

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Современный взгляд на терапию инфекций мочевыводящих путей у беременных [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Sovremennyy_vzglyad_na_terapiyu_infekciyu_mochevyvodyaschih_putey_u_beremennyh/#ixzz7whlG9zKb. – Дата доступа: 11.03.2023.
2. Инфекции мочевыводящих путей и беременность: лечение и профилактика [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.umj.com.ua/article/141738/infektsii-mochevyvodyashhih-putej-i-vs-i-beremennost-lechenie-i-profilaktika>. – Дата доступа: 11.03.2023.
3. Влияние гестационного пиелонефрита на течение и исход беременности / А. А. Плеханов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 4.

УДК 618.3:616.12-008.331

А. А. Синькевич, Е. Э. Галилова

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) подразумевает синдром повышения систолического артериального давления (САД) > 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) > 90 мм рт. ст., которое возникает в результате необратимых изменений в артериолах либо по неизвестной причине (эссенциальная гипертензия), либо как вторичное состояние (при сопутствующих заболеваниях) [1].

В развитых странах мира АГ обнаруживается примерно у 6–15 % беременных и занимает второе место после тромбоземболии среди причин смерти беременных. Она представляет угрозу не только для беременной женщины, но и для плода, увеличивая частоту перинатальной смертности. Критерии АГ у беременных не отличаются от общепризнанных: систолическое АД ≥ 140 мм рт. ст., диастолическое АД ≥ 90 мм рт. ст. АГ у беременных подразделяется на следующие категории: хроническая (ранее существовавшая) гипертензия, гестационная гипертензия, преэклампсия, сочетание хронической (ранее существовавшей) гипертензии и гестационной гипертензии [2].

Отличительной особенностью АГ является высокая частота коморбидности. Пациенты с АГ, как правило, имеют одну или несколько сопутствующих патологий [3].

Цель

Оценить вариабельность АД у беременных с АГ и сопутствующими патологиями.

Материал и методы исследования

Нами ретроспективно обработаны результаты предоставленных архивных данных суточного мониторинга артериального давления 40 пациенток, проведенного в ГУЗ «Гомельская городская клиническая поликлиника № 14. Женская консультация».

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета программ Statistica 7.0 и MedCalc 20.218. Сравнение групп по количественным признакам осуществляли с помощью U-критерия Манна – Уитни, а также с помощью критерия Хи-квадрат с поправкой Йетса. Для всех использованных статистических методов, уровень значимости принимали равным 5 % ($p < 0,05$).

В результате исследования пациентки были поделены на 3 группы: основная группа, беременные с хронической АГ (далее – ХАГ) – 18 женщин, группа сравнения, беременные с гестационной АГ (далее – ГАГ) – 9 женщин и контрольная группа (беременные без АГ) – 13 женщин.

Результаты исследования и их обсуждение

При ХАГ у 4 женщин сопутствующим заболеванием являлась неполная блокада правой ножки пучка Гиса, у 2 женщин – неполная блокада левой ножки пучка Гиса, у 2 женщин – синдром вертебробазиллярной недостаточности на фоне нестабильности шейного отдела позвоночника с редкими синкопальными пароксизмами, у 3 женщин сопутствующим заболеванием являлась одиночная желудочковая экстрасистолия.

При гестационной гипертензии у 2 женщин сопутствующим заболеванием являлась недостаточность митрального клапана 1 степени, у 1 женщины – вирусный гепатит С.

В результате исследования были сравнены показатели вариабельности САД, ДАД, индекса времени САД, ДАД, суточного индекса САД, ДАД, величины утреннего подъема САД, ДАД, скорости утреннего подъема САД, ДАД у пациенток с ХАГ, ГАГ и с контрольной группой пациенток.

Таблица 1 – Средние показатели суточного мониторинга артериального давления у обследуемых беременных

Показатели	ХАГ, n = 18	ГАГ, n = 9	Контрольная группа, n = 13
Вариабельность САД, мм рт. ст.	10,5 (8,0; 15,0) p = 0,9, p = 0,24	8,0* (7,75; 12,25) p = 0,033, p = 0,24	11,0 (8,0; 13,0)
Вариабельность ДАД, мм рт. ст.	11,5 (9,0; 15,0) p = 0,84, p = 0,19	8,0* (7,0; 11,75) p = 0,021, p = 0,19	12,0 (7,25; 15,0)
Индекс времени САД, %	4,25* (0; 18,0) p = 0,031, p = 0,87	4,4* (0; 18,75) p = 0,012, p = 0,87	17,0 (8,77; 22,0)
Индекс времени ДАД, %	3,2* (0; 15,0) p = 0,012, p = 0,94	4,0* (0; 19,0) p = 0,025, p = 0,94	15,0 (8,25; 23,8)
Суточный индекс САД, %	11,25 (9,4; 14,3) p = 0,27, p = 0,93	13,0 (6,8; 14,7) p = 0,44, p = 0,93	10,3 (5,7; 12,5)
Суточный индекс ДАД, %	9,6# (7,0; 12,0) p = 0,47, p = 0,032	14,5 (7,05; 17,22) p = 0,76, p = 0,032	11,0 (8,7; 19,4)
Величина утреннего подъема САД, мм рт. ст.	28,5## (20,0; 43,0) p = 0,023, p = 0,018	22,0 (17,2; 27,5) p = 0,86, p = 0,018	22,0 (18,75; 42,5)
Величина утреннего подъема ДАД, мм. рт. ст.	32,5## (17,0; 35,0) p = 0,041, p = 0,032	20,0 (14,7; 33,75) p = 0,94, p = 0,032	19,0 (17,0; 34,5)
Скорость утреннего подъема САД, мм. рт. ст.	5,0 (4,0; 6,0) p = 0,24, p = 0,38	4,0 (3,75; 7,75) p = 0,19, p = 0,38	7,0 (4,0; 8,5)
Скорость утреннего подъема ДАД, мм. рт. ст.	5,0 (4,0; 6,0) p = 0,19, p = 0,59	5,0 (3,0; 6,25) p = 0,14, p = 0,59	6,0 (4,75; 7,0)

*статистически значимые различия с контрольной группой (p < 0,05); #статистически значимые различия с группой ГАГ (p < 0,05).

Выводы

При анализе различных гипертонических расстройств у беременных было установлено, что группы пациенток не различались по таким показателям, как суточный индекс САД, скорость утреннего подъема САД, скорость утреннего подъема ДАД.

Были установлены различия по показателям СМАД в группах пациенток с ХАГ и ГАГ: суточный индекс ДАД выше у пациенток с ГАГ, величина утреннего подъема ДАД

и САД выше у пациенток с ХАГ. Данные различия можно использовать в качестве дифференциального критерия гестационной и хронической гипертензии.

При сравнении с контрольной группой, выявлено, что пациенток с ХАГ и ГАГ отличают от пациенток с нормальным артериальным давлением такие показатели СМАД, как вариабельность САД и ДАД, индекс времени САД и ДАД, величина утреннего подъема САД и ДАД.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маянская, С. Д. Вариабельность артериального давления у беременных с факторами риска преэклампсии / С. Д. Маянская, А. В. Ганеева, Р. И. Габидуллина // Казанский медицинский журнал. – 2019. – Т. 100. – № 3. – С. 426–433.

2. Муминова К. Т., Ходжаева З. С., Шмаков Р. Г. Особенности течения беременности у пациенток с гипертензивными расстройствами // Доктор. Ру. – 2019. – № 11. – С. 14–21.

3. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения / Р. Г. Оганов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. – Т. 18, № 1. – С. 5–66.

УДК 618.3-06

А. А. Таргонская

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. С. Ярош

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

СТРЕСС – КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Введение

Во время беременности женщины сильно подвержены стрессу в связи с многочисленными гормональными и физиологическими изменениями. В этот период женщина может по-разному воспринимать и проживать обыденные стрессоры и стрессовые ситуации.

Стрессовые ситуации у женщины во время беременности могут изменить физиологию и программу функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси ребенка, поскольку вышеупомянутая ось регулирует многие биологические процессы, такие как метаболизм, артериальное давление и иммунный ответ организма. Из-за данных изменений люди с внутриутробным стрессом будут иметь предрасположенность к метаболическим, сердечно-сосудистым, а также к психическим расстройствам во взрослом возрасте. Кроме того нарушения регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси в пренатальном периоде в старшем возрасте могут привести к ухудшению репродуктивного потенциала и нарушению репродуктивного поведения и социальной активности у детей [1].

Стоит так же отметить, что стресс влияет и на организм матери, так как сильные переживания могут способствовать выкидышу в первом триместре беременности, а в третьем – преждевременным родам. Женщинам, подвергшимся стрессу во время беременности и в послеродовом периоде, сложнее выстраивать родительское взаимодействие с ребенком. Происходят нарушения регуляции иммунитета роженицы, вследствие чего увеличивается частота острых респираторных заболеваний, которая в свою очередь способствует обострению хронических заболеваний [1].

Цель

Выявить уровень стресса у женщин на разных сроках беременности.