

тогенные микроорганизмы, высеянные из экссудата у больных с деструктивным панкреатитом, осложненным гнойным перитонитом. Таким образом, назначение стандартной схемы оправдано лишь на начальной стадии лечения. В дальнейшем требуется обязательное определение микробного состава и его чувствительности к антибиотикам для назначения селективной антибактериальной терапии.

#### Литература

1. Переяслов, А.А. Антибактериальная терапия больных с острой абдоминальной патологией / А.А. Переяслов, Т.М. Иванкив // Медицинские новости. – 2008.-№7.-С.77-78.
2. Стручков, В.И. Хирургическая инфекция: руководство для врачей / В.И. Стручков, В.К. Гостищев, Ю.В. Стручков. – М.: Медицина, 1991. – 560с.
3. Фролов, Л.А. Хирургическая тактика при лечении больных острым панкреатитом / Л.А. Фролов // Новости хирургии. – 2009. - №1. – С. 133-139.
4. Горбунов, В.А. Антибиотикорезистентность основных возбудителей гнойно-септических инфекций и оптимизация выбора антимикробных препаратов для терапии и профилактики / В.А. Горбунов // Медицинские новости. – 2004. - №10. – С.68-71.
5. Литвин, А.А. Антибактериальная профилактика инфицированного панкреонекроза с позиции доказательной медицины / А.А. Литвин, М.А. Али Абдуладиз// Медицинские новости. – 2008. - №5. – С.35-38.
6. Гаврилик, Б.Л. Выбор рациональной антибактериальной терапии при билиарных перитонитах / Б.Л. Гаврилик, С.М. Смотрин // Актуальные вопросы гепатологии. – Минск, 2009. – С. 20-21.
7. Острый деструктивный панкреатит. Диагностика, тактика и лечение: методические рекомендации / П.В. Гарелик [и др.]. – Гродно, 2008. – 32с.

## АКУШЕРСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Ганчар Е.П., Кажина М.В.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Современное общество развивается в условиях интенсивной технократизации, что сказывается не только на изменении образа жизни человека, но и его биологии. Человек XXI века характеризуется двумя важнейшими составляющими: виртуализацией социальных функций и связанной с последней – гиподинамичностью. Подобное изменение образа жизни породило целый ряд так называемых социально индуцированных болезней, связанных с редукцией коммуникативных связей, снижением двигательной активности, изменением пищевого поведения. Изменение режима питания, появление генмодифицированных продуктов, химических сапплементаций и т.д. не могло не сказаться на функционировании всего организма. Сформировались патологические симптомы и целые симптомокомплексы, не укладывающиеся в отдельно взятые известные нозологические формы. Одним из таких патологических состояний является метаболический синдром (МС). Для акушеров-гинекологов МС в последнее десятилетие приобретает все большую актуальность. Это связано с его влиянием на репродуктивное здоровье женщин и значительным вкладом в структуру экстрагени-

тальной патологии у беременных. Участие терапевта в ведении беременных стало необходимым.

МС представляет собой комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия. Актуальность проблемы ожирения, и связанного с ним МС, заключается еще и в том, что количество лиц, страдающих этими заболеваниями, прогрессивно увеличивается. Этот рост составляет 10% от их предыдущего количества за каждые 10 лет. В экономически развивающихся странах, включая Беларусь и Россию, 30% населения имеют избыточную массу тела. Распространено ожирение и среди беременных женщин 12,3–38%.

**Цель исследования:** изучить особенности течения беременности и родов у женщин с МС.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели проведен сравнительный ретроспективный анализ течения беременности и родов у 72 пациенток. Основную группу составили 35 женщин с МС. В контрольную группу включены 37 пациенток с нормальной массой тела. Была изучена первичная документация: амбулаторные карты беременных, истории родов, истории развития новорожденных. Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерных программ EXCEL, STATISTICA 6,0. Для анализа полученных результатов использовались методы непараметрической статистики – сравнение групп осуществлялось с использованием критерия Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Средний возраст женщин основной группы составил  $26,5 \pm 2,17$  лет, контрольной -  $24,4 \pm 2,6$  года ( $p > 0,05$ ).

Анализ экстрагенитальной заболеваемости пациенток с МС при сравнении с женщинами контрольной группой показал наличие статистически значимых различий по частоте ожирения и артериальной гипертензии. Так ожирение было выявлено у 94,3% женщин с МС, в контрольной группе данного заболевания выявлено не было ( $p < 0,01$ ). Артериальная гипертензия зарегистрирована у 31,4% пациенток основной группы, в контрольной группе данного заболевания выявлено не было ( $p < 0,05$ ).

При анализе характера становления менструальной функции нами выявлено, что возраст менархе у большинства женщин составил 11-15 лет. Не было зарегистрировано достоверных различий во времени наступления первого менструального кровотечения между исследуемыми группами ( $p > 0,05$ ). Анализ цикличности и продолжительности менструального цикла показал, что у 20% женщин основной группы имеются нарушения менструально-овариального цикла,

тогда как в контрольной группе данных изменений выявлено не было ( $p < 0,05$ ). Среди пациенток с МС частота олигоменореи составила 11,4%, дисфункциональные маточные кровотечения выявлены у 2,86% женщин основной группы, аменорея – у 5,7% женщин с МС.

Между основной и контрольной группами выявлены достоверные различия по частоте таких осложнений беременности, как угроза прерывания, гестоз, фетоплацентарная недостаточность, маловодие, многоводие. Отмечены также статистически значимые различия по частоте перенесенных инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания во время беременности между сравниваемыми группами.

Угроза прерывания беременности у пациенток с МС отмечена в 18 (51,43%) случаях, в контрольной группе – в 5 (13,5%) случаях ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе гестоз развился только у 8 (21,6%) женщин, при этом все случаи гестоза были легкой степени тяжести. В основной группе у 33 (94,29%) беременных развился гестоз. Гестоз средней степени тяжести выявлен у 11 (31,43%) пациенток с МС ( $p < 0,05$ ). У женщин контрольной группы беременность осложнилась компенсированной формой плацентарной недостаточности только в 3 случаях (8,11%). В основной группе плацентарная недостаточность выявлена в 18 (51,43%) случаях, причем в 2 (5,71%) наблюдениях – субкомпенсированная форма и в 2 (5,71%) – декомпенсированная форма ( $p < 0,05$ ). Маловодие зарегистрировано у 9 (25,71%) пациенток с МС, многоводие у 8 (22,86%). Данных осложнений в контрольной группе выявлено не было ( $p < 0,05$ ). У пациенток с МС достоверно чаще отмечены инфекционно-воспалительные заболевания органов дыхания во время беременности: 16 (45,71%) и 4 (10,8%), соответственно ( $p < 0,05$ ).

У всех женщин контрольной группы роды произошли в сроке доношенной беременности. Частота преждевременных родов у женщин с МС составила 8,1% - 3 случая ( $p > 0,05$ ).

Выявлены статистически значимые различия между группами по частоте развития слабости родовой деятельности. Слабость родовых сил выявлена у 1 (2,86%) роженицы контрольной группы и у 11 (29,73%) – группы сравнения ( $p < 0,05$ ).

Кесарево сечение выполнено 19 (54,29%) пациенткам с МС и 7 (18,92%) женщинам контрольной группы ( $p < 0,05$ ). По экстренным показаниям кесарево сечение выполнено в 13 (37,14%) случаях у пациенток с МС и в 2 (5,41%) случаях в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). В группе рожениц с МС показаниями к оперативному родоразрешению в экстренном порядке явились: в 5 случаях – слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции, в 3 случаях – длительно текущий гестоз средней степени тяжести, не поддающийся медикаментозной коррекции, в 2 наблюдениях – клинически

узкий таз, в 1 – декомпенсация плацентарной недостаточности, в 1 – выпадение петель пуповины, в 1 – острая интранатальная гипоксия плода на фоне хронической. Среди показаний к экстренному оперативному родоразрешению пациенток контрольной группы были: в 1 случае – слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции, и в 1 случае – острая интранатальная гипоксия плода.

Среди показаний к плановому родоразрешению женщин основной группе были: в 2 случаях – рубец на матке (у 2 пациентов в анамнезе кесарево сечение), в 2 случаях – симфизит, в 2 случаях – тазовое предлежание плода. В контрольной группе показаниями к родоразрешению в плановом порядке явились: в 4 случаях – рубец на матке, в 1 случае – отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, первые роды в возрасте 38 лет.

У пациенток основной группы ранний послеродовой период в 2 (5,71%) случаях осложнился развитием гипотонического кровотечения, тогда как в контрольной группе данного осложнения зафиксировано не было ( $p>0,05$ ). В 2 (5,71%) случаях в послеродовом периоде у пациенток группы сравнения была зарегистрирована субинволюция матки, у рожениц контрольной группы данного осложнения не было ( $p>0,05$ ).

В 1 (2,86%) случае у пациентки с МС произошла антенатальная гибель плода, причиной которой стала внутриутробная асфиксия, обусловленная нарушением маточно-плацентарного кровообращения на почве воспалительных изменений и множества инфарктов в плаценте.

Предпринятый нами анализ оценки по шкале Апгар и антропометрических данных новорожденных не выявил достоверных отличий между детьми матерей сравниваемых групп. У новорожденных от пациенток с МС выявлено перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза в 10 (28,57%) случаях, тогда как в контрольной группе в 1 (2,7%) случае ( $p>0,05$ ).

Выводы. Женщины с МС являются группой риска по реализации акушерской и перинатальной патологии. У пациенток с МС высокий процент гестозов, угрозы прерывания беременности, хронической фетоплацентарной недостаточности, многоводия, маловодия, слабости родовых сил. У новорожденных от пациенток с МС высока частота перинатального поражения ЦНС. В связи с этим актуальны исследования по разработке и внедрению в клиническую практику патогенетически обоснованного метода прегравидарной подготовки женщин с МС, позволяющего снизить частоту гестационных и перинатальных осложнений.