

ченных данных вычисляли индекс накопления коллоида Г.Г. Автандилова и др. Иммуноферментным методом в сыворотке крови животных определяли содержание тироксина, трийодтиронина, тиреотропного гормона. Для оценки взаимосвязи морфофункциональных изменений использовали непараметрический метод рангового корреляционного анализа Спирмена. Статистическую обработку материала проводили с использованием программы «Microsoft Excel 2003». **Результаты.** В результате исследований динамики оценочных морфометрических параметров установлены особенности реконструкции фолликулярного аппарата щитовидной железы, которые отражают адаптацию тиреоидной паренхимы к условиям беременности. Было зафиксировано волнообразное изменение морфофункциональной активности щитовидной железы с максимумом на 4–7-е сутки, что обусловлено выведением секреторного продукта или усилением клеточного метаболизма. **Выводы.** Выявлено хроносопряжение изменений морфометрических показателей с уровнем тиреоидных гормонов в сыворотке крови экспериментальных животных.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ, В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

В.С. Овчарова, А.А. Должиков

Научный руководитель – д.м.н., проф. М.И. Чурносков
Белгородский государственный национальный
исследовательский университет, Белгород, Россия

CLINICAL AND GENETIC CHARACTERISTICS OF WOMEN PATIENTS WITH PREECLAMPSIA IN THE BELGOROD REGION

V.S. Ovcharova, A.A. Dolzhykov

Scientific Advisor – DMedSci, Prof. M.I. Churnosov
Belgorod State National Research University, Belgorod,
Russia

Введение. Преэклампсия – это осложнение беременности, возникающее во 2-й ее половине и характеризующееся появлением отеков, протеинурии, артериальной гипертензии, а также глубокими расстройствами функции сосудистой системы, гемостаза, иммунитета, гемодинамики и микроциркуляции, развитием фетоплацентарной недостаточности, нарушений функции почек, печени, легких. Частота преэклампсии, по данным литературы, составляет 8–16% всех беременных, в Белгородской области – 12,5%. Патогенетическую основу преэклампсии составляют генерализованный сосудистый спазм, гиповолемия, нарушение реологических и коагуляционных свойств крови, снижение перфузии жизненно важных органов и развитие в них дистрофических изменений на клеточном уровне (стадия дистрофических иногда необратимых изменений), что может привести к летальному исходу матери и/или плода. **Цель исследования.** Изучить клинико-генетические особенности беременных с преэклампсией в Белгородской области. **Пациенты и методы.** Выборка беременных была сформирована на базе перинатального центра ОКБ г. Белгорода. В нее входили 117 здоровых беременных в возрасте от 18 до 44 лет, и 266 беременных с диагнозом преэклампсии в воз-

расте от 18 до 42 лет. В выборку были включены женщины русской национальности, являющиеся уроженками Центрального Черноземья России. Все женщины прошли тщательное физикальное, клинико-лабораторное и инструментальное обследование. **Результаты.** Показатель протеинурии у беременных варьировал в зависимости от степени преэклампсии – 0,033–1,0 г/л. Среди беременных с преэклампсией 98 (43,6%) женщин имели различную экстрагенитальную патологию (гипертоническая болезнь, хронический гломерулонефрит, гидронефроз почки, вегетососудистая дистония по гипертензивному типу), тогда как среди беременных без преэклампсии данные патологические состояния были зарегистрированы лишь у 27 (27%) женщин ($p=0,06$). После проведения клинико-генетического анализа было выявлено, что у женщин-пробандов преэклампсию наблюдали у 18,9% матерей и 16,2% сестер анкетированных, что статистически значимо выше по сравнению с популяционным контролем. В исследовании также было установлено, что вероятность преэклампсии в семье достоверно выше, если оба супруга родились в результате осложненной данной патологией беременности (19,4%). **Выводы.** Проведенные исследования позволяют установить клинико-генетические особенности развития преэклампсии и говорят о существенном вкладе генетических факторов в ее формирование.

ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ГЕСТОЗА

Е.П. Кастрова

Научный руководитель – к.м.н., доц. Л.М. Демина
Оренбургская государственная медицинская академия,
Оренбург, Россия

OUTCOME OF PREGNANCY AND DELIVERY IN PATIENTS WITH THE GESTOSIS HEAVY FORMS

E.P. Kastrova

Scientific Advisor – CandMedSci, Assoc. Prof. L.M. Demina
Orenburg State Medical Academy, Orenburg, Russia

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между факторами риска развития гестоза и установить их влияние на частоту возникновения тяжелых форм гестоза. **Задачи:** 1) определить частоту, особенности клинического течения гестоза, сроки и методы родоразрешения у пациенток с тяжелыми формами гестоза в зависимости от наличия различных факторов риска (крайние границы детородного возраста, экстрагенитальные заболевания, и т.д.); 2) выявить особенности диагностики и тактики ведения пациенток с редкими формами тяжелого гестоза; 3) изучить перинатальные исходы у пациенток с тяжелыми гестозами. **Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 51 пациентки с тяжелыми формами гестоза. **Результаты.** Среди тяжелых форм гестоза преэклампсия составила 11,7%, гепатоз беременных – 7,8%, эклампсия – 2%, HELLP-синдром – 2%. Сочетанный гестоз наблюдали в 41% случаев. Наиболее часто гестозы тяжелой степени сочетались со следующей экстрагенитальной патологией: гипертензивными состояниями – в 45% случаев (из них уровень артериальной гипертензии I степени – 33,4%; II степени –