

новорожденного. Решающее значение имеет ведение последующих беременностей и ежемесячное наблюдение за ADAMTS13 на предмет признаков рецидива. Требуются междисциплинарные рекомендации, а также инновационные методы лечения, хотя существуют ограничения в отношении высококачественных данных о последних [5].

В общей сложности у женщин из проанализированных автором групп произошел 21 эпизод беременности, из них у 15 были акушерские осложнения, включая 46,7% (7/15) преждевременную потерю плода (<10 недель), 26,7% (4/15) позднюю потерю плода (≥10 недель) и 26,6% (4/15) преждевременные живорождения. Автор наблюдал высокую степень корреляции (41,2–59,2%) уровня ADAMTS13 и тромботических и акушерских осложнений. Синдром Апшоу – Шульмана может явиться причиной клинической симптоматики осложненного течения беременности в 15% случаев, поэтому врачи, сталкивающиеся с подобными случаями, должны обладать «ADAMTS13-настороженностью».

Выводы

Акушеры-гинекологи должны быть осведомлены о редком и смертельном заболевании – тромботической тромбоцитопенической пурпуре при синдроме Апшоу – Шульмана. Беременность с синдромом Апшоу – Шульмана станет одной из основных областей акушерских разработок в ближайшие годы, необходимы дальнейшие высококачественные исследования для формирования лучших терапевтических инноваций и возможностей в будущем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Roose E, Schelpe AS, Joly BS, Peetermans M, Verhamme P, Voorberg J, Greinacher A, Deckmyn H, De Meyer SF, Coppo P, Veyradier A, Vanhoorelbeke K. An open conformation of ADAMTS-13 is a hallmark of acute acquired thrombotic thrombocytopenic purpura // *J Thromb Haemost.* – 2018. – Vol. 16(2). – С. 378–388.
2. Gupta, M. Thrombotic microangiopathies of pregnancy: Differential diagnosis / Gupta M, Feinberg BB, Burwick RM. // *Pregnancy Hypertens.* – 2018. – С. 29–34.
3. A successfully treated case of an acute presentation of congenital thrombotic thrombocytopenic purpura (Upshaw-Schulman syndrome) with decreased ADAMTS13 during late stage of pregnancy / T. Nonaka [et al.] // *J Obstet Gynaecol Res.* – 2021. – № 47(5). – С. 1892–1897.
4. Kremer Hovinga J.A. Hereditary Thrombotic Thrombocytopenic Purpura / JA Kremer Hovinga, J. N. George // *N Engl J Med.* – 2019. – Vol. 381(17). – С. 1653–1662.
5. South, K. ADAMTS-13 and von Willebrand factor: a dynamic duo / K. South, D. A. Lane // *J Thromb Haemost.* – 2018. – Vol. 16(1). – С. 6–18.

УДК 618.1/3-071.1:618.34-001.48-037

Е. М. Карebo, Д. С. Дзюба

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОТЯГОЩЕННЫЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ И ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Введение

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (далее ПОНРП) – это частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенок матки, которое происходит до рождения плода во время беременности или родов в сроке

20 недель и более [1]. Этиология развития ПОНРП до сих пор остается недостаточно изученной. Важную роль в патогенезе данного заболевания играют экзогенные, эндогенные факторы, экстрагенитальная и акушерско-гинекологическая патология [2, 3].

Цель

Оценить роль акушерско-гинекологической патологии и осложнений во время беременности, как факторов риска развития ПОНРП.

Материал и методы исследования

Было проанализировано 172 историй родов женщин, родоразрешенных в УЗ «ГТКБ № 2» и УЗ «ГОКБ» в 2022 и 2023 годах. В основную группу вошли 86 женщин с диагнозом ПОНРП. В группу контроля вошли 86 женщин, у которых не возникло данной патологии. Были проанализированы данные акушерско-гинекологического анамнеза, данные о течение беременности. Статистический анализ данных проводился на персональном компьютере с помощью электронных таблиц Microsoft Office Excel 2019 и программного пакета для статистического анализа Statistica 10.0. Использовались методы: критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса (статистически значимым считается $p < 0,050$), критерий Манна – Уитни, Me (25, 75).

Результаты исследования и их обсуждения:

За 2022 и 2023 годы на базах учреждений, где проводилось исследование было принято 7769 родов. Диагностировано 86 случаев ПОНРП, что составило 1,1%.

Основную группу в исследовании составили женщины в возрасте 32 (27; 36) года, контрольную – 29 (23; 32) лет ($U=2482$; $p < 0,001$).

В основной группе срок родов составил 262 (245; 273) дня, в контрольной группе – 279 (273; 281) дней ($U=1297$; $p < 0,001$). У 36 (42%) женщин основной группы были преждевременные роды, что значительно чаще, чем в контрольной группе, где у 3 (3%) женщин было досрочное родоразрешение ($\chi^2=33,956$; $p < 0,001$).

Отягощенный репродуктивный анамнез был выявлен у 50 (58%) женщин основной группы, у 32 (37%) женщин контрольной группы ($\chi^2=6,736$; $p=0,010$). Самопроизвольные выкидыши до 12 недель беременности были у 27 (31%) женщин основной группы и у 15 (17%) женщин контрольной группы ($\chi^2=3,812$; $p=0,051$). Медицинские аборт были в анамнезе у 24 (28%) пациенток основной группы и у 11 (13%) пациенток контрольной группы ($\chi^2=5,165$; $p=0,024$). Внематочная беременность отмечалась в анамнезе у 5 (6%) женщин в основной группе, в контрольной группе – у 1 (1%) женщины ($\chi^2=1,554$; $p=0,213$). В основной группе 26 (30%) женщин были первородящими и 60 (70%) повторнородящими, в контрольной группе 32 (37%) женщины были первородящими и 54 (63%) повторнородящими ($\chi^2=0,650$; $p=0,420$). Наличие ПОНРП в предыдущих родах у повторнородящих женщин отмечалось у 5 (8%) человек основной группы, а в группе сравнения данной патологии не выявлено ($\chi^2=3,296$; $p=0,070$). Высокий паритет беременностей и родов (более 3-х) имели 22 (26%) пациентки основной группы и 5 (6%) пациенток контрольной группы ($\chi^2=11,247$; $p < 0,001$). Диагноз «первичное бесплодие» был выявлен в анамнезе у 10 (12%) человек основной группы и у 3 (3%) человек контрольной группы ($\chi^2=2,996$; $p=0,084$).

Гинекологический анамнез был отягощен у 79 (92%) человек основной группы и у 39 (45%) человек контрольной группы ($\chi^2=41,056$; $p < 0,001$). Среди гинекологической патологии были выявлены такие заболевания, как: патология шейки матки – у 61 (71%) пациентки основной и 30 (35%) пациенток контрольной группы ($\chi^2=21,001$; $p < 0,001$), миома матки – у 27 (31%) женщин основной и у 9 (10%) женщин контрольной группы ($\chi^2=11,382$; $p < 0,001$), кисты яичников – у 15 (17%) пациенток основной группы и у 4 (5%) пациенток контрольной группы ($\chi^2=5,917$; $p=0,015$), патология эндометрия была у 13 (15%) человек

основной и была у 3 (3%) человек контрольной группы ($\chi^2=5,582$; $p=0,019$), воспалительные процессы половых органах – у 12 (14%) женщин основной группы и у 4 (5%) женщин контрольной группы ($\chi^2=3,377$; $p=0,067$). Врожденные аномалии развития половых органов имели в анамнезе 5 (6%) пациенток основной группы, а в контрольной группе данной патологии не выявлено ($\chi^2=3,296$; $p=0,070$).

Осложненное течение настоящей беременности наблюдалось у 76 (88%) женщин основной группы и у 52 (60%) женщин контрольной группы, ($\chi^2= 16,962$; $p<0,001$).

В таблице 1 приведены наиболее частые осложнения, наблюдавшиеся в исследуемых группах.

Таблица 1 – Осложнения беременности, n (%)

Осложнение	Основная группа (n=86)	Контрольная группа (n=86)	Уровень значимости, χ^2 ; p
Анемия	67 (78%)	43 (50%)	13,341; <0,001
ХПН	37 (43%)	28 (33%)	2,003; 0,209
ГАГ	26 (30%)	8 (9%)	10,594; 0,002
Отеки беременных	28 (33%)	7 (8%)	14,348; <0,001
Гестационный пиелонефрит	16 (19%)	2 (2%)	10,486; 0,002
ПЭ	12 (14%)	4 (5%)	3,377; 0,067
ГСД	16 (19%)	3 (3%)	8,520; 0,004
УПБ, ИЦН	54 (63%)	15 (17%)	34,942; <0,001
Маловодие	10 (12%)	7 (8%)	0,261; 0,610
Многоводие	9 (10%)	6 (7%)	0,292; 0,589
Резус отрицательная принадлежность крови матери без титра антител	28 (33%)	14 (16%)	14,518; <0,001
Перенесенные инфекционные заболевания во время беременности (ОРИ, гайморит, ринит, бронхит, пневмония, вагинит)	44 (51%)	20 (23%)	13,164; <0,001

Примечания: хроническая плацентарная недостаточность – ХПН, гестационная артериальная гипертензия – ГАГ, преэклампсия – ПЭ, гестационный сахарный диабет – ГСД, угроза прерывания беременности – УПБ, истмико-цервикальная недостаточность – ИЦН.

Выводы

В ходе работы было выяснено, что по сравнению с женщинами без ПОНРП срок родов при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты был значительно меньше ($U=1297$; $p<0,001$), а возраст женщин больше ($U=2482$; $p<0,001$), Чаще наблюдались: отягощенный акушерский анамнез ($\chi^2=6,736$; $p=0,010$), а именно: медицинские аборт ($\chi^2=5,165$; $p=0,024$), высокий паритет беременностей и родов (более 3-х) ($\chi^2=11,247$; $p<0,001$), отягощенный гинекологический анамнез ($\chi^2=41,056$; $p<0,001$), такими заболеваниями, как патология шейки матки ($\chi^2=21,001$; $p<0,001$), миома матки ($\chi^2=11,382$; $p<0,001$), кисты яичников ($\chi^2=5,917$; $p=0,015$), патология эндометрия ($\chi^2=5,582$; $p=0,019$), осложненное течение настоящей беременности ($\chi^2=16,962$; $p<0,001$), такими диагнозами, как анемия ($\chi^2=13,341$; $p<0,001$), гестационная артериальная гипертензия ($\chi^2=10,594$; $p=0,002$), отеки беременных ($\chi^2=14,348$; $p<0,001$), гестационный пиелонефрит ($\chi^2=10,486$; $p=0,002$), гестационный сахарный диабет ($\chi^2=8,520$; $p=0,004$), угроза прерывания беременности и истмико-цервикальная недостаточность ($\chi^2=34,942$; $p<0,001$), а еще резус-отрицательная принадлежность крови матери без титра антител ($\chi^2=14,518$ $p<0,001$) и пе-

ренесенные инфекционные заболевания во время беременности (ОРИ, гайморит, ринит, бронхит, пневмония, вагинит) ($\chi^2=13,164$; $p<0,001$). Данные осложнения могут рассматриваться, как потенциальные факторы риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, а беременным женщинам следует проводить своевременную коррекцию гестационных осложнений с целью предупреждения ПОНРП.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Преждевременная отслойка плаценты. Эпидемиология, факторы риска. Систематический обзор / И. С. Рудакова [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2021. – Т. 20. – № 3. – С. 118–133.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП): зависимость объема кровопотери от сопутствующих осложнений / В. А. Багиянц [и др.] // Тезисы XV Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» и VIII Общероссийской конференции «Контраверсии неонатальной медицины и педиатрии». – 2021. – С. 4–4.
3. Нечаева. Ю. С. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. анализ клинических случаев / Ю. С. Нечаева, И. А. Курако, А. Г. Фирсова // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2019. – № 3. – С. 176–179.

УДК 618.1–037:378.6–057.875–055.2(476.2–25)

Я. В. Кикинёва

Научный руководитель: ассистент Т. И. Желобкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ СТУДЕНТОК ГОМГМУ

Введение

Согласно определению ВОЗ, репродуктивное здоровье – состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся функций и процессов репродуктивной системы, а также психосоциальных отношений на всех стадиях жизни [1]. В молодом возрасте закладываются основные привычки, связанные с заботой о своем репродуктивном здоровье, а также начинают появляться факторы риска, способные привести к нарушению репродуктивной функции. Представляет интерес провести анкетирование студенток для выявления основных рисков для здоровья репродуктивной системы.

Ожирение является фактором риска гормональных заболеваний, а также патологии беременности. Оно может привести к онкологическим заболеваниям, синдрому поликистоза яичников, гестационному сахарному диабету [2]. При скрининге лиц с избыточной массой тела используется индекс массы тела (ИМТ). В норме ИМТ – 18,5–25,0 [3]. Нарушения менструального цикла могут стать причиной нарушения овуляции. К бесплодию могут привести и различные заболевания половой системы [4]. Фактором риска бесплодия является также стресс: он вызывает вегетативные нарушения, приводящие к дискоординации гладкой мускулатуры фаллопиевых труб. Это может привести к функциональной трубной непроходимости [5].

Некоторые врачебные специальности, в частности, акушера-гинеколога и хирурга, несут риск нарушения менструального цикла, опущения женских половых органов, воспалительными заболеваниями тазовых органов, варикозное расширение вен нижних конечностей [6].

К нарушению менструальной функции, невынашиванию беременности, бесплодию может привести работа в условиях сенсорно-эмоциональных перегрузок – в частности, ночные смены [7].