

снижение качества жизни больных дают основание считать ТЭЛА и ее последствия заболеваниями, имеющими большое социальное значение. Особую опасность тромботические осложнения представляют в связи с быстротой развития патологического процесса и трудностью диагностики. Даже массивная ТЭЛА прижизненно диагностируется у 40–70 % больных. При этом посмертно установить легочную эмболию возможно только при тщательном исследовании легочных артерий. Кроме того, клиническая симптоматика ТЭЛА неспецифична, т. е. сходные симптомы могут наблюдаться при многих заболеваниях. В связи с этим становится чрезвычайно важной эффективная профилактика тромботических осложнений на всех этапах ведения гинекологических больных.

У пациентки имелись следующие факторы риска: возраст более 75 лет, аборт в анамнезе, тяжелые заболевания легких, крупное открытое хирургическое вмешательство более 45 мин, ХСН IIА. Следовательно, риск развития тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде был высоким.

Выводы

Тактика ведения пациента с высоким риском тромбоэмболических осложнений соответствовала рекомендациям по проведению реанимационных мероприятий при ТЭЛА. Тем не менее, профилактика оказалась неэффективной в связи с тяжелым соматическим состоянием больной и особенностями гемостаза у гинекологических больных. Так, контрацепция, аборт, гинекологические манипуляции, беременность, оперативные вмешательства при родах изменяют коагуляционный потенциал крови в сторону гиперкоагуляции. Следовательно, несмотря на эффективную профилактику тромбоэмболических осложнений состояние гемостаза пациентов гинекологического профиля по-прежнему ведет к большому числу тромботических осложнений, и проблема ведения таких больных остается открытой.

УДК 616.831-001.8-005.4-053.1-037

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПОКСИЧЕСКО-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НОВОРОЖДЕННОГО

Оршанская В. О., Шнейдер В. С.

Научный руководитель: ассистент В. Н. Калачев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Ведение

Гипоксическо-ишемическая энцефалопатия встречается с частотой от 7 до 25 % и занимает ведущее место в структуре (40–70 %) перинатальной смертности [1, 4, 5]. Существует мнение, что у 10–35 % детей с гипоксическо-ишемической энцефалопатией могут возникать детские церебральные параличи и другие тяжелые неврологические нарушения [2, 3].

Цель

Изучить факторы риска развития гипоксическо-ишемической энцефалопатии новорожденных.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ течения беременности и родов у 55 пациенток УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» за период 2017–2018 гг. Основную группу составили 26 женщин с гипоксическо-ишемической энцефалопатией новорожденного, группу сравнения — 29 женщин, родивших здоровых детей.

Статистическая обработка данных проведена в программах «Statistica» 6.0 и «Microsoft Excel 2013». Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами было изучено течение беременности женщин, родивших детей с гипоксическо-ишемической энцефалопатией (таблица 1).

Таблица 1 — Некоторые аспекты течения беременности и родов в группах, n (%)

Показатели	Основная группа, n = 26	Группа сравнения, n = 29	P
Артериальная гипертензия	6 (23 %)	2 (6 %)	p = 0,09
Эрозия шейки матки	14 (54 %)	17 (57 %)	p = 0,72
Первая беременность	12 (46 %)	3 (10 %)	p = 0,002
Анемия беременных	22 (85 %)	13 (34 %)	p = 0,002
Вагинит	19 (73 %)	20 (69 %)	p = 0,738
Расположение плаценты по передней стенке матки	18 (69 %)	13 (45 %)	p = 0,069
Обвитие пуповины вокруг шеи плода	7 (27 %)	2 (7 %)	p = 0,06
Нарушение фетоплацентарного кровообращения	7 (26 %)	2 (7 %)	p = 0,043
Головное предлежание плода	24 (93 %)	25 (86 %)	p = 0,862
Угроза прерывания беременности	12 (46 %)	1 (3 %)	p = 0,0002
Преждевременный разрыв плодных оболочек	9 (34 %)	5 (17 %)	p = 0,01
Преждевременные роды	20 (77 %)	3 (10 %)	p = 0,001
Оперативное родоразрешение	20 (77 %)	10 (35 %)	p = 0,002

Возраст женщин в группах не имел различий и составил: в основной группе — 28 (25; 33) лет, в группе сравнения — 30 (25; 33) лет ($p = 0,3$). У женщин основной группы первая беременность наблюдалась значимо чаще, чем в группе сравнения — 12 (46 %) женщин в основной группе против 3 (10 %) женщин в группе сравнения (OR = 7,4; CI 95 % 1,7–30,8; $p = 0,002$).

Анемия в основной группе встречалась значимо чаще, чем в группе сравнения: 22 (85 %) женщины против 13 (34 %) (OR = 6,7; CI 95 % 1,8–24,6; $p = 0,002$). На уровне статистической тенденции имелись различия в частоте артериальной гипертензии (OR = 4,05; CI 95 % 0,7–22,2; $p = 0,09$).

В основной группе беременность осложнялась угрозой прерывания беременности чаще, чем в группе сравнения — 12 (46 %), против 1 (3 %) (OR = 24; CI 95 % 2,8–203,6; $p = 0,0002$). Преждевременные роды в основной группе произошли у 20 (77 %) женщин, что значимо чаще, чем в группе сравнения — у 3 (10 %) женщин (OR = 28,8; CI 95 % 6,4–129,9; $p = 0,001$).

Преждевременный разрыв плодных оболочек в основной группе встречался значимо чаще, чем в группе сравнения — 9 (34 %) случаев против 5 (17 %) (OR = 2,54; CI 95 % 1,7–8,9; $p = 0,01$). На уровне статистической тенденции имелись различия в частоте встречаемости обвития пуповины вокруг шеи плода: в основной группе — у 7 (27 %), а в группе сравнения — у 2 (7 %) женщин ($p = 0,06$).

Родоразрешение путем кесарева сечения было произведено у 20 (77 %) женщин основной группы, что значимо выше, чем в группе сравнения — у 10 (35 %) женщин ($p = 0,002$).

Учитывая большее количество преждевременных родов в основной группе, как следствие, масса и рост тела новорожденных в этой группе, были значимо меньше, чем у новорожденных группы сравнения и составили: вес — 2190 (1500; 2680) г против 3410 (3140; 3720) г ($p < 0,05$), длина тела — 46 (41; 49) см против 54 (52; 56) см ($p < 0,05$).

Выводы

К факторам риска гипоксическо-ишемической энцефалопатии новорожденного можно отнести: анемию беременных, которая чаще развивалась у женщин основной группы ($p = 0,002$), угрожающие прерывание беременности ($p = 0,0002$), преждевре-

менный разрыв плодных оболочек ($p = 0,01$), а так же преждевременные роды ($p = 0,001$). Беременность в основной группе чаще осложнялась нарушениями фетоплацентарного кровотока ($OR = 4,9$; $CI\ 95\ \% 0,9-26,6$; $p = 0,043$). Стоит указать на более высокую частоту первой беременности у женщин основной группы ($p = 0,002$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Neuronal cell death in neonatal hypoxia-ischemia / F. J. Northington [et al.] // Spine. — 2011. — Vol. 69, № 7. — P. 43–758.
2. Strength of association between umbilical cord pH and perinatal and long term outcomes: systematic review and meta-analysis / G. L. Malin [et al.] // Spine. — 2010. — Vol. 340, № 8. — P. 1471.
3. Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review / M. K. Mwanki [et al.] // Spine. — 2012. — Vol. 67, № 5. — P. 445–452.
4. Early cerebral hemodynamic, metabolic, and histological changes in hypoxic-ischemic fetal lambs during postnatal life / V. E. Mielgo [et al.] // Spine. — 2011. — Vol. 12, № 9. — P. 111.
5. Анастасьева, В. Г. Современные методы диагностики и коррекции морфофункциональных нарушений фетоплацентарного комплекса при плацентарной недостаточности / В. Г. Анастасьева. — Новосибирск, 1998. — 287 с.

УДК 618.33-06-018-037:618.39

ФАКТОРЫ РИСКА И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Парасевич М. Г.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *Н. Л. Громыко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема невынашивания беременности остается одной из наиболее актуальных проблем в современном акушерстве, так как не только влечет за собой снижение рождаемости, но и оказывает отрицательное влияние на здоровье женщин [1]. Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш, т. е. гибель эмбриона или плода в раннем сроке с длительной задержкой его в полости матки — неразвивающаяся беременность. При этом на основании ультразвукового исследования органов малого таза диагностируют два типа неразвивающейся беременности: анэмбрионию и гибель эмбриона (плода) [2].

Согласно данным литературы, наиболее частыми причинами развития неразвивающейся беременности являются эндокринная патология и иммунологические нарушения у матери, хронический эндометрит, неправильный образ жизни, инфекционные факторы, в том числе инфекции, передаваемые половым путем, аномалии развития матки [3].

Цель

Изучить основные факторы, способствующие возникновению у женщин неразвивающейся беременности, провести морфологический анализ биологического материала этих же пациенток.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни пациенток, госпитализированных в гинекологическое отделение ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 4» с диагнозом неразвивающаяся беременность в сроке до 12 недель в 2019 г. Для достижения цели изучен возрастной состав пациенток, акушерско-гинекологический и соматический анамнез, срок беременности, на котором была выявлена неразвивающаяся беременность, и клинические данные заболевания. Статистическая обработка результатов проводилась в программе «Microsoft Excel» 2010 с использованием описательной статистики (доля, ошибка доли).