

1. Грудное вскармливание детей первого года жизни (данные Минздрава России, расчет Росстата) / [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики : [сайт]. — URL: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Frosstat.gov.ru%2Fstorage%2Fmediabank%2FZdr3-3.xls&wdOrigin=BROWSELINK> (дата обращения: 15.10.2024);
2. Жилиев А. Г., Палачева Т. И. Система психологического сопровождения беременности и формирование осознанного материнства посредством психологического тренинга // Казанский педагогический журнал. – 2022. – № 1. – С. 234 – 241;
3. М. А. Пенжоян, В. М. Покровский, Г. А. Пенжоян. Оценка эффективности психопрофилактической подготовки беременных к родам // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 8(122). – С. 155 – 159;
4. Питание детей грудного и раннего возраста / [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения: [сайт]. — URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> (дата обращения: 13.10.2024);
5. Приказ Минздрава России от 10 февраля 2003 г. N 50 «О совершенствовании акушерско - гинекологической помощи в амбулаторно - поликлинических учреждениях»;
6. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология".

## **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Чепелев С.Н., Прусакова А.А., Петрова Е.О.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

Артериальная гипертензия (АГ), диагностируемая при уровне САД >140 мм рт. ст. и (или) ДАД >90 мм рт. ст., является проявлением включения основных патогенетических механизмов: увеличения сердечного выброса и повышения общего периферического сосудистого сопротивления [1]. Продолжительное функционирование организма в подобных условиях влечёт за собой ремоделирование эндотелиального слоя сосудистой стенки [3]. Для беременных женщин данная патология по праву считается особо значимой, поскольку чревата осложнениями как для матери в виде преэклампсии, преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, так и для плода в виде ФПН (фетоплацентарной недостаточности), ХГП (хронической гипоксии плода), СЗРП (синдрома задержки развития плода) [2].

Целью работы было оценить влияние АГ беременных как отягчающего фактора на состояние плода и течение беременности и родов.

В задачи работы входило:

1. Изучить классификацию артериальной гипертензии в соответствии с МКБ-10 и определить преобладающую форму среди рассматриваемой выборки пациенток.
2. Определить характер связи между артериальной гипертензией матери и показателями плода.
3. Проанализировать данные о состоянии новорожденного (по шкале Апгар).
4. Выявить значимость такого лабораторного исследования, как биохимический анализ крови, при прогнозировании тяжести течения беременности и родов.
5. Рассмотреть значимые исходы для матери и плода при АГ в качестве фактора риска.

На базе УЗ “Витебский городской клинический родильный дом № 2 г. Витебска” в период с 29.11.2023 г. по 13.03.2024 г. был проведён ретроспективный анализ 82 медицинских карт пациенток женского пола, 42 из которых были срочно госпитализированы на сроке с 28 по 40 неделю (третий триместр беременности) в связи с выявленным повышением АД, а остальные 40 не имели фактора риска в виде повышенного АД. Выборка была поделена на четыре группы в соответствии с возрастом: первая опытная – 22 человека (21-33 года), вторая опытная – 20 человек (34-44 года); первая контрольная – 20 человек (21-31 год), вторая контрольная – 20 человек (32-42 года). Для оценки значимости различий исходов в зависимости от воздействия фактора риска был применён критерий Хи-квадрат Пирсона ( $\chi^2$ ). В целях изучения направления и степени согласованности изменения признаков по шкале Чеддока между выборками был использован

коэффициент корреляции Пирсона ( $r$ ). Для описания распространённости признаков указана частота в процентах с определением 95% доверительного интервала [95% ДИ], вычисленного с помощью откорректированного метода Вальда. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета статистического анализа Statistica 10.0. Результаты считались достоверными при  $p < 0,05$ .

Частота случаев с АГ гестационной составила 9 человек (21,43% случаев [ДИ 11,49; 36,15]); с АГ хронической – 24 человека (57,14% [ДИ 42,19; 70,89]); с преэклампсией средней степени тяжести – 12 человек (28,57% [ДИ 17,06; 43,68]); с преэклампсией тяжёлой степени – 3 человека (7,14% [ДИ 1,77; 19,70]).

Риск развития преэклампсии, прогнозируемый с помощью биохимического маркера в виде гипопроteinемии (60 г/л и менее), присутствовал у 9 человек (18,37% [ДИ 9,75; 31,58]). Риск подтверждён (преэклампсия развилась) у 5 пациенток с гипопроteinемией (55,56% [ДИ 26,63; 81,16]), что соответствует известным научным данным о патогенетических аспектах рассматриваемой патологии [2].

Установлены достоверно значимые показатели при анализе зависимости оценки новорождённого по шкале Апгар (баллы) от уровня АД (мм. рт. ст.) матери: для первой опытной группы связь между исследуемыми признаками обратная, сила связи по шкале Чеддока заметная ( $r = -0,594$ ); для второй опытной группы связь обратная, слабая ( $r = -0,286$ ). Что касается крайней степени патологического состояния плода, то данные регистра беременных БЕРЕГ следующие: гибель плода/новорожденного регистрировалась в 4,0 раза чаще (95% ДИ 2,7—5,9) у женщин с гипертонической болезнью по сравнению с женщинами с нормальным АД ( $p < 0,05$ ) [4].

Выявлена статистическая значимость различий между опытными и контрольными группами при влиянии АГ как фактора риска для следующих исходов: повышенное АД систолическое для первой ( $\chi^2 = 38,165$ ;  $p < 0,001$ ) и второй ( $\chi^2 = 36,190$ ;  $p < 0,001$ ) опытных групп по отношению к первой и второй контрольным группам соответственно; АГ гестационная ( $\chi^2 = 25,964$ ;  $p < 0,001$ ), ( $\chi^2 = 26,667$ ;  $p < 0,001$ ); АГ хроническая ( $\chi^2 = 11,932$ ;  $p < 0,001$ ), ( $\chi^2 = 10,000$ ;  $p = 0,002$ ); преэклампсия средней степени тяжести ( $\chi^2 = 21,212$ ;  $p < 0,001$ ), ( $\chi^2 = 24,000$ ;  $p < 0,001$ ); преэклампсия тяжелая ( $\chi^2 = 34,711$ ;  $p < 0,001$ ), ( $\chi^2 = 36,190$ ;  $p < 0,001$ ); повышенное содержание АЛАТ (аланинаминотрансферазы) в плазме крови ( $\chi^2 = 31,542$ ;  $p < 0,001$ ), ( $\chi^2 = 32,727$ ;  $p < 0,001$ ); осложнения для плода ( $\chi^2 = 5,160$ ;  $p = 0,024$ ), ( $\chi^2 = 4,444$ ;  $p = 0,036$ ); преждевременные роды ( $\chi^2 = 7,636$ ;  $p = 0,006$ ), ( $\chi^2 = 7,059$ ;  $p = 0,008$ ), внутрисердечная экстрагенитальная патология (ДХЛЖ, МАС: ДМЖП): ( $\chi^2 = 11,932$ ;  $p < 0,001$ ), ( $\chi^2 = 15,172$ ;  $p < 0,001$ ).

Выводы.

1. Хроническая АГ преобладает среди иных форм АГ, диагностированных у пациенток при госпитализации (57,14% случаев [ДИ 42,19; 70,89]).

2. Состояние новорождённого (по шкале Апгар) корреляционно находится в тесной зависимости от уровня АД матери.

3. При рассмотрении АГ в качестве фактора риска для матери и плода найдена статистическая значимость различий всех анализируемых исходов, в частности осложнения для матери в виде преждевременных родов ( $\chi^2 = 7,636$ ;  $p = 0,006$ ), ( $\chi^2 = 7,059$ ;  $p = 0,008$ ) и осложнения для плода в виде ФПН, ХГП и СЗРП ( $\chi^2 = 5,160$ ;  $p = 0,024$ ), ( $\chi^2 = 4,444$ ;  $p = 0,036$ ).

4. Гипопроteinемия можно считать маркером возникновения и прогрессирования преэклампсии (55,56% случаев [ДИ 26,63; 81,16]).

5. В обеих опытных группах печень можно считать первично поражаемым при АГ органом-мишенью, что проявляется повышением соответствующего индикаторного биохимического маркера АЛАТ: ( $\chi^2 = 31,542$ ;  $p < 0,001$ ), ( $\chi^2 = 32,727$ ;  $p < 0,001$ ).

*Список литературы.*

1. Литвицкий П.Ф., Патолофизиология: учебное пособие / П.Ф. Литвицкий. – Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 808 с.; ил.; 22 см. – Библиогр.: с. 159–180. – 300 экз. – ISBN 5-9231-0334-6.

2. Преэклампсия: определение, новое в патогенезе, методические рекомендации, лечение и профилактика / В.А. Капительный, Д.Ю. Рейштат // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2020. – Том. 7, N 1. – С. 19–20.

3. M. J. Claeya, P. Coussementb, A. Pasquetc, T. Backerd, M. Pauwd Summary of 2018 ESC Guidelines on definition of myocardial infarction, myocardial revascularisation, cardiovascular disease during pregnancy and on arterial hypertension / Claeya M. J., Coussementb P., Pasquetc A., Backerd T., Pauwd M. // ACTA CARDIOLOGICA – 2020. – T.75, № 3, С. 179-185.

4. Артериальная гипертензия как фактор риска осложненного течения беременности и

## Раздел 1. Акушерство и гинекология

неблагоприятных перинатальных исходов – анализ регистра беременных БЕРЕГ / Р. И. Стрюк, Я. В. Брыткова, С. А. Бернс [и др.] // Кардиологический вестник. – 2018. – Т. 13, № 1. – С. 16–22.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



# МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА БЕЗ ГРАНИЦ

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО  
МОЛОДЁЖНОГО ФОРУМА



СТАВРОПОЛЬ, 2024