

встречались: кистозное желтое тело с кровоизлиянием – у 10 женщин (20%) и атрофический эндометрий с кистозной трансформацией отдельных желез – у 10 (20%).

### **Выводы**

1. Возрастной пик женщин, прооперированных по поводу лейомиомы матки, приходится на 40–49 лет.

2. Из гистологических вариантов чаще встречается клеточная лейомиома матки (42%), по локализации – смешанный тип роста лейомиомы матки (36%), и по количеству очагов – множественная лейомиома матки (62%),

3. Лейомиомы неясного потенциала злокачественности составили 4%, что требует дальнейшего диспансерного наблюдения женщин.

4. Помимо лейомиомы матки, также выражены патологические изменения яичника с фиброзно-атрофическими изменениями (12%), кистозное желтое тело с кровоизлиянием у 10 (20%) и атрофический эндометрий с кистозной трансформацией отдельных желез у 10 (20%).

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Актуальные вопросы эффективности и безопасности эмболизации маточных артерий у пациенток с лейомиомой матки / П. Г. Коробова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2020. – № 2 (том 69). – С. 16–19.
2. Пальцев, М. А. Патологическая анатомия / М. А. Пальцев, Н. М. Аничков. – М., 2001. – Т. 2. – С. 181–215.
3. Адамян, Л. В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных / Л. В. Адамян. – М., 2014. – 101 с.

**УДК 618.3:616.12-008.331.1]-039.3**

**К. И. Шведова**

*Научный руководитель: ассистент кафедры Е. П. Яковенко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

### **Введение**

В современном мире заболевания сердечно-сосудистой системы занимают лидирующую позицию. Среди беременных гипертензивные состояния являются одной из наиболее актуальных и нерешенных проблем в практике врача акушера-гинеколога и относятся к часто встречающимся причинам материнской смертности в течение последнего десятилетия [1]. Гестационная артериальная гипертензия, преэклампсия характеризуются возможным развитием ренальной, кардиоваскулярной и неврологической патологии у женщин, в тяжелых ее вариантах являются показанием к досрочному родоразрешению, рождению глубоко недоношенного ребенка, повышая частоту перинатальной заболеваемости и смертности [2].

### **Цель**

Произвести оценку течения и исходов беременностей и родов у женщин с гипертензивными расстройствами.

### **Материал и методы исследования**

Материалами исследования являлись данные 100 медицинских карт стационарных пациентов учреждения здравоохранения «Гомельский городская клиническая больница №2» за 2023 год. Пациенты были разделены на 2 группы: основную группу (ОГ), n=70,

и контрольную группу (КГ), n=30. Женщины из ОГ разделены на 3 подгруппы: 1-я – с гестационной артериальной гипертензией (АГ) n=55; 2-я – с умеренной преэклампсией (ПЭ) n=8, и 3-я – с хронической АГ n=7. Метод исследования: оценка и аналитическая обработка данных медицинских карт пациентов. Для обработки полученных данных был использован метод сигмальных отклонений ( $M \pm \sigma$ ), метод Пирсона и метод Хи-квадрат. Расчеты производились в программе Microsoft Office Excel (2019).

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

В ходе исследования было установлено, что возраст пациенток колебался от 17 до 36 лет. Средний возраст пациенток из ОГ составил: 1-й подгруппы  $26,5 \pm 9,5$  лет, Me (17; 36), 2-й подгруппы –  $30,8 \pm 2,9$  лет, Me (26; 35), 3-й подгруппы –  $32,7 \pm 2,35$  лет, Me (28; 35); в КГ –  $29,0 \pm 4,0$  лет, Me (25; 33) (таблица 1).

Таблица 1 – Особенности профессии женщин основной и контрольной группы

Особенности профессии	Основная группа		Контрольная группа	
	n	%	n	%
Преимущественно умственный труд	31	44,2	12	40
Легкий физический труд	25	35,7	5	16,7
Физический труд средней тяжести	6	8,6	4	13,3
Итого	62	88,6	21	70

Преобладающее количество женщин в двух группах имели рабочую специальность 88,6 и 70% соответственно ( $p=0,76$ ).

Значительная часть женщин в ОГ имели избыточную массу тела ( $ИМТ \geq 25$  кг/м<sup>2</sup>) и ожирение ( $ИМТ \geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) (рисунок 1) в сравнении с КГ ( $p=0,01$ ).

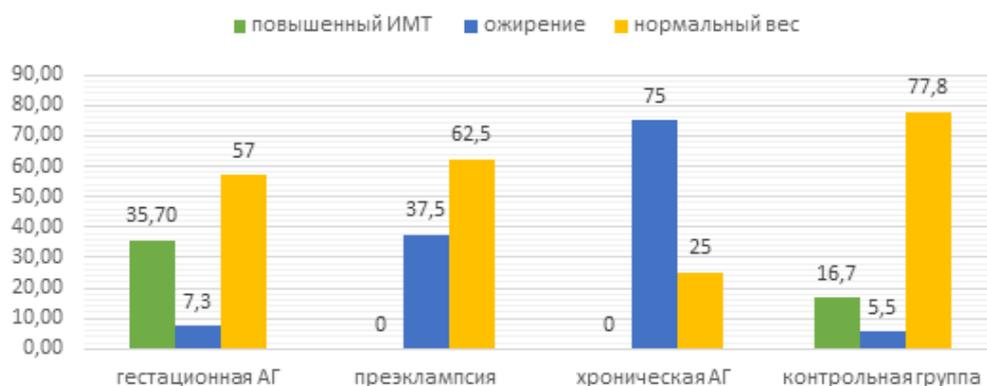


Рисунок 1 – Процентное соотношение ИМТ в основной и контрольной группах

Первородящими были 52,8% женщин в основной группе и 43,3% в контрольной группе. В основной группе 2–3 беременности имели 32,8%, в контрольной – 53,3%; более 4 беременностей в ОГ – 14,4%, в КГ – 3,4%, ( $p=0,74$ ) (таблица 2).

Изменения фетоплацентарного комплекса на фоне развития гипертензивных расстройств проявлялись хронической плацентарной недостаточностью, статистически значимо чаще встречающейся в ОГ у 16 (53,3%), 5 (62,5%) и 3 (42,8%) женщин из 1-й, 2-й и 3-й подгрупп соответственно; в отличие от КГ, где наблюдалась лишь у 5 женщин (16,7%), ( $p = 0,01$ ).

Таблица 2 – Основные сопутствующие заболевания женщин в 2-х группах

Заболевание	Основная группа	Контрольная группа	p	$\chi^2$
Отеки беременных	61,4±2,8%	10±1,1%	0,001	6,6
Заболевания сердечно-сосудистой системы: МАРС, кардиомиопатия, SV-тахикардия, желудочковые и предсердные экстрасистолии	87,2±2,1%	26,7±1,4%	0,04	4,09
Миопия различной степени	57,2±2,1%	45,7±2,1%	0,85	0,03
Гестационный сахарный диабет	44,2%±2,1%	27,5±1,9%	0,05	3,62
Анемия различной степени	21,4±1,2%	30,0±2,6%	0,81	0,06
Вагинит	37,1±2,6%	3,4±1,1%	0,12	4,17
Пиелонефрит	17,2±1,1%	23,3±3,1%	0,68	0,16
Хронический цистит	15,4±2,3%	13,3±1,8%	0,97	2,81
Миома матки	22,8±2,9%	3,4±1,1%	0,36	0,83
Операции на матке в анамнезе	7,9±2,5%	6,4±1,4%	0,34	3,84

Исходы беременности у женщин представлены в таблице 3. Срочные роды произошли у 53 (75,7%) в основной группе и у 28 (93,3%) в контрольной группе. Значимо чаще у женщин ОГ роды были преждевременными ( $p < 0,05$ ). Преждевременные роды происходили в срок от 28 до 37 недель беременности. Индукция родов составляет 22,8% пациенток из ОГ, в отличие от 3,4% в КГ ( $p = 0,02$ ). Также у пациенток из ОГ возрастает частота операции кесарево сечение ( $p = 0,01$ ). Все пациентки с ПЭ родоразрешены путем операции кесарево сечение.

Таблица 3 – Исходы беременности у женщин разных групп

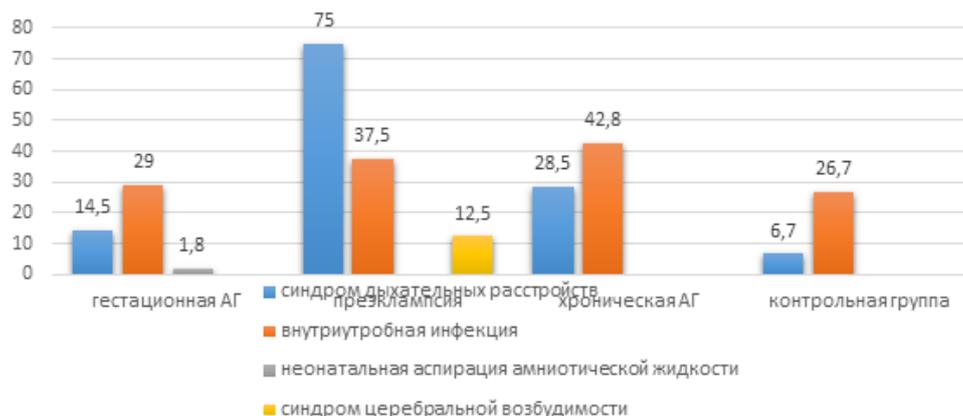
Исходы	Основная группа						Контрольная группа	
	Гестационная АГ		Умеренная преэклампсия		Хроническая АГ		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Срочные роды	46	65,7	2	25	5	71,4	28	93,3
Преждевременные роды	9	12,8	6	75	2	28,4	2	6,7
Индукцированные роды	13	23,6	3	37,5	–	–	1	3,4
Кесарево сечение	29	52,7	8	100	5	71,4	6	20

Средняя масса новорожденных, родившихся от матерей с гестационной АГ, составила – 2960 г; с ПЭ – 2822,5 г и с хронической АГ – 3167,5 г. Средняя масса тела новорожденных у матерей из КГ – 3452,5 г, ( $p = 0,01$ ).

Средний рост новорожденных в 1-й подгруппе составил 51,3 см, во 2-й подгруппе – 46,4 см, в 3-й подгруппе – 47,5 см; в контрольной группе – 54,7 см, ( $p = 0,04$ ).

Все новорожденные оценивались по шкале Апгар на 1 и 5 минутах после рождения. Новорожденных с тяжелой асфиксией не было. С асфиксией умеренной степени тяжести родились 8 (14,5%) новорожденных у матерей с гестационной АГ, а также 5 (62,5%) новорожденных у матерей с умеренной преэклампсией.

Высокая частота синдрома дыхательных расстройств новорожденных связана со сроком родоразрешения до 37 недель беременности. Новорожденных с внутриутробной инфекцией рождались преимущественно у матерей с хронической инфекцией мочевыводящих путей (рисунок 2).



**Рисунок 2 – Основные заболевания периода новорожденности**

### **Выводы**

1. Среди женщин, имеющих избыточную массу тела и ожирение, статистически чаще развиваются гипертензивные расстройства во время беременности. Беременные из ОГ статистически чаще имели отеки беременных, гестационный сахарный диабет, как возможное проявление метаболического синдрома, и заболевания сердечно-сосудистой системы, что ухудшает прогноз течения беременности и исходов родов.

2. У пациенток с гипертензивными расстройствами чаще появляется хроническая плацентарная недостаточность, выше частота преждевременного родоразрешения, индуцированных родов, проведения операции кесарева сечения, рождения детей в умеренной асфиксии, а также ниже массо-ростовые показатели новорожденных.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. *Сухих, Г. Т.* Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия: рук-во для врачей / Г. Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 85 с.
2. *Мрочек, А. Г.* Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии: монография / А. Г. Мрочек, Т. А. Нечесова, И. Ю. Коробко. – Минск, 2019. – 52 с.

**УДК 618.44–06**

**Н. Л. Юшковский**

*Научные руководители: ассистент кафедры Т. И. Желобкова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК**

#### **Введение**

Преждевременный разрыв плодных оболочек представляет собой осложнение родов, при котором разрыв амниотического мешка происходит до начала родовой деятельности. Данный феномен может повлечь за собой серьезные проблемы как для самого плода и новорожденного, так и для матери. Распространенность данного осложнения достаточно велика: при доношенной беременности может достигать 20%, а при недоношенной до 35% от всех случаев. Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) может привести и к другим осложнениям: аномалии родовой деятельности, гипоксия и асфиксия новорожденного, хориоамнионит при длительном безводном пе-