

А. В. Ковальчук, А. В. Высоцкая

Научный руководитель: ассистент М. В. Маевская

Учреждение образования

«Гомельский Государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Введение

В современном мире заболевания сердечно-сосудистой системы занимают ведущую позицию среди экстрагенитальных патологий. Среди беременных гипертензивные состояния, такие как гестационная артериальная гипертензия, являются одной из наиболее актуальных и нерешенных проблем в практике врача акушера-гинеколога [1].

Гестационной гипертензией называют состояние изолированного повышения артериального давления после 20 недели беременности, которое нормализуется в течение 6–8 недель послеродового периода, сопровождаемое высокими показателями в структуре материнской смертности и перинатальных потерь, а также возможным развитием ренальной, кардиоваскулярной и неврологической патологии у женщин в дальнейшем. Поэтому важно не только своевременно диагностировать и назначить правильное лечение гестационной артериальной гипертензии, но и предупредить заболевание, устранив факторы риска [2].

Цель

Выявить факторы риска, а также определение их значимости в развитии гестационной артериальной гипертензии у беременных.

Материал и методы исследования

Для проведения исследования было использовано анкетирование, состоящее из 32 вопросов, в которых были отражены сведения о социальной жизни, анамнестические и антропометрические данные, а также результаты лабораторных исследований респондента.

Данное анкетирование проводилось среди беременных женщин, находящихся на стационарном лечении в отделении патологии беременности и акушерско-обсервационном отделении в УЗ «ГОКБ» и УЗ «Могилевская больница № 1».

На основании полученных данных были сформированы 2 группы. Основную группу составили 124 беременных женщин с диагнозом гестационная артериальная гипертензия. Контрольную группу составили 50 здоровых беременных женщин.

Статистическая обработка данных была проведена с использованием пакета прикладных программ Statistica 10,0. Анализ различий частот двух независимых групп проводился с помощью критерия Манна – Уитни между анализируемыми группами считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В основной группе средний возраст женщин составил 26 (18; 33) лет, 52 женщины (41,9 %) были в возрастном диапазоне 26–30 лет. В контрольной группе средний возраст беременных составил 23(18; 28) года, из них 31 женщина (62 %) – в возрастном диапазоне 18–25 лет.

Избыточная масса тела наблюдается у 104 (83,9 %) беременной основной группы. Среди них повышенную массу тела имели у 46 (37,1 %) (ИМТ от 25–29,9 кг/м²), у 27 (21,8 %) – ожирение 1 степени (ИМТ от 30–34,9 кг/м²), у 20 (16,1 %) – ожирение 2 степени (ИМТ от 35–39,9 кг/м²), у 11 (8,9 %) – ожирение 3 степени (ИМТ от 40 и более кг/м²) и только

15 (12,1 %) имели нормальную массу тела (ИМТ от 18,5–24,9 кг/м²). В контрольной группе избыточная масса отмечалась у 10 женщин (20 %) и лишь у 3 женщин (6 %) выявлено ожирение 1 степени. Отсюда следует, что беременные женщины с гестационной артериальной гипертензией чаще имели ИМТ равным 25–30 кг/м² ($p = 0,001$).

У 41 (53,2 %) женщины основной группы выявлены заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы: пороки сердца, кардиомиопатия, варикозная болезнь вен нижних конечностей. Со стороны мочевыделительной системы выявлены острый цистит, обострение хронического цистита, гестационный пиелонефрит у 38 (49,3 %) женщин. Со стороны эндокринной системы выявлены гипотиреоз, сахарный диабет 1 типа, тиреотоксикоз у 37 (48,1 %) женщин.

У 7 (14 %) женщин контрольной группы отмечалось наличие патологии со стороны мочевыделительной системы, у 5 (10 %) – эндокринной системы, у 2 (4 %) – сердечно-сосудистой системы. Отсюда следует, что женщины с гестационной артериальной гипертензией более предрасположены к развитию сердечно-сосудистых заболеваний ($p < 0,05$).

Наследственный анамнез по артериальной гипертензии был отягощен: в основной группе по материнской линии – у 44 (35,5 %) женщин, по отцовской линии – у 19 (15,3 %), а также со стороны обоих родителей – у 9 (7,3 %) женщин. В группе контроля у 10 женщин (20 %) отмечалось наличие отягощенного наследственного анамнеза по материнской линии, а также у 7 женщин (14 %) по отцовской линии. При сравнении двух групп, была выявлена связь у беременных женщин основной группы с гестационной артериальной гипертензией и наличием отягощенного наследственного анамнеза ($p = 0,01$).

В процессе изучения факторов риска гестационной артериальной гипертензии учитывалась сфера деятельности пациенток. Среди беременных женщин, входящих в основную группу, рабочую специальность имели 62 (51,6 %) женщины, 15 (12,1 %) – являлись безработными, 13 (10,5 %) – занимали управляющие должности, 13 (10,5 %) – были студентками, 21 (17 %) – являлись служащими. В группе контроля 22 (44 %) женщины являлись студентками, 11 (22 %) женщин имели рабочую специальность, 12 (22 %) женщин являлись служащими, 5 (10 %) женщин не работали. Стоит отметить, что в основной группе пациентки с рабочей специальностью наблюдались значительно чаще, чем в контрольной ($p = 0,01$).

Преобладающее количество беременных женщин, имеющих гестационную артериальную гипертензию, проживают в городе – 74 (59,7 %). В контрольной группе также большинство женщин проживало в городской местности – 28 (56 %).

При анализе данных, о наличие вредных привычек, было выявлено, что 43 (34,7 %) беременные основной группы курили, однако с наступлением беременности прекратили. Из них 16 женщин (37,2 %) имели стаж курения больше 5 лет. В группе контроля 7 женщин (14 %) имели данную вредную привычку до наступления беременности, из них 3-е (42,9 %) курили более 5 лет. Отмечается наличие статистически значимой связи у беременных женщин с хронической никотиновой интоксикацией и развитием гестационной артериальной гипертензии ($p = 0,01$).

Выводы

В результате проведенного исследования о факторах риска развития гестационной артериальной гипертензии, можно сделать следующие выводы:

1. Гестационная артериальная гипертензия чаще встречалась у беременных женщин в возрастном диапазоне от 26 до 30 лет.

2. Беременные женщины, имеющие гестационную артериальную гипертензию, чаще имеют избыточную массу тела, заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы, а также отягощенный наследственный анамнез.

3. Преобладающее большинство женщин с гестационной артериальной гипертензией имеют рабочую специальность.

4. Отмечается статистически значимая связь у беременных женщин, имеющих гестационную артериальную гипертензию, с хронической никотиновой интоксикацией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кулакова, В. И. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия: клинические рекомендации / В. И. Кулакова. – М.: НЦ АГиП, 2020. – 50 с.

2. Шехтман, М. М. Руководства по экстрагенитальной патологии у беременных: клинические рекомендации / М. М. Шехтман. – М: Триада-Х, 2018. – 814 с.

3. Стрюк, Р. И. Сердечно-сосудистые заболевания и ассоциированные с ними коморбидные состояния как факторы, определяющие неблагоприятные перинатальные исходы при беременности – анализ данных регистра беременных «БЕРЕГ»: монография / Р. И. Стрюк, С. А. Бернс, М. П. Филиппова. – М., 2018.

4. Мрочек, А. Г. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии: клинические рекомендации / А. Г. Мрочек, Т. А. Нечесова, И. Ю. Коробко. – Минск, 2019. – 52 с.

5. Сухих, Г. Т. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия: клинические рекомендации / Г. Т. Сухих. – М., 2020. – 85 с.

УДК 618.3:[616.12-008.331.1+616.61]

П. Н. Костицын, П. В. Пинчук

Научный руководитель: ассистент Т. И. Желобкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РОЛЬ ПРЕЭКЛАМПСИИ В ИСХОДАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Введение

Преэклампсия (далее ПЭ) – это тяжелое осложнение второй половины беременности, сопровождающееся повышением артериального давления и появлением белка в моче. Основной причиной развития ПЭ во время беременности является нарушение процессов формирования плаценты в сроке до 16 недель гестации. ПЭ является четвертой по частоте причиной материнской смертности, фактором риска развития у матери после родов заболеваний сердечной-сосудистой системы, почек, органа зрения, метаболических нарушений. Развившаяся ПЭ во время беременности в тяжелых ее вариантах является показанием к досрочному родоразрешению женщины, рождению глубоко недоношенного ребенка, повышая частоту перинатальной заболеваемости и смертности [1].

Цель

Изучить исходы беременности и родов у женщин с умеренной и тяжелой преэклампсией и оценить влияние преэклампсии на исходы беременности.

Материал и методы исследования

Были изучены истории родов пациенток с умеренной и тяжелой формами ПЭ, родоразрешенных в родильном отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» с декабря 2019 по октябрь 2022 гг. Методом случайной выборки в исследование были включены 53 пациентки. Пациентки были разделены на 2 группы: 1-я – с умеренной ПЭ, n = 29, 2-я – с тяжелой ПЭ, n = 24. Были изучены: анамнестические данные пациенток, клиническая картина, способы родоразрешения, исход беременности для матери и плода, характеристика новорожденных.