

УДК 618.3-06:616.1/8-08

<https://doi.org/10.51523/2708-6011.2025-22-1-15>

Коморбидность экстрагенитальных заболеваний при беременности

О. Ю. Дробышевская

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

Гомельская городская клиническая поликлиника № 3, г. Гомель, Беларусь

Резюме

Цель статьи — определить влияние коморбидности экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) на состояние здоровья женщин в период беременности, а также на течение беременности с целью предупреждения и раннего выявления осложнений.

Экстрагенитальные заболевания — это многочисленная группа разнообразных и разнозначимых клинических форм, состояний у беременных женщин, объединенных лишь тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности [1]. К ЭГЗ относятся заболевания, которые можно в клинических целях разделить на значимые и малозначимые. К малозначимым видам ЭГЗ относятся те заболевания или состояния, при которых показатели материнской и перинатальной смертности, частота осложнений беременности, родов и послеродового периода, перинатальная заболеваемость не отличаются от общепопуляционных. Иными словами, это заболевания, наличие которых мало влияет на течение и исходы беременности, состояние плода и новорожденного. Значимые ЭГЗ — многочисленная группа болезней или состояний, которые в различной степени влияют на вышеуказанные показатели. Основная опасность ЭГЗ заключается в том, что они могут стать причиной материнской смерти [1].

В статье представлен клинический случай коморбидности экстрагенитальных заболеваний при беременности, проведен анализ литературных источников, клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Ключевые слова: коморбидность, беременность, экстрагенитальные заболевания

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Для цитирования: Дробышевская ОЮ. Коморбидность экстрагенитальных заболеваний при беременности. *Проблемы здоровья и экологии.* 2025;22(1):119–126. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2025-22-1-15>

Comorbidity of extragenital diseases during pregnancy

Olga Yu. Drobyshevskaja

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Gomel City Clinical Polyclinic No. 3, Gomel, Belarus

Abstract

The objective of the article is to sort out the impact of comorbidity of extragenital diseases (EGD) on the women's health during pregnancy, as well as on the course of pregnancy in order to prevent and early complication diagnosis.

Extragenital diseases (EGD) is a large group of multiple and diverse diseases, syndromes, conditions in pregnant women, combined only by the fact that they are not gynecological diseases and obstetric complications of pregnancy [1]. EGD includes a number of diseases, and it is important for clinical purposes to divide it into a significant and minor. Minor types of EGD include those diseases or conditions in which maternal and perinatal mortality rates, the incidence of complications of pregnancy, childbirth and the post-partum period, and perinatal morbidity do not differ from general population. In other words, these are diseases incidence of which has a little impact on course and outcome of pregnancy, the state of the foetus and the newborn. A significant EGD is a large group of diseases or conditions that affect the above-mentioned indicators to varying degrees. The main risk of EGD is that it may cause maternal death [1].

The article presents the clinical case of comorbidity of extragenital diseases in pregnancy, analyzes the literary sources, clinical data, and the results of laboratory and instrumental research.

Keywords: comorbidity, pregnancy, extragenital diseases

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The study was conducted without sponsorship.

For citation: Drobyshevskaja OYu. Comorbidity of extragenital diseases during pregnancy. *Health and Ecology Issues.* 2025;22(1):119–126. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2025-22-1-15>

Введение

Экстрагенитальные заболевания — заболевания и состояния, в различной степени влияющие на материнскую и перинатальную смертность, перинатальную заболеваемость, частоту осложнений беременности, родов и послеродового периода. По данным Всемирной организации здравоохранения причины материнской смертности нередко связаны с наличием экстрагенитальных заболеваний, осложняющих период беременности, родов и послеродовой период [2]. В структуре экстрагенитальных заболеваний лидирует анемия (44,2 % всех случаев экстрагенитальных заболеваний), осложняющая течение 14,3 % беременностей. Соответственно второе и третье место занимают болезни мочеполовой системы (15,4 %) и артериальная гипертензия (АГ) (13,5 %) [2].

Экстрагенитальные заболевания, выявляющиеся у беременных, являются неблагоприятным фоном, осложняющим не только вынашивание, но и родовую деятельность. При наличии АГ повышается риск развития эклампсии и дисфункции плаценты, при сопутствующем сахарном диабете — риски аномалий родовой деятельности, при возникновении инфекций мочевыводящих путей возрастает вероятность преждевременных родов [3].

Среди ЭГЗ ведущее место занимает железодефицитная анемия. Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), а также заболевания вен — на втором месте по распространенности. Среди заболеваний эндокринной системы у первородящих с ЭГЗ отмечается наиболее частое развитие болезней щитовидной железы и гестационного сахарного диабета [3]. Нередко встречается нарушение липидного обмена в виде ожирения. ЭГЗ встречается в группе возрастных первородящих в 2 раза чаще в отношении анемии, заболеваний ССС, заболеваний вен, мочевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), заболеваний щитовидной железы и ожирения [3].

Артериальная гипертензия является наиболее распространенной нозологической формой как в общей популяции, так и среди беременных женщин. АГ и гипертензия иного генеза встречаются у 6–10 % беременных и до настоящего времени сохраняют ведущее место среди причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире. Они представляют опасность как для здоровья матери, так и плода. АГ у беременной приводит к высокому риску возникновения цереброваскулярных катастроф, преждевременного отслоения плаценты, развития полиорганной недостаточности, синдрома диссеминированной внутрисосудистой свертыва-

емости. Также это заболевание является причиной около 25 % госпитализаций беременных. АГ представляет опасность для плода, поскольку может привести к задержке внутриутробного роста, недоношенности, возникновению дистресса плода во время беременности и родов [4].

Акушерскую и перинатальную патологию нередко обуславливают заболевания печени. С другой стороны, акушерская патология может привести к тяжелым, иногда необратимым поражениям печени, так как этот орган, играющий исключительную роль в жизнедеятельности организма, в период беременности испытывает значительную функциональную нагрузку. В последние годы отмечается увеличение частоты заболеваний гепатобилиарной системы в молодом возрасте. В структуре экстрагенитальных заболеваний у беременных частота болезней гепатобилиарной системы составляет около 3 %. Перинатальные потери при данной патологии достигают 20–30 %, а в случаях тяжелых диффузных заболеваний печени — значительно более высоких цифр. В связи с этим изучение особенностей клиники и диагностики заболеваний печени у беременных, а также разработка оптимальной тактики их ведения остается актуальной проблемой и в настоящее время [5].

Исследованием, проведенным А. П. Надевым и Г.С.Карповичем, было установлено, что в нозологической структуре материнской смерти (МС) за 25 лет произошли следующие изменения: первые позиции сохраняли ЭГЗ, при этом преэклампсия/эклампсия и акушерские кровотечения утратили ведущие позиции в структуре МС. Среди ЭГЗ ведущее место принадлежало инфекционным заболеваниям (сепсис, инфекционный эндокардит, туберкулез) — 35,3 %; опухоли (аденома гипофиза, феохромоцитомы, трофобластическая опухоль, рак шейки матки) составляли 23,5 %; заболевания сердца и сосудов (острое расслоение аорты с кровотечением, разрывы аневризм селезеночной артерии с кровотечением, врожденные и приобретенные пороки сердца) — 17,6 %. При оценке коморбидных состояний из 65 наблюдений патологоанатомический диагноз при МС сформулирован в виде только основного заболевания в 27,7 % наблюдений, с учетом коморбидных состояний — в 72,3 %. В динамике наблюдений количество диагнозов с единственным основным заболеванием уменьшалось, в то же время количество коморбидных состояний, наоборот, увеличивалось. Коморбидные состояния были представлены преимущественно фоновыми заболеваниями — 72,3 % протоколов, сочетанными заболеваниями — 4,62 % диагнозов, конкурирующее заболевание выявлено в 13,8 % случаев. Самой часто используемой

конструкцией при построении патологоанатомического диагноза стало использование коморбидного состояния «фоновое заболевание». В качестве фонового заболевания выступали: преэклампсия, дисплазия соединительной ткани, ожирение, врожденные и приобретенные пороки сердца, хронические соматические заболевания (хронический метроэндометрит, хронический гломерулонефрит, железодефицитная анемия, хронический гепатит), эндокринные заболевания, наследственная тромбофилия, наркомания, варикозная болезнь. Сочетанные заболевания при построении патологоанатомического диагноза при МС представлены преэклампсией, инфекционными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний (хронического пиелонефрита, метроэндометрита, сальпингоофорита), эндокринной патологией. Структура сопутствующих заболеваний была разнообразной, однако наиболее часто выявляли заболевания эндокринных органов (зоб, ожирение), доброкачественные опухоли яичников и матки (фибромиомы, кистомы яичников), хронические соматические заболевания, хронические заболевания половых органов, варикозную болезнь, инфекционные заболевания легкой степени, преэклампсию [6].

Возрастающее значение ЭГЗ в структуре МС, наблюдаемое практически повсеместно, обусловлено рядом факторов, в том числе наличием хронических соматических и инфекционных заболеваний, которые в условиях беременности приводят к срыву компенсаторно-приспособительных процессов в органах и системах организма беременной, развитию декомпенсации, демографическим сдвигам с увеличением количества возрастных беременных, вредных привычек (курение, наркомания, алкоголизм) и др. Наличие у беременных нескольких коморбидных состояний и полиморбидности существенно повышает риск МС. В исследованиях К. Campbell и соавт., М. Neñir и соавт. показано, что преэклампсия или эклампсия, хроническая гипертензия, ожирение, гестационный сахарный диабет, ВИЧ-инфекция и легочная гипертензия были связаны у беременных с повышенным риском смерти во время госпитализации. Кроме того, увеличение количества коморбидных состояний и полиморбидности может быть обусловлено улучшением качества современных лабораторно-инструментальных диагностических методов обследования беременных [6].

Согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении клинического протокола "Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии"»* от

19 февраля 2018 г. № 17 кратность и тактика наблюдения беременных женщин определяется степенью перинатального риска, которая рассчитывается по шкале трижды во время беременности — до 12 недель, в 30 и 36 недель — на основании выявленных социально-биологических, анамнестических факторов риска, экстрагенитальных и генитальных заболеваний, осложненной беременности и состояния плода.

Исследованиями Т. В. Ким были выявлены статистически значимые различия частоты ЭГЗ у беременных с ожирением. Общее количество обследованных беременных с ожирением — 180. Лидирующее место принадлежало заболеваниям ССС — 55 %, затем следовали железодефицитная анемия — 40,6 %, заболевания верхних дыхательных путей — 38,3 %, эндокринная патология — 33,3 %, аллергические заболевания — 30,6 %, заболевания органов зрения — 30,0 %, патологии мочевыделительной системы — 23,9 % и ЖКТ — 19,4 %. При анализе частоты встречаемости ЭГЗ у женщин с ожирением в зависимости от его степени обращал на себя внимание прирост соматической патологии соответственно увеличению степени тяжести ожирения. Так, по структуре ЭГЗ патология ССС у страдающих ожирением оказалась в 3 раза выше ($p < 0,001$), чем в группе женщин с нормальной массой тела. Среди сердечно-сосудистых заболеваний наиболее часто встречались: варикозная болезнь — 42,4 %, вегетососудистая дистония по гипертензивному типу — 29,3 %, АГ — 26,3 % и кардиомиопатии — 2,0 % [7].

Случай из клинической практики

Пациентка О., 40 лет, обратилась в женскую консультацию 10 марта 2023 г. для постановки на учет по беременности. Предъявляла жалобы на периодическое повышение артериального давления, головную боль. В анамнезе за последние 5 лет (с 2018 по 2023 г.): острый правосторонний средний отит; простудные заболевания; дисметаболическая миокардиодистрофия, переходящая полная блокада левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ); желудочковая экстрасистолия; АГ 2-й ст., риск 3; Н 1; вертеброгенная цервикалгия. Стационарное лечение. Диагноз: «Острый гепатит невирусной этиологии, высокой биохимической активности на фоне стеатогепатоза. Липоматоз поджелудочной железы. Ангиомиолипома правой почки по данным ультразвукового исследования (УЗИ). Эрозивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) с эзофагитом ст. А. ОУ — миопия слабой степени. Гипертоническая ангиопатия сетчатки 1–2-й ст., ОС — слабый миопический астигматизм. Нарушение

*Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 № 17, клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии»

жирового обмена (НЖО) 1-й ст. Коронавирусная инфекция».

При осмотре 10.03.2023: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания (ЧД) — 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление (АД) — 140/90 на обеих руках, пульс — 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул физиологичен, 1 раз в сутки, мочеиспускание безболезненное, не учащенное. Отеков нет. Диагноз: «Беременность 7–8 недель. ЭКО-индуцированная беременность. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА) (2 внематочные беременности, 2 тубэктомии), бесплодие, 2 попытки экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) — неудачны. Хронический сальпингофорит. Возрастная первородящая (возраст беременной — 40 лет). Хроническая АГ. Н 0-1. НЖО 1-й степени».

Пациентке были назначены лабораторно-инструментальные методы исследования, консультации врачей-специалистов согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 февраля 2018 г. № 17.

Общий анализ крови от 09.03.2023: E_r — $4,14 \times 10^{12}/л$, H_b — 130 г/л, T_r — $248 \times 10^9/л$, Le — $6,1 \times 10^9/л$, СОЭ — 7 мм/час.

Общий анализ мочи от 09.03.2023: желтая, кислая, относительная плотность — м/м, белок — нет, сахар — отрицательный, эпителий плоский — 0–1 клетка в поле зрения, Le — 1–2 клетки в поле зрения.

Биохимический анализ крови от 13.03.2023: общий белок — 61 г/л, мочевины — 3,3 ммоль/л, креатинин — 67 мкмоль/л, ферритин — 157 мкг/л, С-реактивный белок — 6,6 мг/л, общий билирубин — 5,7 мкмоль/л, глюкоза — 5,36 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 62 Ед/л, аспартатаминотрансфераза — 116 Ед/л, аланинаминотрансфераза — 165 Ед/л, кальций — 2,19 ммоль/л, натрий — 139 ммоль/л, калий — 4,40 ммоль/л, железо — 12,2 мкмоль/л.

Глюкоза крови от 09.03.2023: 4,2 моль/л.

Гемостазиограмма от 13.03.2023: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) — 38,5 с, протромбиновое время (ПТИ) — 1,04 %, международное нормализованное отношение (МНО) — 0,96, фибриноген — 2,95 г/л, ТВ — 16,0 с, D-димеры — 225 мкг/мл, R-АЧТВ — 1,20.

Электрокардиограмма (ЭКГ) от 23.01.2023: угол альфа (в градусах) составляет –14. Отклонение электрической оси сердца (ЭОС) влево. Частота сердечных сокращений (ЧСС) — 71 удар в минуту. Нормосистолия. Ритм регулярный, синусовый. Субэпикардальные изменения

в задне-диафрагмальной области левого желудочка (ЛЖ). ЭКГ-контроль.

До 12 недель беременности была осмотрена специалистами. Врач-офтальмолог: миопия слабой степени; гипертоническая ангиопатия сетчатки 1–2-й ст.; OS — миопический ast.

Врач-оториноларинголог: практически здорова.

Врач-эндокринолог: щитовидная железа без патологии, нарушения углеводного обмена нет.

Врач-стоматолог: полость рта санирована.

Ультразвуковое исследование сердца от 17.08.2022: глобальная систолическая функция ЛЖ — удовлетворительная; глобальная диастолическая функция ЛЖ — дисфункция, тип 1. Камеры сердца не расширены. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Регургитация на МК 1-й ст., на АоК 1-й ст., на ТК 1–2-й ст., межпредсердное сообщение (больше данных за вторичный дефект межпредсердной перегородки (МПП)). Добавочная хорда ЛЖ.

Для уточнения состояния МПП рекомендовано: чреспищеводная ЭХО-кардиография (ЭХО-КГ), консультация врача-кардиолога.

Женщина находилась на стационарном лечении с 15.02.23 по 01.03.23. Диагноз: «Беременность 6 недель (сохранена), ЭКО-индуцированная. Хроническая АГ. Н 0. НЖО 1-й ст.».

Консультирована кардиологом: хроническая АГ; Н 0; НЖО 1-й ст. Рекомендовано: допегит по 500 мг утром, 250 мг днем, 500 мг вечером. Контроль АД, ЧСС; при недостаточном снижении АД дозу увеличить постепенно до 2 г в сутки; при значительном повышении АД — выше 160/95 мм рт. ст. — добавить метопролол 25 мг по 1 таблетке в день; при неэффективности — добавить нифедипин 10 мг по 1 таблетке в день.

Ультразвуковое исследование сердца от 14.03.23: клапанный аппарат не изменен. Регургитация на ТК 1–2-й ст. (от незначительной к умеренной), на КЛА, МК, АоК 1-й ст. (незначительная). Дилатация ЛЖ. Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ. УЗИ-признаки межпредсердного сообщения. Добавочная хорда ЛЖ. Глобальная систолическая функция миокарда удовлетворительная. Для дифференцировки открытого овального окна, наличия дефекта МПП рекомендована чреспищеводная ЭХО-КГ.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек от 15.03.23: диффузные изменения печени по типу жирового гепатоза. Косой вертикальный размер правой доли печени — 154 мм. Диффузные изменения поджелудочной железы.

Суточное мониторирование артериального давления от 16.03.23: среднесуточные и среднедневные величины АД — 132/74, 133/77, 127/68 мм рт. ст.

Холтеровское мониторирование ЭКГ от 21.03.23: в течение всего периода мониторирования регистрируется синусовый ритм, прерываемый одиночными желудочковыми, наджелудочковыми экстрасистолами, зарегистрировано преходящее уширение комплекса QRS > 120 мс. Средняя ЧСС — 75 ударов в минуту минимальная — 55, максимальная — 139. Желудочковые экстрасистолы — 1. Наджелудочковые экстрасистолы — 20. Количество эпизодов смещения сегмента ST — 40. QT среднее — 409 мс. PQ среднее — 167 мс.

Пациентка консультирована кардиологом стационара 28.03.2023: хроническая АГ тяжелой степени. Гипертоническое сердце. Преходящая полная блокада ЛНПГ. Недостаточность ТК 1–2-й ст., АоК 1-й ст. МАРС: добавочная хорда ЛЖ. Межпредсердное сообщение (4 мм), гемодинамически малозначимое. Н 1. Рекомендовано: УЗИ сосудов почек, допегит 250 мг по 2 таблетки 3 раза в день (дозу корректировать до достижения целевых уровней), метопролол 25 мг по ½ таблетки 2 раза в день, аспирин 75–100 мг по 1 таблетке вечером с 12 недели беременности, профиль АД, ЧСС, лабораторный мониторинг, контроль протеинурии, контроль холтеровского мониторирования ЭКГ, ЭХО-КГ в 3-м триместре. В соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.14 № 88 (Об установлении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и отдельного структурного элемента постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 ноября 2007 г. № 105), п. 7.3 показано прерывание беременности, от которого женщина отказалась. Имеется письменный отказ в медицинской карте.

Стационарное лечение с 14.03.23 по 29.03.23. Диагноз: «Беременность 10–11 недель, ЭКО-индуцированная. Хроническая АГ тяжелой степени. Гипертонический криз от 14.03.23, купирован медикаментозно. Гипертоническое сердце. Преходящая полная блокада ЛНПГ. Межпредсердное сообщение (4 мм), гемодинамически малозначимое. Н 1. Хронический криптогенный гепатит, умеренной биохимической активности. Миопия слабой степени».

Консультирована терапевтом 14.03.23: хроническая АГ умеренной степени тяжести. Гипертонический криз от 14.03.23, купирован медикаментозно. МАРС: дополнительные хорды ЛЖ, регургитация на МК 1-й ст., АоК 1-й ст., ТК 1–2-й ст., вторичный дефект МПП? Н 0. Транзиторная гипертрансаминаземия? Холецистэктомия в анамнезе.

Консультирована гастроэнтерологом 17.03.23: хронический неуточненный гепатит умеренной биохимической активности, вероятно, индуцированный приемом лекарственных препаратов.

Консилиум 22.03.23: беременность 8–9 недель. ЭКО-индуцированная беременность. Хроническая АГ тяжелой степени. Гипертонический криз от 14.03.23, купирован медикаментозно. МАРС: Дефект МПП? Открытое овальное окно? Полная блокада ЛНПГ. Н 0. Хронический криптогенный гепатит, умеренной биохимической активности.

Консилиум 29.03.23: Беременность 10–11 недель, ЭКО-индуцированная. Хроническая АГ тяжелой степени. Гипертоническое сердце. Преходящая полная блокада ЛНПГ. Недостаточность ТК 1–2-й ст., АоК 1-й ст., Предсердное сообщение (4 мм), гемодинамически незначимое. Н 1. Хронический криптогенный гепатит умеренной биохимической активности. Миопия слабой степени. Решение: в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.14 № 88, п. 7.3 показано прерывание беременности, от которого женщина отказалась. Письменный отказ приложен к истории болезни.

Консультирована кардиологом 31.03.2023. Диагноз: «Хроническая АГ тяжелой степени. Преходящая полная блокада ЛНПГ. Недостаточность АоК 1-й ст., МК 1-й ст., ТК 1–2-й ст. МАРС: ложная хорда ЛЖ. Н 1». Рекомендовано: чреспищеводная ЭХО-КГ для уточнения наличия/отсутствия межпредсердного сообщения в плановом порядке. Допегит 250 мг по 2 таблетки 3 раза в день, амлодипин 5 мг по 1 таблетке вечером, аспикард 75 мг по 1 таблетке вечером.

Находилась на стационарном лечении с 29.03.23 по 04.04.23. Диагноз: «Беременность 11–12 недель. ЭКО-индуцированная. ОАГА (бесплодие 2). Хроническая АГ тяжелой степени. Преходящая полная блокада ЛНПГ. Недостаточность ТК 2-й ст., АоК 1-й ст. МАРС: ложная хорда ЛЖ. Н 1. Хронический гепатит, умеренной активности, вероятно, медикаментозно индуцированный. Миопия слабой степени, гипертоническая ангиопатия сетчатки 1–2-й ст. OS — сложный миопический астигматизм».

Консилиум 31.03.23: беременность 11–12 недель. ЭКО-индуцированная. ОАГА (бесплодие 2). Хроническая АГ тяжелой степени. Преходящая полная блокада ЛНПГ. Недостаточность ТК 2-й ст., АоК 1-й ст. МАРС: ложная хорда ЛЖ. Н 1. Хронический гепатит, умеренной активности, вероятно, медикаментозно индуцированный. Миопия слабой ст., гипертоническая ангиопатия сетчатки 1–2-й ст. OS — сложный миопический астигматизм. Пациентке предложено прерывание беременности по медицинским показаниям

согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.14 № 88, п.7.3, от которого женщина отказалась.

Консультирована гастроэнтерологом 31.03.23: хронический гепатит, умеренной активности, вероятно, медикаментозно индуцированный. Рекомендовано: урсаклин 250 мг по 2 таблетке 2 раза в день. Силимарин 70 мг 3 раза в день. Контроль биохимического анализа крови, при росте трансаминаз назначение стероидных гормонов.

Консультирована кардиологом 31.03.23: хроническая АГ тяжелой степени. Преходящая полная блокада ЛНПГ. Недостаточность ТК 2-й ст., Аок 1-й ст. МАРС: ложная хорда ЛЖ. Н 1. Рекомендовано: чреспищеводная ЭХО-КГ для уточнения наличия/отсутствия межпредсердного сообщения в плановом порядке. Допегит 250 мг по 2 таблетки 3 раза в день, амлодипин 5 мг по 1 таблетке вечером, аспикард 75 мг по 1 таблетке вечером.

В женской консультации поликлиники 10.04.2023 был проведен консилиум с целью определения дальнейшей тактики ведения беременности. Жалоб не предъявляет. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД — 140/90, 140/90 мм рт. ст., пульс — 90 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Отеков нет. Заключение консилиума: беременность 12 недель, ЭКО-индуцированная. ОАГА (бесплодие 2), угроза выкидыша в 5–6 недель (стационарное лечение). Возрастная беременная (40 лет). НЖО 1-й ст. Хронический гепатит, умеренной биохимической активности, вероятно, медикаментозно индуцированный. Хроническая АГ тяжелой ст. Преходящая полная блокада ЛНПГ. Недостаточность ТК 2-й ст., Аок 1-й ст. МАРС: добавочная хорда ЛЖ. Повышенный риск по преэклампсии (биохимический скрининг). Миопия слабой степени. Гипертоническая ангиопатия сетчатки 1–2-й ст. OS — сложный миопический астигматизм. Рекомендовано: консультация кардиолога, контроль АД, ЧСС, консультация в «соматическом центре».

Находилась на стационарном лечении с 13.06.23 по 19.06.23. Диагноз: «Беременность 22,3 недели, ЭКО-индуцированная. Хроническая АГ. Хронический гепатит. ЖКБ: хронический калькулезный холецистит».

Находилась на стационарном лечении с 04.08.23 по 18.08.23. Диагноз: «Беременность 31,0 неделя, ЭКО-индуцированная. Хроническая АГ тяжелой степени. Гипертонический криз от 04.08.23 (купирован) — находилась в ОАРИТ с 04.08.23 по 07.08.23. Гипертоническое сердце. Преходя-

щая полная блокада ЛНПГ. Недостаточность ТК 1-й ст., МК 1-й ст. Межпредсердное сообщение (4 мм), гемодинамически малозначимое. Н 1. Анемия легкой степени (пролечена). ОАГА (хронический сальпингоофорит, 2 внематочные беременности — тубэктомия с двух сторон, бесплодие 2, 2 неудачные попытки ЭКО, миома матки малых размеров). Хронический гепатит, умеренной активности, вероятно, медикаментозно индуцированный. Миопия слабой степени. Гипертоническая ангиопатия сетчатки 1–2-й ст. OS — сложный миопический астигматизм. НЖО 1-й ст. (ИМТ — 34,5 кг/м²). Первородящая в 40 лет. Тазовое предлежание плода».

В женской консультации поликлиники 18.09.23 был проведен консилиум с целью определения тактики дальнейшего ведения беременности. Женщина жалоб не предъявляет. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД — 160/90, 160/100 мм рт. ст., пульс — 90 ударов в минуту, ритмичный. Живот увеличен за счет беременности, не доступен глубокой пальпации. Пастозность стоп. Стул и мочеиспускание в норме. Заключение консилиума: беременность 35,3 недели. ОАГА (2 тубэктомии, бесплодие 2, хронический сальпингоофорит). ЭКО-индуцированная беременность. ОАА (угроза выкидыша в 5–6 недель). Возрастная беременная (40 лет). Хроническая АГ тяжелой степени. Недостаточность ТК 1-й ст., МК 1-й ст. Дисметаболическая миокардиодистрофия. Преходящая полная блокада ЛНПГ. Н 1. Хронический гепатит, умеренной степени активности. Миопия слабой степени. НЖО 1-й ст. Дерматит беременной, зуд кожи беременной. Хроническая фетоплацентарная недостаточность, стадия субкомпенсации.

Исход беременности: женщина родоразрешена на третьем уровне с помощью планового кесарева сечения 03.10.2023 г., извлечен живой ребенок женского пола с массой тела 3270 г., с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. Показаниями к плановому оперативному родоразрешению явились: применение вспомогательных репродуктивных технологий при осложненном акушерско-гинекологическом анамнезе, тазовое предлежание плода, соматические заболевания, требующие исключения потуг, возраст первородящей старше 30 лет в сочетании с акушерской и экстрагенитальной патологией с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Заключение

В данном клиническом случае показано влияние ЭГЗ на состояние здоровья женщины

в период беременности, а также на течение беременности в виде поражения ССС (АГ, осложняющаяся гипертоническими кризами), печени (хронический гепатит), органов кроветворения (железодефицитная анемия). А также отражено, что беременность протекала как с утяжелением основных заболеваний — тяжелое течение АГ, устойчивой к лекарственным средствам, осложненной гипертоническими кризами, так и с акушерскими осложнениями — угроза прерывания беременности, хроническая плацентарная недостаточность, что требовало неоднократных госпитализаций. Однако беременность в данном клиническом случае сохранена, не осложнилась преэклампсией и закончилась родоразрешением в срок с рождением здорового ребенка.

Из-за системного нарушения функций внутренних органов данная группа беременных женщин должна наблюдаться у врачей разных специальностей до планирования беременности, в течение всей беременности и после родоразрешения. Своевременно назначенные лабораторно-инструментальные методы исследования и лечение дают возможность отсрочить поражение внутренних органов и снизить риск развития осложнений для матери и ребенка. Консультирование терапевтом беременных женщин необходимо для раннего выявления экстрагенитальных заболеваний и оценки степени риска для здоровья и жизни пациентов при том или ином заболевании, на фоне которого развилась беременность или которым она осложнилась.

Так, хронические заболевания являются неблагоприятным фоном развития беременности,

на котором сокращаются или ограничиваются возможности адаптационных механизмов, а также усугубляются все осложнения, возникающие во время беременности, родов, увеличивая риск материнской и перинатальной смертности. В то же время беременность и роды ухудшают течение соматических заболеваний, а для некоторых заболеваний характерно развитие гестационных форм данной патологии, обусловленных происходящими во время беременности изменениями (например, гестационный пиелонефрит). Знание особенностей течения беременности при различных заболеваниях, тщательное совместное наблюдение специалистами беременных женщин, своевременное предупреждение осложнений позволит свести до минимума неблагоприятные исходы для матери и плода [8].

Все меры профилактики осложнений при ЭГЗ беременных предложено разделять на специфические и неспецифические. Специфическая профилактика направлена на предотвращение осложнений основного заболевания, характер ее определяется диагнозом. Неспецифическая профилактика — комплекс мероприятий, позволяющих предотвратить ряд субклинических проявлений беременности, которые способны усугублять течение ЭГЗ. Меры неспецифической профилактики показаны всем беременным, характер их не зависит от диагноза. Помимо сугубо медицинского значения, профилактика в данном случае имеет экономическое значение, позволяя избежать госпитализаций и часто дорогостоящего медикаментозного лечения [9].

Список литературы / References

1. Медведь В.И. Основные вопросы экстрагенитальной патологии. *Медицинские аспекты здоровья женщины*. 2011;(6):5-11. [дата обращения 2024 январь 3]. Режим доступа: <https://mazg.com.ua/ru/archive/2011/7%2847%29/pages-6-10/osnovnye-voprosy-ekstragenitalnoy-patologii-> Medved VI. Main issues of extragenital pathology. *Medical Aspects of Women's Health*. 2011;(6):5-11. [date of access January 3, 2024]. Available from: <https://mazg.com.ua/ru/archive/2011/7%2847%29/pages-6-10/osnovnye-voprosy-ekstragenitalnoy-patologii-> (In Russ.).
2. Шелягин И.С., Сидоренко В.В., Шевлюкова Т.П., Братова О.В. Анализ структуры и частоты встречаемости экстрагенитальной патологии у беременных. Молодежь, Наука, Медицина. Тверь; 2017; 611-614. [дата обращения 2024 январь 3]. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/zckawf> Shelyagin IS, Sidorenko VV, Shevlyukova TP, Bratova OV. Analysis of the structure and frequency of extragenital pathology in pregnant women. *Youth, Science, Medicine*. Tver; 2017; 611-614. [date of access January 3, 2024]. Available from: <https://www.elibrary.ru/zckawf> (In Russ.).
3. Иванова П.В., Барышникова Ю.М., Елизаров Л.А., Чернова А.М. Оценка распространенности соматической патологии женщин в гестационном периоде. Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Сборник статей VIII Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов; 2023, 19–20 апреля; Екатеринбург. Екатеринбург: «Уральский государственный медицинский университет»; 2023. С. 71-76. [дата обращения 2024 январь 3]. Режим доступа: <https://elib.usma.ru/handle/usma/13246> Ivanova PV, Baryshnikova YM, Elizarov LA, Chernova AM. Assessment of the prevalence of somatic pathology in women in the gestational period. Current issues of modern medical science and healthcare: Collection of articles of the VIII International Scientific and Practical Conference of Young Scientists and Students; 2023, April 19-20; Yekaterinburg. Yekaterinburg: Ural State Medical University; 2023. pp. 71-76. [date of access January 3, 2024]. Available from: <https://elib.usma.ru/handle/usma/13246> (In Russ.).
4. Медведь В.И. Артериальная гипертензия и репродуктивное здоровье человека. Обзор конференции. *Медицинские аспекты здоровья женщины*. 2013;(2):65. [дата обращения 2024 январь 3]. Режим доступа: <https://mazg.com.ua/ru/archive/2013/2%2865%29/pages-11-15/arterialnaya-gipertenziya-i-reproduktivnoe-zdorove-cheloveka> Medved VI. Arterial hypertension and human reproductive health. Review of the conference. VI is a bear. *Medical Aspects of Women's Health*. 2013;(2):65. [date of access January 3, 2024]. Available from: <https://mazg.com.ua/ru/archive/2013/2%2865%29/pages-11-15/arterialnaya-gipertenziya-i-reproduktivnoe-zdorove-cheloveka> (In Russ.).
5. Медведь В.И., Грицай И.Н., Исламова А.О. Нарушения функции печени у беременных: влияние на течение беремен-

ности, состояние плода и исход родов. *Здоровье Украины*. 2015;24-26. [дата обращения 2025 январь 3]. Режим доступа: http://health-ua.com/wp-content/uploads/2015/08/24-26_Akush_2_2015_for_site-2.pdf

Medved VI, Gritsai IN, Islamova AO. Liver dysfunction in pregnant women: effects on the course of pregnancy, fetal condition and birth outcome. *Health of Ukraine*. 2015;24-26. [date of access January 3, 2025]. Available from: http://health-ua.com/wp-content/uploads/2015/08/24-26_Akush_2_2015_for_site-2.pdf (In Russ.).

6. Надеев А.П., Карпович Г.С. Экстрагенитальные заболевания, коморбидные состояния и полиморбидность при материнской смерти. *Архив патологии*. 2019;81(4):11-16. [дата обращения 2024 январь 3]. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/arkhiv-patologii/2019/4/1000409552019040011?ysclid=lxnvvui5lr701717782>

Nadeev AP, Karpovich GS. Extragenital diseases, comorbidities and polymorbidity in maternal death. *Pathology Archive*. 2019;81(4):11-16. [date of access January 3, 2024]. Available from: <https://www.mediasphera.ru/issues/arkhiv-patologii/2019/4/1000409552019040011?ysclid=lxnvvui5lr701717782> (In Russ.).

7. Ким Т.В., Каюпова Л.С. Структура экстрагенитальной патологии у беременных с ожирением *Сибирский медицинский журнал* (г. Томск). 2011;26(4-1):104-108. [дата обращения 2024 декабрь 24]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/struktura-ekstragenitalnoy-patologii-u-beremennyh-s-ozhireniem?ysclid=lxnwhrw330189093905>

Kim TV, Kayupova LS. The structure of extragenital pathology in obese pregnant women, *Siberian Medical Journal* (Tomsk). 2011;26(4-1):104-108. [date of access January 3, 2024]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/struktura-ekstragenitalnoy-patologii-u-beremennyh-s-ozhireniem?ysclid=lxnwhrw330189093905> (In Russ.).

8. Клычева О.И., Хурасева А.Б. Влияние экстрагенитальной патологии матери на перинатальные исходы. *Евразийский Союз Ученых (ЕСУ)*. 2019; 68(11):26-28. [дата обращения 2024 декабрь 24]. Режим доступа: <https://euroasia-science.ru/wp-content/uploads/2019/12/26-28-Klycheva-O.-I.-Huraseva-A.-B.-VLIYaNIE-EKSTRAGENITALNOJ-PATOLOGII-MATERI-NA-PERINATALNYE-ISHODY.pdf?ysclid=lxnwnke76t988527449>

Klycheva OI, Khuraseva AB. The influence of extragenital pathology of the mother on perinatal outcomes. *Eurasian Union of Scientists (EUU)*. 2019; 68(11):26-28. [date of access January 3, 2024]. Available from: <https://euroasia-science.ru/wp-content/uploads/2019/12/26-28-Klycheva-O.-I.-Huraseva-A.-B.-VLIYaNIE-EKSTRAGENITALNOJ-PATOLOGII-MATERI-NA-PERINATALNYE-ISHODY.pdf?ysclid=lxnwnke76t988527449> (In Russ.).

9. Медведь ВИ, Авраменко ТВ, Данылкив ОЕ, Исламова ИЕ. Профилактика осложнений беременности при

экстрагенитальной патологии важнейшая задача женской консультации (обзор литературы). *Вестник Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина. Серия «Медицина»*. 2006;(12):145-152. [дата обращения 2024 декабрь 24]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-oslozheniy-beremennosti-pri-ekstragenitalnoy-patologii-vazhneyshaya-zadacha-zhenskoy-konsultatsii-obzor-literatury?ysclid=lxnvukm994666152838>

Medved VI, Avramenko TV, Danylkiv OE, Islamova VE. Prevention of pregnancy complications in extragenital pathology is the most important task of antenatal counseling (literature review). *Bulletin of V.N. Karazin Kharkiv National University. The "Medicine" series*. 2006;(12):145-152. [date of access January 3, 2024]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-oslozheniy-beremennosti-pri-ekstragenitalnoy-patologii-vazhneyshaya-zadacha-zhenskoy-konsultatsii-obzor-literatury?ysclid=lxnvukm994666152838> (In Russ.).

10. Соколова М.Ю. Экстрагенитальные заболевания у беременных. Руководство для врачей. Москва: Медицинское информационное агентство; 2011. 331 с. [дата обращения 2024 декабрь 24]. Режим доступа: https://medkniga.ru/files/book_fragments_files/2270site.pdf?ysclid=lxnv3s0og808959407

Sokolova MY. Extragenital diseases in pregnant women. A guide for doctors. Moscow: Medical Information Agency; 2011. 331 p. [date of access January 3, 2024]. Available from: https://medkniga.ru/files/book_fragments_files/2270site.pdf?ysclid=lxnv3s0og808959407 (In Russ.).

11. Медведь В.И. Основные вопросы экстрагенитальной патологии (Часть I). Материнская смертность от экстрагенитальной патологии: ошибки и уроки. *Медицинские аспекты здоровья женщины*. 2011;(6):11-18. [дата обращения 2024 декабрь 24]. Режим доступа: <https://mazg.com.ua/ru/archive/2011/7%2847%29/pages-6-10/osnovnye-voprosy-ekstragenitalnoy-patologii->

Medved VI. Basic issues of extragenital pathology (Part I). Maternal mortality from extragenital pathology: mistakes and lessons. *Medical aspects of women's health*. 2011;(6):11-18. [date of access January 3, 2024]. Available from: <https://mazg.com.ua/ru/archive/2011/7%2847%29/pages-6-10/osnovnye-voprosy-ekstragenitalnoy-patologii-> (In Russ.).

12. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. 6-е изд., доп. и перераб. М.: Трида-Х; 2013. 896 с. [дата обращения 2024 декабрь 24]. Режим доступа: <https://www.medkniga.su/index.php?plugin=jklibs&file=NS04MjQ5LTAwMDctOC5wZGY=6s9dD&download=1>

Shekhtman MM. Guidelines on extragenital pathology in pregnant women. 6th ed., add. and reprint. M.: Triad-X; 2013. 896 p. [date of access January 3, 2024]. Available from: <https://www.medkniga.su/index.php?plugin=jklibs&file=NS04MjQ5LTAwMDctOC5wZGY=6s9dD&download=1> (In Russ.).

Информация об авторе / Information about the author

Дробышевская Ольга Юрьевна, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, УО «Гомельский государственный медицинский университет»; врач-терапевт женской консультации, ГУЗ «Гомельская городская клиническая поликлиника № 3», Гомель, Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8825-8959>
e-mail: drobyshevskaja0105@gmail.com

Olga Yu. Drobyshevskaja, Assistant at the Department of Propaeudetics of Internal Diseases, Gomel State Medical University; Therapist at the Antenatal Clinic, Gomel City Clinical Poly-clinic No. 3, Gomel, Belarus
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8825-8959>
e-mail: drobyshevskaja0105@gmail.com

Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

Дробышевская Ольга Юрьевна
e-mail: drobyshevskaja0105@gmail.com

Olga Yu. Drobyshevskaja
e-mail: drobyshevskaja0105@gmail.com

Поступила в редакцию / Received 21.05.2024

Поступила после рецензирования / Accepted 23.12.2024

Принята к публикации / Revised 19.03.2025