

ло 42,2 %. Осложненные роды, ставшие причиной оперативного родоразрешения, в основной группе составили 4,4 % (клинически узкий таз, слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции). В контрольной группе у всех женщин (100 %) роды произошли в сроке гестации после 37 недель беременности, из них оперативное родоразрешение составило 31,1 %, $t = 1,1$. Превалировали плановые операции, однако 6,7 % вмешательств выполнено по экстренным показаниям (изменение ЧСС плода, выход мекония в амниотическую жидкость).

Выводы

Таким образом, ведение пациенток с привычным невынашиванием в анамнезе с использованием различных схем гормонотерапии и применения низкомолекулярных гепаринов, позволяет пролонгировать срок гестации до доношенного. Частота осложненного течения беременности в основной группе наблюдалась в 1,4 раза чаще, чем в контрольной. Плацентарные нарушения имели место в 1,5 раза чаще; отеки, вызванные беременностью — в 2 раза; артериальная гипертензия, вызванная беременностью — в 4 раза чаще. Привычное невынашивание в анамнезе требует в 1,4 раза чаще оперативных методов родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наумчик, Е. Невынашивание беременности. Сбереечь драгоценную ношу / Е. Наумчик, Е. Клещенок // Невынашивание беременности. Сбереечь драгоценную ношу — МедВестник [Электронный ресурс]. — 2014. — Режим доступа: http://www.medvestnik.by/ru/sovremennii_podxod/view/nevynashivanie-beremennosti.-sberech-dragotsennuju-noshu-7233-2009. — Дата доступа: 14.03.2020.
2. Современные аспекты привычного невынашивания беременности / А. М. Бегизова [и др.] // Материалы XVI Всероссийского научного форума «Мать и дитя». — М., 2015. — С. 20–21.
3. Pathogenesis of infertility and recurrent pregnancy loss in thyroid autoimmunity / G. Twig [et al.] // J Autoimmun. — 2012. — Vol. 38. — P. 275–281.
4. Boots, C. Does obesity increase the risk of miscarriage in spontaneous conception: a systematic review / C. Boots, M. D. Stephenson // Semin Reprod Med. — 2011. — Vol. 29. — P. 507.
5. Evidence — based guidelines for the investigation and medical treatment of recurrent miscarriage / E. Jauniaux [et al.] // Hum Reprod. — 2006. — Vol. 21. — P. 2216.

УДК 618.3:616.12-008.331.1

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Мироненко Е. С., Рулева Е. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Эйныш

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гипертензивные заболевания у беременных являются лидирующими по частоте развития материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире. Данная патология повышает риск преждевременных родов, отслойки нормально расположенной плаценты, является причиной нарушения мозгового кровообращения, отслойки сетчатки, эклампсии, массивных коагулопатических кровотечений.

Цель

Проанализировать структуру гипертензивных нарушений у беременных, факторы риска их развития, частоту проведения профилактики в амбулаторных условиях.

Материал и методы исследования

Материалами исследований явились карты амбулаторного наблюдения беременных пациенток с гипертензивными заболеваниями ($n = 29$, 1 группа), находившихся на диспансерном наблюдении в женской консультации филиала № 1 УЗ «Гомельская го-

родская центральная поликлиника» в 2018–2019 гг. Для сравнения были проанализированы истории родов и данные обменных карт у 30 пациенток (2 группа), отобранные методом сплошной выборки. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью «Microsoft Excel» 2016. Результаты представлены в виде медианы (Me), 25 и 75 перцентилей, средней и ее ошибки, доли (%) и 95 % доверительного интервала (ДИ). Сравнения полученных результатов проведено с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса. Статистически значимыми считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Гипертензивные нарушения у пациенток 1 группы были представлены гестационной гипертензией (ГГ) у 23 (79,3 %, ДИ 60; 92), хронической артериальной гипертензией (ХАГ) и умеренной преэклампсией (ПЭ) — по 3 пациентки (10,3 %, ДИ 2; 27), $\chi^2 = 25,1$, $p < 0,001$. Данные диагнозы были выставлены при следующих средних значениях артериального давления (АГ) на сроках гестации: хроническая АГ — $133 \pm 5,8/90$ мм рт. ст. на $13,9 \pm 3,8$ неделе; гестационная АГ — $141,7 \pm 10,2/92,2 \pm 6,9$ мм рт. ст. на $28,7 \pm 7,34$ неделе; ПЭ: $136,7 \pm 5,8/90$ мм рт. ст., протеинурия $0,2 \pm 0,18$ г/л на $33,1 \pm 8,5$ неделе. Раннее начало гипертензивных нарушений (на сроках гестации до 34 недель) было выявлено у 12 пациенток (40 %, ДИ 23; 59). Пациентки были сопоставимы по возрасту — 31 (26; 42) и 33 (28; 34) года. В 1 группе преобладали повторнородящие — 17 (58,6 %, ДИ 39; 76), во 2 — все пациентки имели первую беременность. В анамнезе у 7 пациенток 1 группы отмечались прерывания беременности (24,1 %, ДИ 10; 43) пациенток, в том числе в связи с неразвивающейся беременностью и патологией плода во втором триместре беременности — 4 (13,8 %, ДИ 3; 31). У 2 пациенток (6,9 %, ДИ 1; 23) во время предыдущих беременностей отмечались гипертензивные нарушения. У 1 (3,4 %) пациентки наблюдалась ЭКО-индуцированная беременность. В гинекологическом анамнезе отмечались неспецифические воспалительные заболевания половых органов (вагинит) — 6 (20,7 %, ДИ 8; 40), нейроэндокринные синдромы (синдром поликистозных яичников, бесплодие гормонального генеза) — 5 (17,2 %, ДИ 5; 36), специфические воспалительные инфекционные заболевания половых органов (хламидиоз, сифилис), доброкачественная опухоль матки — по 3 (10,3 %, ДИ 2; 27), фоновые доброкачественные заболевания шейки матки — 2 (6,9 %, ДИ 1; 23). У пациенток 2 группы наблюдались неспецифические и специфические воспалительные заболевания половых органов (вагинальный кандидоз, хронический уреаплазмоз), фоновые доброкачественные заболевания шейки матки, внематочная беременность — по 1 случаю (3,3 %, ДИ 1; 17). Сопутствующие соматические заболевания у пациенток 1 группы: ЖКТ (хронический гастрит, калькулезный холецистит) — 7 (24,1 %, ДИ 24; 14), дыхательная система (хронический тонзиллит, риносинусит, фарингит) — 6 (20,7 %, ДИ 20; 69), сердечно-сосудистая система (МАРС: ПМК, гипотрофия МЖП, Н0) — 5 (17,2 %, ДИ 17; 24), глазные заболевания (миопия, фоновая ангиопатия сетчатки, амблиопия) — 8 (27,6 %, ДИ 27; 59), система крови и кроветворения (полиморфизм генов наследственной тромбофилии, анемия) — 6 (20,7 %, ДИ 20; 69), заболевания эндокринной системы (диффузный зоб, субклинический гипотиреоз) и ожирение (1, 2 степени) — 8 (27,6 %, ДИ 24; 14), мочевыделительная система (нефроптоз, нефрокальциноз, хронический пиелонефрит) — 5 (17,2 %, ДИ 17; 24), инфекционные заболевания (ВГС) и дерматологические заболевания (красный плоский лишай) — по 1 (3,5 %, ДИ 3; 45). Всего соматических заболеваний выявлено 48 (по 1,7 на пациентку). Частота соматических заболеваний, позволяющих отнести пациенток в группу высокого риска по развитию ПЭ, составила 19 (65,5 %, ДИ 46; 82). У пациенток второй группы была выявлена соматическая патология: ЖКТ (хронический гастрит) — 2 (6,7 %, ДИ 1; 22), дыхательная система (хронический тонзиллит, бронхиальная астма, вазомоторный ринит) — 3 (10 %, ДИ 2; 27), глазные заболевания (миопия) — 10 (33,3 %, ДИ 17; 53), система крови и кроветворе-

ния (анемия) — 7 (23,3 %, ДИ 10; 42), мочевыделительная система (хронический цистит, хронический пиелонефрит, нефроптоз) — 3 (10 %, ДИ 2; 27), инфекционные заболевания (носитель HCV) — 1 (3,3 %, ДИ 1; 17), эндокринная система (узловой зоб, эутиреоз, мелкие кисты щитовидной железы) и ожирение (1 степени) — 7 (23,3 %, ДИ 10; 42), дерматологические заболевания (отрубевидный лишай) — 1 (3,3 %, ДИ 1; 17). Всего соматических заболеваний выявлено 35 (по 1,2 на пациентку). Частота соматических заболеваний, позволяющих отнести пациенток в группу высокого риска по развитию ПЭ, составила 10 (33,3 %, ДИ 17; 52), $\chi^2 = 4,9$, $p = 0,03$. У всех пациенток оценивались биохимические маркеры ПЭ в первом триместре беременности (РАРР-А в сыворотке крови), данный маркер находился в пределах нормы. Оценка УЗ-маркеров ПЭ (доплерометрия кровотока в маточных артериях) пациенткам обеих групп не выполнялась. Осложнения при беременности встречались у 21 (72,4 %, ДИ 53; 87) пациентки 1 группы: угрожающий выкидыш в первом триместре беременности — 4 (13,8 %, ДИ = 3,32), гестационный пиелонефрит — 1 (4,7 %, ДИ 4; 76), гестационный сахарный диабет — 1 (4,7 %, ДИ 4; 76), отеки беременных — 8 (13,8 %, ДИ 4; 31), анемия беременных — 3 (10,3 %, ДИ = 2,27), хроническая плацентарная недостаточность — 11 (37,9 %, ДИ 21; 58). Во 2 группе отеки беременных наблюдались у 2 (6,7 %, ДИ 1; 22), $\chi^2 = 4,3$, $p = 0,03$, хроническая плацентарная недостаточность — 11 (36,7 %, ДИ 20; 56). Частота осложнений беременности у пациенток 1 группы, позволяющих отнести пациенток в группу высокого риска по развитию ПЭ, составила 14 (48,3 %, ДИ 29; 67) против 2 пациенток 2 группы (6,7 %, ДИ 1; 22), $\chi^2 = 10,9$, $p < 0,001$. Профилактика ПЭ проводилась 5 пациенткам 1 группы (17,2 %, ДИ 6; 36) аспирином в дозе 0,5 г 1 раз в сутки внутрь на сроках гестации с 12 недели до 36 недели.

Выводы

1. В структуре гипертензивных нарушений преобладала гестационная АГ у 23 (79,3 %) (ДИ 60; 92) пациенток против ХАГ и умеренной (ПЭ) — по 3 (10,3 %) пациентки (ДИ 2; 27), $\chi^2 = 19,9$, $p < 0,001$.

2. Частота соматических заболеваний, позволяющих отнести пациенток 1 группы в группу высокого риска по развитию ПЭ, составила 19 (65,5 %, ДИ 46; 82) против 10 (33,3 %, ДИ 17; 52), $\chi^2 = 4,9$, $p = 0,03$.

3. Частота осложнений беременности у пациенток 1 группы, позволяющих отнести пациенток в группу высокого риска по развитию ПЭ, составила 14 (48,3 %, ДИ 29; 67) против 2 пациенток 2 группы (6,7 %, ДИ 1; 22), $\chi^2 = 10,9$, $p < 0,001$.

4. Профилактические мероприятия ПЭ, как наиболее тяжелой формы гипертензивных нарушений во время беременности, проводились только у 5 пациенток (17,2 %, ДИ 17; 24) группы высокого риска.

УДК 618.146:[616.98:578.827.1]-07-084

ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА: ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Невар А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Хворик

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Одним из этиологических факторов развития опухолевых и предопухолевых заболеваний цервикального эпителия является хроническое воспаление. В последнее время