаще 7 ( $21,88 \pm 7,3$  %), чем у беременных с низким риском развития преэклампсии 5 ( $16,7 \pm 6,8$  %).

У половины пациенток основной группы 16 ( $50,0 \pm 8,84$  %) диагностированы проявления плацентарной недостаточности против 9 ( $30,0 \pm 8,37$  %) в группе сравнения. Наиболее часто выявлены проявления хронической внутриматочной гипоксии плода (ХВГП) по данным КТГ исследования 13 ( $40,63 \pm 8,68$  %) в основной группе, против 6 ( $20,0 \pm 7,3$  %) в группе сравнения. Нарушения маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока по данным УЗИ выявлены у 10 ( $31,25 \pm 8,19$  %) беременных в основной группе против 5 ( $16,7 \pm 6,8$  %) в группе сравнения.

Статистически значимых данных по способу родоразрешения и осложнения родов у пациенток обеих групп выявлено не было. Послеродовый период в 3,28 раз чаще осложнился у женщин основной группы 7 ( $21,88 \pm 7,3$  %), чем у женщин группы сравнения 2 ( $6,67 \pm 4,55$  %). У 4 пациенток основной группы развилась лохиометра с последующим кюретажем полости матки, у 2 из них выполнена консервативная миомэктомия, у 1 пациентки выполнена экстирпация матки с правыми придатками.

### **Выводы**

1. Реализация преэклампсии умеренной степени тяжести выявлена у 12,5 % пациенток основной группы против 0 в группе сравнения.
2. Пациентки с высоким риском развития преэклампсии достоверно чаще имеют осложненный соматический анамнез (хроническую АГ, заболевания эндокринной системы, нарушение обмена веществ в форме ожирения).
3. Направленное динамическое наблюдение и профилактические мероприятия приводят к низкой частоте реализации преэклампсии у пациенток с прогностически высоким риском.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Медведев, Б. И.* Клинико-биохимические предикторы развития преэклампсии / Б. И. Медведев, Е. Г. Сяндюкова, С. Л. Сашенков // *Акушерство и гинекология*. — 2013. — № 5. — С. 30–35.
2. Клинический протокол. Гипертензия во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия: проект «Мать и Дитя». М.: ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова»; Минздравсоцразвития России; Институт Здоровья семьи. — 2012. — 44 с.
3. *Гузов, И. И.* Новые лабораторные маркеры гестозов / И. И. Гузов, Е. Ю. Печёрина // *Медицинский алфавит*. — 2015. — № 8, Т. 2. — С. 28–30.

УДК 616.721.1-007.43+616.72-018.36-07

### ИНЦИДЕНТНОСТЬ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПРИ АНОМАЛИЯХ ТРОПИЗМА СУСТАВНЫХ ОТРОСТКОВ И АСИММЕТРИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНЫХ СВЯЗОК

*Борсук С. В.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *А. М. Юрковский*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Одной из причин возникновения синдрома боли в нижней части спины (синдрома БНЧС) являются диспластические изменения элементов позвоночного столба и, в частности, аномалия тропизма суставных отростков (АТСО). Распространенность указанной патологии в популяции достаточно высока (у 33 % пациентов). Чаще всего АТСО выявляется на уровне L<sub>IV</sub>–L<sub>V</sub> [1]. То есть, как раз на том уровне, на котором чаще всего (в 70,5 % случаев) и выявляются грыжи межпозвонковых дисков (МПД) [2].

Появление грыж МПД некоторые авторы связывают с биомеханической неустойчивостью позвоночно-двигательных сегментов (ПДС), возникающей из-за АТСО. Так ли это на самом деле — сказать сложно: одни авторы приводят данные, согласно которым статистически значимая корреляция между АТСО (на уровне L<sub>IV</sub> и L<sub>V</sub>) и грыжами межпозвонковых дисков отсутствует (есть только между АТСО и спондилартрозом) [3], другие — наоборот приводят данные, подтверждающие наличие взаимосвязи между АТСО и дистрофическими изменениями МПД [4]. Именно по этой причине и возникает необходимость уточнения данного вопроса. Особенно в части, касающейся роли подвздошно-поясничной связки (ППС) в обеспечении стабильности ПДС L<sub>V</sub>–S<sub>I</sub> в случае отсутствия нарушений ее прикрепления или же наоборот — отсутствия стабилизирующего эффекта при наличии нарушений пространственного положения ППС (например, при асимметрии отхождения правой и левой ППС [5]).

#### **Цель**

Определить инцидентность грыж МПД при АТСО на уровне L<sub>IV</sub>–S<sub>I</sub>, а также роль нарушений (асимметрии) пространственного положения ППС на устойчивость ПДС L<sub>IV</sub>–S<sub>I</sub> при отсутствии или наличии АТСО.

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

Для достижения поставленной цели был проведен анализ данных МСКТ поясничного отдела позвоночника 119 пациентов, проходивших обследование по поводу синдрома БНЧС в учреждении «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Оценка положения суставных фасеток проводилась согласно М-Н. Shin с соавт. [3]. АТСО считалась клинически значимой в случае асимметрии суставных фасеток более 5°. Оценка пространственного положения ППС проводилась согласно К. Н. Ahn и соавт. [5]. Аномалией пространственного положения ППС считалась разница между углами крепления правой и левой ППС более 5°. Статистический анализ проводился с применением пакета прикладных программ «Statistica» 8, StatSoftInc.

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

В исследованной группе АТСО была выявлена у 74 (62,2 %) пациентов. В том числе у 30 (40,5 %) из них имелись грыжи МПД (на уровне L<sub>IV</sub>–L<sub>V</sub> — 7 случаев, на уровне L<sub>V</sub>–S<sub>I</sub> —