

**Воронович В. О.**

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ФАКТОРАМИ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ТЭЛА**

*Научный руководитель: ассист. Суц Е. Л.*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — острая окклюзия тромбом или эмболом ствола или ветвей легочной артерии. В Республике Беларусь летальность от ТЭЛА на протяжении последних пяти лет составляет 15% в структуре материнских потерь. Следует отметить, что риск развития тромбэмболических осложнений в период беременности в 5,5 раз выше, чем у небеременных пациенток, а в послеродовом периоде риск дополнительно увеличивается в 3-6 раз при родоразрешении через естественные родовые пути и в 20 раз после операции кесарева сечения.

**Цель:** оценить особенности течения беременности и родов у женщин различных групп риска по развитию ТЭЛА.

**Материалы и методы.** Были проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток, находившихся на стационарном лечении и родоразрешенных в УЗ «6-я городская клиническая больница» в 2018 г. Выборочная совокупность составила 28 пациенток: основная группа (ОГ) (а) – 15 пациенток, имеющих средний риск развития ТЭЛА и ОГ (б) – 13 пациенток с высоким риском развития ТЭЛА. Стратификация риска проводилась по листу оценки риска венозных тромбэмболических осложнений (RCOG, 2015). Также была взята группа контроля (КГ) – 30 пациенток с низким риском развития ТЭЛА.

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст пациенток ОГ составил 35 [30,3; 39,7] лет, следует отметить, что возраст старше 35 является одним из факторов риска ТЭЛА. У пациенток КГ – 29 [25,4; 32,6] лет. Средний срок гестации пациенток ОГ составил 270 дней и 275 дней у пациенток КГ. Наиболее часто встречающимися факторами риска в ОГ и КГ были: варикозное расширение вен (77,33%), возраст старше 35 лет (68,33%), нарушение липидного обмена (18,67%). Среди акушерских факторов риска: родоразрешение предыдущих беременностей путем операции кесарева сечения (53,33%), 4 и более родов (16,67%), преэклампсия в анамнезе (26,67%). Осложнения (анемия, кольпит) в 1 триместре беременности выявлены у 3 (20%) пациенток ОГ(а) и у 4 (31%) пациенток ОГ(б). У пациенток КГ осложнения возникли у 4 (13%) пациенток. При этом достоверной связи между риском ТЭЛА и возникновением осложнений в 1 триместре не выявлено ( $p=0,26$ ). Во 2 триместре осложнения беременности были выявлены у 9 (60%) пациенток ОГ(а), у 11 (85%) пациенток ОГ(б) и у 8 (27%) пациенток КГ. Среди осложнений в ОГ были: гестационная анемия, кольпит, угроза прерывания беременности, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия (АГ), многоводие, маловодие. В КГ – гестационная анемия, кольпит, угроза прерывания беременности. Выявлена статистически значимая ( $p=0,003$ ) зависимость, между наличием факторов риска по ТЭЛА и возникновением осложнений гестации во 2 триместре. Осложнения беременности в 3 триместре у пациенток ОГ(а) и ОГ(б) составили 100%, в КГ – 50%. Наблюдается стойкая ( $p=0,002$ ) связь между наличием факторов риска по развитию ТЭЛА и наличием осложнений гестации. Следует отметить, что среди пациенток КГ преэклампсия развилась у 5 пациенток, что значительно меньше, чем среди пациенток ОГ: преэклампсия наблюдалась у 26 пациенток. При этом, чем выше степень риска осложнений по ТЭЛА, тем чаще возникала преэклампсия ( $p<0,001$ ).

**Выводы.** Отсутствует корреляция между степенью риска ТЭЛА у пациенток и осложнениями течения беременности в первом триместре. Выявлена достоверная зависимость между средним и высоким риском по развитию ТЭЛА и возникновением осложнений гестации во 2 и 3 триместре по сравнению с пациентками низкой степени риска.