

УДК 616.12-008.331.1:618.2(476.2)

**ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА
У БЕРЕМЕННЫХ ГОМЕЛЯ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Свирид Е. В., Кулак О. О.

Научный руководитель: ассистент Т. И. Желобкова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Преэклампсия (ПЭ) — мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (после 20-й недели), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией ($\geq 0,3$ г/л в суточной моче), нередко отеками и проявлениями полиорганной недостаточности (ПОН) [1].

Этиология ПЭ до настоящего времени остается недостаточно изученной. Ключевым моментом патогенеза ПЭ является эндотелиальная дисфункция, в основе развития которой может быть несколько причин [1, 2]. Основными факторами риска развития ПЭ во время беременности по данным литературных источников являются возраст младше 19 и старше 30 лет, хроническая артериальная гипертензия до беременности, экстрагенитальные заболевания (сахарный диабет, ожирение, патология почек гломерулонефрит, пиелонефрит), ПЭ в анамнезе предыдущей беременности, многоплодная беременность.

Цель

Провести анализ данных и выделить факторы риска, способствующие развитию ПЭ у беременных, определить наиболее частый способ родоразрешения пациенток с ПЭ.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ историй родов 120 пациенток У «Гомельская областная клиническая больница» за период с 2018 по 2020 гг. В процессе проведения работы, беременные были разделены на две группы: основную группу ($n = 60$) составили беременные с диагнозом ПЭ, в нее входили 43 женщины с умеренной ПЭ и 17 с тяжелой ПЭ; группу сравнения ($n = 60$) составили пациентки без гипертензивных расстройств во время беременности.

Для анализа использовались следующие данные беременных: возраст, наличие экстрагенитальных заболеваний, способ родоразрешения, наличие осложнений.

Статистическая обработка данных, результатов исследования осуществлялась с использованием программы «Microsoft Office Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациенток в основной группе составил 28 лет, в группе сравнения средний возраст составил 27. Пациенток до 30 лет в основной группе было 34, после 30–26, в группе сравнения беременных до 30 лет было 35, после 30–25.

В таблице 1 представлены данные по признакам исследуемых групп.

Количество первородящих с умеренной ПЭ было 21 (35 %), пациенток с тяжелой ПЭ было 11 (18,3 %). В группе сравнения первородящих было 29 (48,3 %), количество повторнородящих составило 31 (51,7 %). Хроническая артериальная гипертензия 1 степени риск 2 отмечалась у 17 беременных с умеренной ПЭ и у 8 пациенток с тяжелой ПЭ.

В основной группе количество пациенток с ожирением 1 степени составило 6 (14%) с умеренной ПЭ и 1 (1,7 %) — с тяжелой ПЭ, 2 степени — у 4 (9,3 %) пациенток с умеренной ПЭ и 2 (3,4 %) — с тяжелой, с 3 степенью ожирения — у 1 (2,3 %) пациентки с умеренной ПЭ и 2 (3,4 %) — с тяжелой ПЭ. В группе сравнения пациенток с 1 степенью ожирения было 3 (5 %), со 2-й — 2 (3,3 %) и с 3-й степенью ожирения в данной выборке было 2 (3,3 %) пациентки.

Таблица 1 — Сравнительный анализ пациенток основной группы и группы сравнения (n = 120)

Показатель	Основная группа (n = 60)		Группа сравнения (n = 60)	
	абс.	отн.	абс.	отн.
Первородящие:	32	53,3 %	29	48,3 %
С умеренной преэклампсией	21	35 %	—	—
С тяжелой преэклампсией	11	18,3 %	—	—
Повторнородящие	28	46,7 %	31	51,7 %
Артериальная гипертензия	25	41,6 %	—	—
Ожирение: 1 степени	7	11,6 %	3	5 %
2 степени	6	10 %	2	3,3 %
3 степени	3	5 %	2	3,3 %
Пиелонефрит: хронический	19	31,6 %	3	5 %
гестационный	6	10 %	1	1,6 %
Сахарный диабет: 1 типа	3	5 %	—	—
2 типа	1	1,6 %	—	—
Хроническая плацентарная недостаточность	22	36,6 %	5	8,3 %
Фетоплацентарная недостаточность	15	24,9 %	3	5 %
Маточно-плацентарная недостаточность	2	3,3 %	—	—
Задержка роста плода	7	11,6 %	1	1,6 %
Миопия	13	21,6 %	11	18,3 %

Хронический пиелонефрит в анамнезе наблюдался у 8 (18,6 %) пациенток с умеренной ПЭ и у 11 (64,7 %) с тяжелой ПЭ. Гестационный пиелонефрит, который появился на фоне инфекционно-воспалительного процесса, был отмечен у 3 (6,9 %) пациенток с умеренной ПЭ и у 3 (17,6 %) с тяжелой ПЭ. В группе сравнения случаев развития хронического пиелонефрита было 3 (5 %), гестационный пиелонефрит встречался в одном случае (1,6 %).

Как осложнение ПЭ в основной группе была выявлена хроническая плацентарная недостаточность у 22 пациенток. Из них фетоплацентарная недостаточность составила маточно-плацентарная — 3,3 %, задержка роста плода — 11,6 %. В группе сравнения хроническая плацентарная недостаточность наблюдалась только у 5 пациенток.

Миопия различных степеней в основной группе встречалась у 13 (21,6 %) пациенток, в группе сравнения у 11 (18,3 %).

При умеренной ПЭ количества белка составило от 0,3 до 1 г/л. При тяжелой ПЭ количество белка варьировалось от 1,1 до 4,7 г/л, так же у 3 женщин с тяжелой ПЭ количество белка было более 5 г/л. У 14 (23,3 %) беременных из 60, наблюдались отеки.

Способы родоразрешения беременных представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Способы родоразрешения беременных

Способы родоразрешения	Основная группа (n = 60)		Группа сравнения (n = 60)	
	абс.	отн.	абс.	отн.
Через естественные родовые пути	35	58,3 %	46	68,3 %
Кесарево сечение:	17	28,3 %	10	16,6 %
— экстренное	4	6,7 %	6	10 %
— плановое	11	18,3 %	4	6,7 %
Индукцированные роды	8	13,4 %	4	6,7 %

Нами были проанализированы показатели методов родоразрешения: в основной группе через естественные родовые пути в 35 (58,3 %) случаях, путем операции кесарево сечение в плановом порядке — 11 (18,3 %), проведением экстренной операции кесарево сечение у 4 (6,7 %) женщин. Так же были проведены индуцированные роды в 8 (13,4 %) случаях. В группе сравнения через естественные родовые пути — 46 (68,3 %) случаев, путем проведения плановой операции кесарево сечение — 4 (6,7 %), экстренного — 6 (10 %).

Выводы

В ходе нашего исследования было выявлено значительное количество патологий в двух группах. Нами было выделено, что развитию ПЭ у беременных способствовали несколько основных и часто встречающихся факторов: хроническая артериальная гипертензия; экстрагенитальные патологии (ожирение и хронический пиелонефрит).

Осложнением в течении беременности у пациенток с данной патологией являлась хроническая плацентарная недостаточность (фетоплацентарная недостаточность — 24,9 %). Последний триместр беременности у рожениц с тяжелой ПЭ сопровождалось образованием отеков и наличием белка в моче более 5 г/л.

Основным способом родоразрешения пациенток с ПЭ были роды через естественные родовые пути (58,3 %). ПЭ остается актуальной проблемой и в настоящее время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. — 10-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — С. 263–270.
2. Барановская, Е. И. Гипертензия у беременных и преэклампсия / Е. И. Барановская // Медицинские новости. — 2017. — № 6. — С. 4–7.

УДК 618.14-002-002.2-073.43

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

Сивакова С. Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю. А. Лызикова

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Хронический эндометрит — воспалительный процесс с нарушением структуры и функции эндометрия, вариабельность течения которого объясняется трудностями диагностики [1]. Заболеваемость хроническим эндометритом варьирует в широких пределах — от 0,2 до 66,3 %. Наиболее высокая частота заболевания отмечается у женщин с бесплодием, неудачными попытками экстракорпорального оплодотворения и привычным невынашиванием беременности [2]. Для диагностики данной патологии используют такие методы как: ультразвуковое исследование (УЗИ), гистероскопию, гистологическое исследование, микробиологическое исследование, иммуногистохимическое исследование (ИГХ) эндометрия. «Золотым стандартом» диагностики хронического эндометрита является морфологическое исследование эндометрия, наиболее информативным является иммуногистохимическое исследование с определением не только маркеров воспаления, но и экспрессии рецепторов половых гормонов [3]. Вариабельность анатомического строения верхних отделов женских половых органов обуславливает трудности при проведении УЗИ в диагностике хронического эндометрита. Тем не менее, УЗИ является широко распространенным способом неинвазивной диагностики воспалительных заболеваний матки и придатков. Однако УЗИ позволяет выявлять прямые признаки воспаления лишь в 30–40 % случаев, тогда как косвенные признаки обнаруживаются чаще, однако они могут указывать на другие патологии, и менее специфичны. Процесс диагностики не должен ограничиваться одним исследованием, а предполагает комплексную оценку состояния пациентки. Как правило, результатов, полученных во время УЗИ, недостаточно для подтверждения диагноза хронический эндометрит [4].