Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

(Гомель, 31 марта 2021 г.)
Научное электронное издание

Минск
«Профессиональные издания»
2021

УДК – 618.1/.2-002-022.7-071-08 (082)

Под научной редакцией доцента Т.Н. Захаренковой
Редакционная коллегия:
Ректор университета И.О. Стома
Проректор по научной работе Е.В. Воропаев

Редакционный совет:
Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ФПКиП Т.Н. Захаренкова
Ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ФПКиП С.С. Кравченко

ISBN 978-985-7177-70-7

© УО «Гомельский государственный медицинский университет», 2021
© Оформление УП «Профессиональные издания»,2021

СОДЕРЖАНИЕ

Анищенко Е.В, Красавцев Е.Л.
ИЗМЕНЕНИЯ СРОКОВ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
У ВИЧ-ЭКСПОНИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА 5

Василевич Д.М., Нечипоренко А.Н.
РОЛЬ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГНОЙНЫХ ФОРМ
ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА 8

Ганчар Е.П., Гурин А.Л., Колесникова Т.А.
СИНДРОМ ФИТЦА-ХЬЮ-КУРТИСА ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ 11

Ганчар Е.П., Колесникова Т.А.
СОМНИТЕЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ КАРДИОТОКОГРАММ – ТАКТИКА 13

Гришкевич А.Н., Теслова О.А., Мазур Н.В.
ЗНАЧЕНИЕ B_2-МИКРОГЛОБУЛИНА В СЫВОРОТКЕ ПУПОВИННОЙ КРОВИ
И АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ НА ФОНЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ TRICHOMONAS VAGINALIS 16

Зарянкина А.И., Надточеева Е.П., Авраменко М.Е.
АПНОЭ У НОВОРОЖДЕННЫХ 18

Захаренкова Т.Н.
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
У БЕРЕМЕННЫХ С РЕАЛИЗОВАННОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 21

Ковалёва А. В., Киселёва Н. И., Арестова И. М.
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ,
РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ, ВЫЗВАННЫХ ШТАММАМИ МИКРООРГАНИЗМОВ,
ПРОДУЦИРУЮЩИХ БИОПЛЕНКУ 24

Корбут И.А.
УРОВЕНЬ ФАКТОРОВ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ВАГИНИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ 28

Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В., Кухарчик И.В., Станько Д.Э., Кузьмич И.И.
СОЧЕТАНИЕ ВИТАМИНДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ
ВАГИНОЗОМ У ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ 30

Кучинская А.А.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПРИДАТКОВ МАТКИ У ЖЕНЩИН, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ
ВНУТРИМАТОЧНУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ 33

Лашкевич Е.Л.
СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН
С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ 36

Лемтюгов М.Б., Симченко Н.И.
ВЛИЯНИЕ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ
ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН 38

Лызикова Ю.А., Рублевская Е.И.
НАРУШЕНИЕ БИОЦЕНОЗА ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ КАК ФАКТОР РИСКА
РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКЦИИ 40

Марковская Т.В.
ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОГО
С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО
И ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА 42

Могильницкая О.Э.
АНАЛИЗ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ И ЭПИЗИОТОМИЙ ВО ВРЕМЯ РОДОВ
У ЖЕНЩИН С ЧРЕЗМЕРНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ ПРИРОСТОМ МАССЫ ТЕЛА 44

Могильницкая О.Э.
ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОТИ И РОДОВ 46

Савицкая В.М., Лагуто С.Н. ,Дражина О.Г.
БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ 48

Савицкая В. М.
ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ В АНАМНЕЗЕ. 51

Савицкая В. М., Ремизонова А.В., Бобкова В.Д
РУБЕЦ НА МАТКЕ: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ 54

Сильчук Н.А., Корсак В.Э, Нечипоренко А.Н.
АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА 58

Абрамов Б.Э., Сквира И.М.
И БУДЕМ ТЕПЕРЬ ПОЧКОВАТЬСЯ…(В.С. Высоцкий) 59

УДК 616.98:578.828]-053.2-08

Анищенко Е.В, Красавцев Е.Л.
Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ИЗМЕНЕНИЯ СРОКОВ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ВИЧ-ЭКСПОНИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Актуальность. Без профилактических вмешательств инфицируются от 25 до 50% детей, рожденных женщинами с ВИЧ-инфекцией. Инфицирование ребенка возможно в период беременности, родов и при грудном вскармливании [1]. В пренатальном периоде, преимущественно на последних стадиях беременности частота перинатальной трансмиссии ВИЧ составляет 25-35%; в интранатальном периоде (роды) – 70-75%; в постнатальном периоде (грудное вскармливание) – 10-16%. При грудном вскармливании наиболее высок риск перинатальной трансмиссии в первые 3-4 месяца жизни ребенка [2]. Наиболее часто передача вируса ребенку происходит на поздних сроках беременности (после 30-й недели гестации) и в родах, а в развивающихся странах - при грудном вскармливании. Существуют факторы, которые увеличивают риск передачи ВИЧ от матери к ребенку. Среди них наиболее значимыми являются следующие: высокая концентрация вируса в крови беременной женщины, особенно в III триместре беременности и в период родов; инфекции, передающиеся половым путем в период беременности; преждевременные роды; родовое кровотечение; грудное и смешанное вскармливание. При этом уже сегодня при использовании полного комплекса профилактических мероприятий вероятность рождения инфицированного ребенка может быть критически снижена до 1% и менее [1]. Под термином «профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку» всегда подразумевают комплекс мер:

- консультирование женщин;
- диагностика и лечение заболеваний, передающихся половым путем;
- раннее начало АРВТ женщинам с ВИЧ-инфекцией;
- трехэтапная непрерывная химиопрофилактика (беременность, роды, после родов - ребенку);
- неинвазивное ведение беременности;
- родоразрешение: кесарево сечение по показаниям;
- замена грудного вскармливания искусственным [1].

Беларусь достигла значительных результатов в области профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. В июне 2016 года в Нью-Йорке (США) постоянному представителю Беларуси при ООН вручили свидетельство Всемирной организации здравоохранения, фиксирующее, что в Беларуси официально подтверждено предотвращение передачи от матери к ребенку ВИЧ-инфекции и сифилиса [3].

Цель исследования – проанализировать изменения сроков диагностики ВИЧ-статуса у ВИЧ-экспонированных детей и их клиническую характеристику.

Материалы и методы. Проведен анализ 145 медицинских карт и карт эпидемиологического расследования ВИЧ-инфицированных детей, состоящих на учете в областном консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы, которые родились в период с 1995 по 2019 годы.

Достигли возраста 15 лет и наблюдаются согласно протоколам взрослых 38 (26 %) пациентов.

Все дети были обследованы согласно протоколам «Оптимизация подходов к наблюдению и лечению детей с ВИЧ/СПИДОМ (инструкция по применению)» [4], и регламентирующими документами Министерства здравоохранения. Диагноз ВИЧ-инфекции у детей считали подтвержденным, если ребенок младше 18 месяцев имел положительный результат в качественной полимеразной цепной реакции ВИЧ в двух пробах крови, взятых в разное время (2 и 4 месяца). Также у ребенка отмечалось наличие антител к ВИЧ в иммуноферментном анализе и иммуном блотинге, не менее чем в двух исследованиях крови (для детей старше 18 месяцев) или у ребенка имело место верифицированное СПИД-индикаторное заболевание.

Согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией» от 01.06.2017г. №41 диагностика ВИЧ-инфекции у детей в возрасте до 18 месяцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, основывается на выявлении провирусной ДНК ВИЧ методом ПЦР. Исследование крови на выявление провирусной ДНК ВИЧ методом ПЦР выполняют в возрасте 2-5 дней, 8-10 недель и 4 месяца. По достижению ВИЧ-экспонированным пациентом возраста 18 месяцев лабораторные исследования выполняют по стандартному алгоритму диагностики ВИЧ-инфекции [4].

Стадию ВИЧ-инфекции выставляли в консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД. Для оценки стадий заболевания использовалась клиническая классификация ВИЧ-инфекции у детей до 15 лет (ВОЗ, 2006, 2012 г.).

Описания значений возраста представлено в виде Me и интерквартильного размаха (25%;75%).

Результаты и обсуждение. Возраст установления ВИЧ статуса в обследованной группе детей составил 2,1 (1,1;4,3) года.

Полная антиретровирусная профилактика для снижения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду (профилактику получили и мать, и ребенок) была осуществлена в 20% случаев (29 детей).

Большая часть детей при установлении ВИЧ-статуса находилась в 3 клинической стадии заболевания (56 детей, 38,6%). Во 2 клинической стадии заболевания при установлении диагноза было 49 детей (33,8%), у 24 детей (16,6%) регистрировалась 1 клиническая стадия заболевания. Стадия СПИДа (4 клиническая стадия) при установлении диагноза ВИЧ-инфекции была выявлена у 16 детей (11%). В большинстве случаев дети при установлении ВИЧ-статуса находились в состоянии тяжелого иммунодефицита (51 ребенок, 35,2%). Незначительный уровень иммунодефицита был выявлен у 38 детей, что составило 26,2%. Одинаковое количество детей находилось в состоянии умеренного и выраженного иммунодефицита (по 28 детей, 19,3%).

На первом году жизни диагноз ВИЧ-инфекции был выставлен 34 детям (23%). Возраст установления ВИЧ статуса составил 0,6 (0,5;0,9) лет. В этой группе 15 детей (44%) получили полную антиретровирусную профилактику для снижения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду (и матери, и ребенку).

Большая часть детей, которым диагноз ВИЧ-инфекции был выставлен на первом году жизни, при установлении ВИЧ-статуса находились в 3 клинической стадии заболевания (12 детей, 35%). Одинаковое количество детей при установлении диагноза находилось в 4 и 2 клинических стадиях (по 9 человека, 26%) и только 4 ребенка (12%) находились в 1 клинической стадии заболевания. В этой группе наблюдения, также в большинстве случаев (17 детей, 50%), при установлении диагноза ВИЧ-инфекции у детей наблюдался тяжелый уровень иммунодефицита. В 20% случаев (7 детей) иммунодефицит был выраженным, незначительный отмечался у 6 детей (18%). Умеренный уровень иммунодефицита при установлении диагноза ВИЧ-инфекции имели 4 ребенка (12%).

В 2017 г. было взято на учет в областном консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы 6 ВИЧ-инфицированных ребенка (с вертикальным путем передачи). С 2018 г. и по настоящее время случаев вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в Гомельской области не установлено. Возраст установления ВИЧ статуса в обследованной группе составил 4 (3;8) месяца. Полную

антиретровирусную профилактику для снижения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду получили 2 ребенка (33%). Согласно проведенному анализу карт эпидемиологического расследования, можно выделить следующие основные причины отсутствия полной антиретровирусной профилактики для снижения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду: 1) низкая приверженность женщины к приему антиретровирусных средств (нерегулярный прием); 2)употребление женщиной во время беременности наркотических веществ; 3)поздние сроки взятия на учет по беременности в женской консультации (в сроке 30-31 неделя) и письменный отказ от оперативного родоразрешения;

Среди ВИЧ-инфицированных детей, родившихся в 2017 гг. на момент установления диагноза ВИЧ-инфекции по одному ребенку (17%) находились в 1 и 4 клинических стадиях заболевания. Одинаковое количество детей (2 ребенка, 33%) были отнесены ко 2 и 3 клиническим стадиям ВИЧ-инфекции. В большинстве случаев (50%, 3 ребенка) у детей из этой группы наблюдения при установлении диагноза ВИЧ-инфекции наблюдался незначительный уровень иммунодефицита. Выраженный иммунодефицит имели 33% детей (2 ребенка) и у одного ребенка (17%) уровень иммунодефицита был умеренным.

У ребенка с 1 клинической стадией ВИЧ-инфекции заболевание протекает в бессимптомной форме. Основной значимой оппортунистической инфекцией у ребенка в 4 стадии заболевания была пневмоцистная пневмония в сочетании с бактериальной пневмонией. Одинаковое количество детей (по 2 ребенка, 33%) были отнесены ко 2 и 3 клиническим стадиям ВИЧ-инфекции. Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей в виде среднего отита наблюдались у детей со 2 стадией заболевания. Наличие у детей бактериальной пневмонии определяло 3 клиническую стадию заболевания.

Выводы.

В Гомельской области с 2018г не зарегистрированы случаи вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции.

Возраст установления ВИЧ статуса в обследованной группе детей составил 2,1 (1,1;4,3) года.

Полная антиретровирусная профилактика для снижения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду (профилактику получили и мать, и ребенок) была осуществлена в 20% случаев (29 детей).

Возраст установления ВИЧ статуса у детей, родившихся в 2017 г. (обследованы согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией» от 01.06.2017г.) составил 4 (3;8) месяца. Полную антиретровирусную профилактику для снижения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду в данной группе наблюдений получили только 2 ребенка (33%).

Литературные источники

1. Лекции по ВИЧ-инфекции / под ред. В. В. Покровского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 848 с.
2. ВИЧ-инфекция у взрослых и детей / Н.В. Матиевская, В.М. Цыркунов, Е.Л. Красавцев, В.Ф. Еремин // Оппортунистические инфекции и заболевания: пособие для студентов лечебного, педиатрического, мед.-психол. и мед.-диагн. фак-тов и – Гродно: ГрГМУ, 2011. – 400с.
3. Технический отчет для Министерства здравоохранения, Беларусь, в области валидации элиминации передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку – Минск, 2016 г –51с.
4. Оптимизация подходов к наблюдению и лечению детей с ВИЧ/СПИДом (инструкция по применению): утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 10.09.2008. – Минск, 2008. – 100 с.
5. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией»: утв. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь №41 от 01.06.2017 – Минск, 2017. – 134 с.

УДК: 616.61-002.3-073

Василевич Д.М.[1], Нечипоренко А.Н.[2]
[1]УЗ «Гродненская университетская клиника», Гродно, Беларусь
[2]УО «Гродненский государственный медицинский университет» Гродно, Беларусь

РОЛЬ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГНОЙНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Актуальность. В диагностике острого пиелонефрита одним из наиболее сложных и важных вопросов остается распознавание гнойных его форм, поскольку при выявлении гнойной деструкции в паренхиме почки встает вопрос о хирургическом лечении.

Рутинное рентгеновское обследование пациентов с острым пиелонефритом (экскреторная урография) только при значительно распространенном гнойном процессе в почке позволяет выявить косвенные признаки гнойного очага. Почечная артериография и скенирование почек, хотя и дают больше информации о состоянии паренхимы почки чем экскреторная урография, не получили широкого применения в диагностике гнойных форм острого пиелонефрита в силу значительной инвазивности этих методик.

Внедрение в практику такого метода визуализации почек как ультразвуковое исследование (УЗИ) значимо упростило диагностику гнойной деструкции в паренхиме почки, что сегодня позволяет, в ряде случаев, выявлять карбункулы и абсцессы почки, а соответственно и выбрать адекватный метод лечения и наблюдения за течением воспалительного процесса в почке.

УЗИ почек у пациентов с острым пиелонефритом позволяет выявить расширение чашечно-лоханочной системы – признак вторичного пиелонефрита и ряд признаков перехода острого серозного воспаления в паренхиме почки в гнойную очаговую деструкцию: увеличение объема почки в 1,5 раза и более, диффузное или очаговое увеличение толщины паренхимы более чем на 1 см, деформация наружного или внутреннего контура почки; ограничение дыхательной подвижности почки, появление в паренхиме очагов неоднородной эхогенности или очагов с анэхогенными зонами (формирование абсцесса) [1]. УЗИ является и основным методом контроля за динамикой течения воспалительного процесса в почке в ходе медикаментозного лечения пациента с острым пиелонефритом [2]. Повысить эффективность ультразвуковой диагностики гнойной деструкции в паренхиме почки по мнению ряда исследователей можно проводя энергетическую допплерографию [3, 4]. Это исследование позволяет выявить зоны ишемии в паренхиме почки.

Целью настоящей работы является показать возможности УЗИ в выявлении гнойной деструкции в паренхиме почки (карбункулы, абсцессы) у пациентов с острым пиелонефритом.

Материал и методы. Проведен анализ возможностей выявления признаков гнойной деструкции в паренхиме почки методами УЗИ среди 90 пациентов с односторонним острым гнойным пиелонефритом. Все эти пациенты подверглись открытому хирургическому лечению по поводу острого пиелонефрита в период с 2014 по 2019 годы в урологической клинике Гродненского государственного медицинского университета. У всех при ревизии почки выявлены признаки гнойного воспаления (апостемы, карбункулы, абсцессы). Выполнялась стандартная операция: декапсуляция почки, иссечение или вскрытие гнойников, по показаниям нефростомия, дренирование паранефрального пространства. В ходе операции проводилась биопсия почки, что гистологически подтвердило наличие гнойно-деструктивной фазы острого пиелонефрита.

Результаты и обсуждение. У всех 90 пациентов при поступлении в клинику имела место типичная клиническая картина острого одностороннего пиелонефрита: боли различной интенсивности в поясничной области, температура тела 38° и выше с эпизодами непродолжительных ознобов по вечерам. Дизурические расстройства имели место у 47 (52,2%) человек. Пациенты поступили в урологическое отделение через 1-7 суток после первого подъема температуры тела до 38ºС. 52 (57,8%) человека получали антибактериальную терапию в других стационарах и в силу отсутствия эффекта от проводимого лечения были переведены в клинику. Среди них 19 поступили с ранее установленным мочеточниковым стентом для восстановления оттока мочи из почки.

Лабораторно у всех отмечена лейкоцитурия, при посеве мочи рост бактериальной флоры выявлен у 79 (87,8%) человек. В анализе крови лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево отмечен у всех 90 пациентов.

При поступлении всем пациентам выполнено УЗИ почек. Отмечено расширение чашечно-лоханочной системы на пораженной стороне у 72 (80,0%) человек, причем у 24 содержимое лоханки было повышенной неоднородной эхогенности.

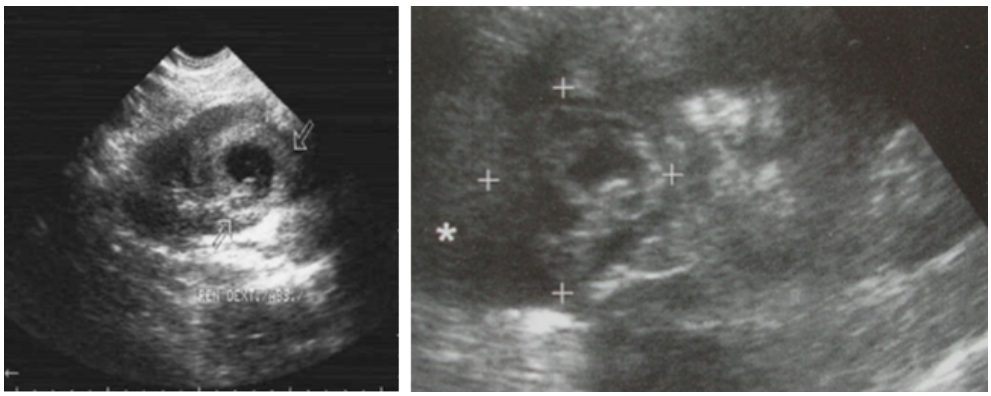
Толщина паренхимы в одном сегменте пораженной почки или во всей почке составляла 22-34 мм, очаговая неоднородность эхогенности паренхимы пораженной почки имела место у 38 (42,2%) пациентов, у 25-х из них выявлена жидкость в околопочечном пространстве – паранефрит. Дыхательная подвижность почек была резко ограничена у 65 человек, у остальных 25 пациентов дыхательные экскурсии почек были сохранены.

Таким образом, по результатам проведенной ультрасонографии острый обструктивный пиелонефрит был диагностирован у 72 пациентов, а признаки очаговой гнойной деструкции паренхимы почки (карбункулы и(или) абсцессы) отмечены у 38 пациентов (рисунок 1).

Эти 38 пациентов оперированы и в ходе операции у них гнойный пиелонефрит подтвержден.

У остальных 52 (57,8%) пациентов на эхограммах типичных признаков гнойной деструкции в паренхиме почки отметить не удалось (рисунок 2).

При ревизии почки во время операции у 45 пациентов из этой группы выявлены карбункулы и абсцессы, у 7 пациентов – множественные мелкие гнойнички под фиброзной капсулой – апостематоз.



а **б**

Рисунок 1
Эхограммы почек: а - в верхнем сегменте почки гипоэхогенный очаг, окруженный гиперэхогенным валом (абсцесс почки), б – карбункул в нижнем полюсе почки (зона повышенной эхогенности) с гипоэхогенными очагами (абсцедирование).

Рисунок 2
Эхограмма почки пациента с острым вторичным пиелонефритом. Явных признаков гнойной деструкции в паренхимы не отмечается.

Таким образом диагностическая чувствительность УЗИ в выявлении гнойной деструкции почки составила 42,2%.

Выводы.

1. УЗИ является важным методом визуализации почек у пациентов с клиникой острого пиелонефрита.
2. Диагностическая чувствительность в выявлении карбункулов и абсцессов почки методом УЗИ составила 42,2%.

Литературные источники

1. Игнашин, Н. С., Сафаров, Р. М., Ходырева, Р. П. [и др]. Диагностика острого пиелонефрита с применением лучевых методов // Здравоохранение Башкортостана. – 2001. - №5. – С. 97-101.
2. Быковский, В. А. Ультразвуковая диагностика неотложных урологических состояний у детей. Автореф. дисс. … д.м.н. – М., 2000. – 42с.
3. Капустин, С. В., Оуен, Р., Пиманов, С. И. Ультразвуковое исследование в урологии и нефрологии. Минск, 2007. – 175с.
4. Parenti, G. C. Passari A. Acute pyelonephritis. Role of diagnostic imaging // Radiol. Med. (Torino). – 2001. – Vol.101. - №4. – P. 251-254.
5. Олдер, Р. А., Бассиньяни, М. Д. Атлас визуализации в урологии. – Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2014. – 270 с.

УДК 616.98: 618.177

Ганчар Е.П.[1], Гурин А.Л.[1], Колесникова Т.А.[2]
[1] Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь
[2] Учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр», Гродно, Беларусь

СИНДРОМ ФИТЦА-ХЬЮ-КУРТИСА ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Актуальность**.** Под синдромом Фитца-Хью-Куртиса понимается локальный патологический процесс, развивающийся почти исключительно у женщин, вызванный Neisseria gonorrhoeae или Chlamydia trachomatis и явившийся осложнением воспалительных заболеваний органов малого таза. В основе патоморфологии синдрома лежит фибринозное воспаление с развитием псевдомембранозного глиссонита, захватывающее переднюю поверхность печени и прилегающий к ней участок париетальной брюшины, с образованием сращений по типу «струн скрипки». Впервые упоминание о необычных болях в правом верхнем квадранте живота у женщин с гонококковым перитонитом появилось в 1921 г. в работе Curtis [2], но первое подробное описание данной патологии сделал T. Fitz-Hugh в статье, опубликованной в «Журнале Американской Медицинской Ассоциации» в 1934 году [3]. В дальнейшем, патология, описанная двумя врачами, получила их имена.

Информативным и достоверным методом выявления данного синдрома является лапароскопия. Данный метод является ведущим в постановке диагноза на операционном столе. Этот метод позволяет непосредственно видеть сращения в брюшной полости. В процессе лапароскопического исследования прибором можно пользоваться как щупом и определять плотность осматриваемых сращений, а иногда и разрывать нежные паутинные спайки. В ранней фазе болезни на диафрагмальной поверхности печени может наблюдаться гнойный фибринозный экссудат. Позже появляются спайки, похожие на струны скрипки между передней поверхностью печени и передней брюшной стенкой [1, 4, 5]. Однако, диагностика синдромом Фитца-Хью-Куртиса в хирургии – большая редкость. Значительно чаще данную диагностическую картину визуализируют врачи-акушеры-гинекологи при хирургическом лечении трубно-перитонеального бесплодия.

Цель исследования. Установить частоту интраоперационной диагностики синдрома Фитца-Хью-Куртиса при трубно-перитонеальном бесплодии.

Материал и методы исследования. Проведен анализ историй болезни, протоколов операции у 299 пациентов, страдающих трубно-перитонеальным бесплодием. Возраст пациентов – 31±4 год. У 158 (52,84%) женщин наблюдалось первичное бесплодие, 141 (47,16%) – вторичное.

Лапароскопию производили под эндотрахеальным наркозом по общепринятой методике с использованием эндоскопического оборудования и инструментов фирмы «Wolf» (Германия). Визуальный контроль и видеозапись проводили с помощью эндоскопической видеосистемы фирмы «Cabot Medical» (США).

Результаты и обсуждение результатов исследования. У 66 (22,1%) пациентов наблюдались двусторонние гидросальпинксы, у 58 (19,39%) – гидросальпинкс с одной стороны. У 195 (65,21%) женщин в анамнезе отмечались воспалительные заболевания придатков матки, по поводу которых неоднократно проводилось комплексное противовоспалительное лечение, с контролем излеченности. Хламидиоз в дооперационном периоде выявлен в 98 (32,78%) случаях, уреаплазмоз – 66 (22,07%), микоплазмоз – 52 (17,39%), гонорея – 36 (12,04%).

У пациентов, перенесших ранее чревосечения по поводу операций на придатках матки, вхождение в брюшную полость первым троакаром осуществляли в точке на 2 см выше пупка

Рисунок 1
Синдром Фитца-Хью-Куртиса

и на 1 см левее средней линии. У 3 женщин при вхождении в брюшную полость был использован метод открытой лапароскопии. После осмотра органов малого таза, брюшной полости, диафрагмы и печени оценивали степень спаечного процесса и состояние придатков матки.

У 79 (26,42%) пациентов при лапароскопии отмечен выраженный перитубарный спаечный процесс. У 28 (9,36%) пациентов ранее было проведено удаление придатка с одной стороны. 98 (32,78%) пациентам ранее были выполнены операции на органах брюшной полости: у 45 (15,05%)– аппендэктомия, у 53 (17,73%) – операции на придатках матки (цистэктомия, тубэктомия, аднексэктомия, клиновидная резекция обоих яичников). Непроходимость маточных труб выявлена в ампулярных отделах у 123 (41,14%) пациентов, частично проходимы – у 106 (35,45%).

Выполнены следующие операции: сальпинго- и сальпингоовариолизис – 210 (70,23%), терминальная сальпингостомия с фимбриопластикой – 108 (36,12%), сальпингонеостомия – 76 (28,76%), тубэктомия – 62 (20,74%). Произведено рассечение единичных спаек (адгезиолизис) электроножом под визуальным контролем. В процессе лапароскопии определяли плотность сращений между передней поверхностью печени и передней брюшной стенкой и разрывали нежные паутинные спайки.

Интраоперационно в 96 (32,11%) случаях диагностирован синдром Фитца-Хью-Куртиса (рис.1).

У 52 (17,39%) женщин при подробном сборе анамнеза, отмечались эпизоды болевого синдрома в правом подреберье. Болевой синдром усиливался при глубоком дыхании, кашле, смехе. 3 (3,13%) женщины с диагностированным нами синдромом Фитца-Хью-Куртиса проходили лечение по поводу обострения хронического холецистита в хирургических стационарах.

Анализ анамнестических данных показал, что 66 (68,75%) пациентов с синдромом Фитца-Хью-Куртиса в анамнезе перенесли хламидиоз, 14 (14,58%) – гонорею.

Послеоперационных осложнений не наблюдалось. В послеоперационном периоде и после выписки из стационара практически всем пациентам проведены мероприятия, направленные на восстановление транспортной функции маточных труб: физио- и рассасывающая терапия, энзимотерапия.

После операций пациенты наблюдались в течение 2 лет, у 74 (24,75%) пациентов наблюдалась маточная беременность, внематочных беременностей – у 4 (1,34%). Эпизодов болевого синдрома в правом подреберье не было.

Выводы.

1. Синдром Фитца-Хью-Куртиса диагностирован в 96 (32,11%) случаях интраоперационно при лечении трубно-перитонеального бесплодия.
2. У 52 (17,39%) пациентов с синдромом Фитца-Хью-Куртиса в анамнезе отмечались эпизодические боли в правом подреберье.
3. В анамнезе у женщин с признаками перенесенного глиссонита выявлены в 66 (68,75%) случаях хламидиоз, в 14 (14,58%) – гонорея.

Литературные источники

1. Bolaji, I. I. An odyssey through Fitz-Hugh Curtis syndrome / I. I. Bolaji, K. Y. Shirley // J Reprod & Contr. – 2015. – Vol. 26 №3. – P. 173–186.
2. Curtis, A. H. A cause of adhesion in the right upper quadrant / A.H. Curtis // Journal of the American Medical Association. – Chicago. – 1930. – №94. – P.1221–1222.
3. Fitz-Hugh, T. Jr. Acute gonococci peritonitis of the right upper quadrant in women / T. Fitz-Hugh // J Amer Med Assoc. – 1934. – № 102. – P.2094-2096.
4. Muller-Sboop, J.W. / C. trachomatis as a possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women / J.W. Muller-Sboop, S.P. Wang, J. Munzinger // British Med J. – 1978. – №1. – P.1022-1024.
5. Wolner-Hansen, P. Perihepatitis and chlamydial salpingitis / P. Wolner-Hansen, L. Westrom, P.A. Mardh // Lancet. – 1980. – № 8174. – P.901–903.

УДК 618.33-073.96

Ганчар Е.П.[1]Колесникова Т.А.[2]
[1]Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь
[2]Учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр», Гродно, Беларусь

СОМНИТЕЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ КАРДИОТОКОГРАММ – ТАКТИКА

Актуальность. Гипоксия плода – патологическое состояние, возникающее у плода при недостаточном снабжении кислородом его тканей и органов или неадекватной утилизации ими кислорода. Перинатальная гипоксия остается основной причиной повреждений ЦНС плода и новорожденного, что, в свою очередь, приводит к нарушению соматического и нервно-психического развития детей. Установлено, что выраженность этих патологических изменений зависит от длительности и тяжести внутриутробной гипоксии плода. Кроме того, гипоксия является одним из основных факторов формирования детской церебральной патологии. Это, прежде всего, формирование задержки развития двигательных функций, затем задержка решения познавательных и глазодвигательных задач, что в последующем становится основой трудностей обучения, особенно чтению и письму, нарушения поведения, социальной и профессиональной адаптации. Диагностика и лечение внутриутробной гипоксии плода важная проблема акушерства. Это связано со значительной частотой гипоксических состояний у новорожденных (20-43%) и тяжестью их последствий – около 40% детей, перенесших тяжелую асфиксию, в дальнейшем страдают органическими заболеваниями центральной нервной системы и отстают и психофизическом развитии от своих сверстников [1].

Несмотря на интенсивную разработку и совершенствование методов исследований, диагностика гипоксии плода – затруднительна и является сложной задачей практического аку-

шерства. В последние десятилетия кардиотокография (КТГ) стала «золотым стандартом» слежения за функциональным состоянием плода во время беременности. Будучи доступным и безопасным, метод демонстрирует высочайшую, достигающую 100 % чувствительность при достаточно низкой специфичности, составляющей 50-75 %. При сомнительных вариантах КТГ общая частота ошибочного диагноза варьирует от 34 до 75%. Обнаружение этих ритмов может быть результатом сна плода, следствием медикаментозной терапии, нарушения методики исследования. Во многих ситуациях они являются предвестниками или симптомами гипоксии плода. По данным FIGO к антенатальным сомнительным вариантам КТГ относят: тахикардию 160-170 уд/мин, брадикардию 100-110 уд/мин, вариабельность меньше 5 ударов в минуту или более 25 в течение 40-60 минут, отсутствие акцелераций в течение 60 минут наблюдения [2,3].

Сомнительные варианты КТГ не являются самостоятельным показанием к экстренному родоразрешению. Они отражают состояния плода, которые на основании одной единственной записи, не могут быть однозначно отнесены ни к нормальным, ни к патологическим. Сомнительные варианты КТГ являются мотивом к динамической оценке состояния плода, к повторной кардиотокографии, допплерометрическому исследованию. В то же время, проведение динамической КТГ, допплерометрии не гарантирует правильную оценку адаптационно-компенсаторных возможностей плода, прогнозирования гипоксии плода для выбора акушерской тактики.

Цель исследования. Разработать метод диагностики гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ.

Материалы и методы исследования. Нами предлагается метод диагностики гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ (при тахикардии 160-170 уд./мин, а также при брадикардии 100-110 уд./мин, при сниженной или повышенной вариабельности меньше 5 и больше 25 уд./мин в течение 40-60 минут, при отсутствии акцелераций в течение 60 минут).

Суть метода заключается в следующем: назначаем внутривенно раствор пирацетама 20% – 10 мл, затем проводим повторную запись КТГ в течение 60 минут с 3-кратной задержкой дыхания беременной на вдохе продолжительностью 15-20 секунд с интервалами не менее 5 минут. При отсутствии изменения частоты сердцебиения плода, при уменьшении частоты сердцебиения плода не более чем на 10 уд./мин на фоне задержки дыхания с последующим восстановлением частоты сердцебиения до первоначального ритма или появлении учащения частоты сердцебиения плода на 15 и более уд./мин после восстановления дыхания определяем нормальное состояние плода, при уменьшении сердцебиения плода более чем на 10 уд./мин и сохранении или появлении брадикардии после восстановления дыхания диагностируем гипоксию плода.

Предлагаемый метод был применен у 212 пациентов с сомнительным вариантом КТГ. Кардиотокографическое исследование выполнялось с помощью фетальных мониторов «Philips-50A» и балльной оценки по шкале Фишера.

Результаты и обсуждение результатов исследования.

По возрасту беременные распределились следующим образом: до 20 лет 12 пациентов (5,7%); 20-35 лет – 148 (69,8%); старше 35 лет – 52 (24,5%). Первородящих – 115 (54,2%), из них отягощенный акушерский анамнез (выкидыши, аборты) имели 65 женщин (30,7%). Повторнородящих – 97 (45,8%), с отягощенным акушерским анамнезом – 57 (58,8%). Срок беременности составил 259+-8 дней.

Анализ историй родов показал, что все женщины относились к группе среднего и высокого риска по развитию плацентарной недостаточности.

Факторами риска по развитию плацентарной недостаточности во время беременности явились следующие причины: угроза прерывания беременности – 148 (69,8%); перенесли ОРВИ во время беременности – 112 (52,8%); экстрагенитальная патология отмечена в 176 случаях (83,0%); преэклампсией осложнилось течение беременности в 24 случаях (11,3%).

В среднем, каждая беременная имела по 2,55 фактора риска по развитию плацентарной недостаточности.

У 24 (11,3%) женщин после применения предлагаемой пробы была выявлена отрицательная динамики изменений кардиотокографических показателей, что потребовало дополнительного допплерометрического исследования и досрочного родоразрешения в интересах плода.

У 188 (88,7%) женщин гипоксия плода не подтвердилась, КТГ – нормализовалось. В данной группе не было случаев антенатальной гибели плодов.

При наличии гипоксии плода на фоне задержки дыхания наблюдалось снижение базальной частоты сердцебиения плода более чем на 10 уд/мин, которое не восстанавливалась после введения раствора пирацетама и задержки дыхания. При этом вариабельность не изменялась.

Известно, что снижение базальной частоты сердцебиения плода относится к начальным признакам гипоксии плода, которое требуют адекватной акушерской реакции на изменения клинической ситуации. Прогрессирующая реакция сердцебиения плода, выражавшаяся в снижении базальной частоты сердцебиения плода на задержку дыхания матери свидетельствовала о наличии гипоксии плода [4].

Пирацетам стимулирует передачу возбуждения в центральных нейронах, облегчает обмен информации между полушариями головного мозга, повышает устойчивость головного мозга к гипоксии. Антигипоксическая активность – наиболее важное свойство пирацетама. Лечебное действие пирацетама определяется способностью восстанавливать и стабилизировать нарушенные функции мозга [5].

В период задержки дыхания состояние плода может оставаться компенсированным и он может адекватно реагировать на искусственно созданную кратковременную гипоксию. При отсутствии гипоксии плода на фоне пробы с задержкой дыхания и после возобновления дыхания беременными женщинами, параметры КТГ плода не изменялись или наблюдалось уменьшении частоты сердцебиения плода не более чем на 10 уд/мин. на фоне задержки дыхания с последующим восстановлением частоты сердцебиения до первоначального ритма. Кроме того, в ряде случаев после кратковременной задержки дыхания наблюдалось повышение базальной частоты сердцебиения плода на 15 и более уд /мин. в течение 15 секунд (появление акцелераций). При этом вариабельность не изменялась. Появление акцелераций свидетельствовало о том, что плод здоров и адекватно реагирует на стресс.

При появлении, тем более сохранении отрицательной динамики изменений кардиотокографических показателей, целесообразно досрочное родоразрешение в интересах плода.

Выводы:

1. Применение раствора пирацетама с задержкой дыхания беременной на вдохе позволяет выявить начальные признаки гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ.
2. Преимуществом указанного метода диагностики гипоксии плода является простота, доступность, неивазивность.

Литературные источники

1. Кузнецов, П.А. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного / П.А. Кузнецов, П.В. Козлов // Лечебное дело . – 2017. – №4. – С.9-16.
2. Ayres-de-Campos, D. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography / D. Ayres-de-Campos, C.Y. Spong, E. Chandraharan // Int J Gynaecol Obstet. – 2015 Oct. – 131(1). – P.13-24.
3. Intrapartum nonreassuring fetal heart rate tracing and prediction of adverse outcomes: interobserver variability / S. P. Chauhan, C.K., Klauser, T.C. Woodring T. C. et al. // Amer. J. Obstet Gynecol. – 2008. - №199 (6). –P. 623-625.

4. Воскресенский, С. Л. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль / С.Л. Воскресенский : Учебное пособие. – Мн.: Книжный дом, 2004. – 304 с.
5. Использование пирацетама для профилактики и лечения внутриутробной гипоксии плода у рожениц с гестационным пиелонефритом / Т.А. Колесникова, М.В. Белуга, И.А Ославский и др. // Журнал ГрГМУ . – 2006. – № 2 . – С. 73-75.

УДК 616.97-076

Гришкевич А.Н. [1], Теслова О.А. [1], Мазур Н.В. [2]
[1]Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь
[2]Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

ЗНАЧЕНИЕ B_2-МИКРОГЛОБУЛИНА В СЫВОРОТКЕ ПУПОВИННОЙ КРОВИ И АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ НА ФОНЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ TRICHOMONAS VAGINALIS

В современном практическом акушерстве уделяется большое внимание поиску диагностических маркеров – предикторов осложнений беременности для матери и плода на доклиническом этапе. Одним них является β_2-микроглобулин (далее – β_2-МГ), концентрацию которого определяют в сыворотке крови, амниотической жидкости (далее – АЖ) и моче при различных патологических состояниях организма [1,3,5].

β_2-МГ синтезируется большинством ядерных клеток и обнаружен в биологических жидкостях организма как в виде свободного мономера, так и в комплексе с антигенами гистосовместимости 1 класса на поверхности практически всех зрелых клеток, за исключением эритроцитов и трофобластов плаценты. Основным органом выведения β_2-МГ являются почки. Тесная взаимосвязь β_2-МГ с иммунной системой послужила основанием для изучения его роли в генезе иммунологических нарушений. В акушерской практике также предпринимались попытки использовать измерение уровня β_2-МГ для оценки изменений, происходящих в тканях и органах плода [2,4]. Доказано, что плодные оболочки и плацента непроницаемы для β2-МГ, поэтому в крови плода и АЖ они имеют только эмбриональное происхождение. Существуют сведения об увеличении концентрации β_2-МГ в сыворотке крови детей, родившихся в состоянии хронической и острой внутриутробной гипоксии [2].

Концентрация β_2-МГ в крови контролируется двумя процессами: скоростью синтеза и скоростью выведения. У здоровых взрослых уровень β_2-МГ в крови колеблется от 0,6 до 3,0 мг/л [2].

При физиологическом течении беременности концентрация β_2-МГ в амниотической жидкости постепенно увеличивается и в срок 26 недель составляет 7,2-11,6 мг/л. В дальнейшем, по мере созревания почечной ткани, уровень β_2-МГ в АЖ снижается до уровня 2,4-3,5 мг/л к моменту родов или родоразрешения [2,4].

Формирование иммунитета плода и новорожденного определяется всей совокупностью факторов, регулирующих взаимосвязь между матерью и плодом, а также течением периода ранней адаптации ребенка к условиям внеутробной жизни. Поэтому, представляется актуальным оценить показатели иммунитета на фоне инфицирования [1,4].

Цель исследования. Определить уровень β_2-микроглобулина в сыворотке пуповинной крови и амниотической жидкости на фоне инфицирования T. vaginalis.

Материалы и методы. Нами была определена концентрация β_2-МГ в пуповинной крови 30 новорожденных и АЖ их матерей, страдающих трихомонозом. Трихомоноз у исследуемых беременных был подтвержден методом ПЦР. Образцы АЖ получали путем амниотомии или при спонтанном излитии в первом периоде родов, а также во время кесарева сечения. Кровь из пуповины собирали сразу после рождения ребенка. Определение уровня β_2-МГ в пуповинной крови и АЖ проводилось при помощи радиоиммунного анализа.

Все беременные были разделены на 3 группы в зависимости от срока родов или родоразрешения.

Полученные результаты. Исследование концентрации β_2-МГ в сыворотке пуповинной крови и в АЖ у беременных, инфицированных T.vaginalis показало, что 90% полученных результатов, ниже принятых референтных значений.

Как видно из таблицы 1, средний уровень β2-МГ в АЖ во 2 и 3 группах ниже, чем у женщин 1 группы. Такая же тенденция отмечена и в отношении значения концентрации β2-МГ в сыворотке пуповинной крови.

Таблица 1
Концентрация β_2-МГ в сыворотке пуповинной крови и амниотической жидкости (M±m), мг/л

Показатель	Группы обследованных беременных		
	1-я (n=9) срочные роды	2-я (n=9) роды в 33-36 нед. беременности	3-я (n=12) роды в 26-32 нед. беременности
β_2-МГ в сыворотке пуповинной крови	2,56±0,27	1,81±0,12	1,81±0,14
β_2-МГ в АЖ	0,91±0,25	0,74±0,35	0,41±0,12

При оценке состояния новорожденных от обследованных матерей получены результаты, представленные в Таблице 2.

Таблица 2
Состояние новорожденных от обследованных матерей

Состояние при рождении	Группы новорожденных от обследованных беременных		
	1-я (n=9)	2-я (n=9)	3-я (n=12)
Удовлетворительное	9 (30%)	3 (10%)	2 (6,7%)
Легкая асфиксия	-	4 (13,3%)	3 (10%)
Средней тяжести асфиксия	-	2 (6,7%)	4 (13,3%)
Тяжелая асфиксия	-	-	3 (10%)

Полученные результаты могут свидетельствовать в пользу того, что в случае инфицирования T.vaginalis уровень β_2-МГ снижается как в сыворотке пуповинной крови, так и в АЖ. Степень снижения зависит от срока беременности, т.е. чем меньше срок беременности, при котором произошли роды, тем ниже будет концентрационный уровень β_2-МГ в сыворотке пуповинной крови и АЖ. Прогностически значимыми критериями осложненного течения раннего неонатального периода являются: уровень β_2-МГ в сыворотке пуповинной крови 1,81мг/л и менее, в АЖ – 0,7443 мг/л и менее.

Полученные результаты согласуются с данными авторов, свидетельствующими о том, что при развитии внутриутробной инфекции всегда выявляется вторичный иммунодефицит как гуморального, так и клеточного звеньев. Инфекционный агент T.vaginalis может взаимодействовать с клетками лимфоцитарного ряда, снижая их синтетическую активность, что проявляется снижением концентрационного уровня β_2-МГ в сыворотке пуповинной крови и АЖ.

Выводы.

1. Трихомонадная инфекция у беременных ассоциировано с понижением концентрации β_2-МГ в сыворотке крови пуповины и АЖ в 90% случаев, что может быть обусловлено изменением функциональной активности иммунокомпетентных клеток в плодоамниальном комплексе
2. Определение концентрации β_2-МГ в сыворотке пуповинной крови и амниотической жидкости не следует рассматривать в качестве обязательного скринингового теста, но дальнейшее изучение и назначение при осложненном течении беременности и неонатального периода представляется необходимым.

Литературные источники

1. Альфа-фетопротеин и В2-микроглобуллин как прогностические маркеры состояния новорожденного / Е.В. Екимова [и др.] // Проблемы репродукции. – 2010, – № 2. – С. 97–101.
2. Антонова, Т.В. Уровень В2-микроглобуллина и состояние мембран лимфоцитов в динамике вирусного гепатита В / Т.В. Антонова, С.Л. Николаенко, И.В. Жицнова // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1996. – № 6. – С. 82–83.
3. О диагностической значимости определения В2-микроглобулина (обзор литературы) / Е.В. Екимова [и др.] // Проблемы репродукции. – 2010. –№ 1. – С. 7–11.
4. Прогностическое значение определения B_2 – микроглобулина в акушерской практике / Е.В. Екимова [и др.] // Проблемы репродукции. – 2006. – Т. 12, № 3. – С. 76–79.
5. Русакова, Л.А. Современные подходы к диагностике внутриутробного инфицирования плода / Л.А. Русакова // Вестник РГМУ. – 2011. – № 2. – С. 161.

УДК 616.24-008.444-053.3

Зарянкина А.И., Надточеева Е.П., Авраменко М.Е.
Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

АПНОЭ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Актуальность. Респираторные расстройства занимают одно из ведущих мест в патологии недоношенных детей, составляя 30-80% в первые дни жизни [2].

К рождению у ребенка уже сформировано около 50 млн. альвеол, на этом не заканчивается их формирование. Окончательная альвеоляризация наступает примерно к 18 месяцам жизни (считая от срочных родов). Дыхание у недоношенных поверхностное, ослабленное, частота 40-54 в мин., объем дыхания по сравнению с доношенными детьми снижен. Ритм дыхания нерегулярный, с периодическими апноэ.

Апноэ – характерный респираторный паттерн у недоношенных детей. Апноэ, особенно в сочетании с брадикардией, сопровождаются снижением мозгового кровотока, а, сохраняясь длительно и сопровождаясь выраженной гипоксией, негативно влияют на неврологический исход [3, 4].

Апноэ проявляется задержкой дыхания на 20 с и более, сопровождающееся брадикардией (менее 100 в мин.), либо цианозом.

По классификации апноэ делятся на:

- центральный тип – отсутствие движений грудной клетки;
- периферический тип – обструкция воздухоносных путей;
- смешанный тип – вдохи предшествуют или следуют за центральным апноэ.

Различают первичное и вторичное апноэ.

Первичное или идиопатическое апноэ связано чаще всего с незрелостью центральной регуляции дыхания, реакцией на гипоксемию, сниженным ответом на гиперкапнию. Рефлекторное возникновение апноэ возможно при раздражении задней стенки глотки при санации верхних дыхательных путей или попадании жидкости на надгортанник при кормлении.

Вторичное апноэ возникает на фоне другого патологического состояния: патологии нервной системы, инфекционной патологии, метаболических расстройств, тканевой гипоксии и др.

Как правило, эпизоды апноэ у недоношенных детей могут наблюдаться в течение разных периодов постнатальной жизни и обычно купируются к 40-42-й неделе постконцептуального возраста [1].

Цель исследования: изучить особенности клинического течения апноэ у недоношенных и доношенных новорожденных Гомельской области.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 84 историй развития новорожденных, находившихся на лечении в У «Гомельская областная детская клиническая больница» (ГОДКБ) в 2020 году с зарегистрированными эпизодами апноэ.

Чем меньше срок гестации, тем выше частота апноэ. 25% детей, родившихся на сроке менее 34 недель, имеют хотя бы один эпизод апноэ в сутки. Исходя из этого основную группу составили 54 недоношенных ребенка, контрольную группу – 30 доношенных детей. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения StatSoftStatistica 10.0 (USA) и MicrosoftExcel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение. Характеристика основной группы: 30 (55,5%) детей мужского пола, 24 (44,5%) – женского. Первенцев: 33 (61,1%) недоношенных, вторых детей по счету – 12 (22,2%), третьих – 7 (13,0%), четвертых – 2 (3,7%) ребенка. 6 (11,1%) недоношенных из двойни. По сроку гестации: 16 (30,0%) детей имели 1 степень недоношенности, родились в сроке гестации 35-37 недель, 20 (37,0%) детей – 2 степень (срок гестации 32-34 недели), 16 (30,0%) – 3степень (29-31 неделя гестации), в сроке до 29 недель гестации родились 2 (3,7%) ребенка (4 степень).

Средняя масса тела при рождении детей основной группы составила 1965 грамм (1635; 2235). Недоношенных с низкой массой тела в исследуемой группе было 44 (81,5%) ребенка, с очень низкой массой тела – 8 (14,8%) детей, с экстремально низкой массой тела – 2 (3,7%) ребенка.

Группу контроля составили 11 (36,7%) новорожденных мужского пола, 19 (63,3%) – женского. Первенцев было 15 (50,0%), вторых детей по счету – 11 (36,7%), третьих – 4 (13,3%).

Средняя масса тела при рождении детей группы контроля составила 3030 грамм (2900; 3400).

Все дети были переведены из роддома в педиатрическое отделение для новорожденных ГОДКБ в связи с соматической патологией.

У всех детей основной группы была патология органов дыхания. Структура патологии: врожденная пневмония была диагностирована в 42,6% (23 детей) случаев, приобретённая – в 30,0% (16 недоношенных). Респираторный дистресс синдром (РДС) развился у 30 (55,5%) недоношенных, бронхолегочная дисплазия – у 14 (26,0%). Дыхательная недостаточность 1 степени наблюдалась у 33 (61,1%) детей, 2 степени – у 17 (31,5%), 3 степени – у 4 (7,4%).

В группе контроля врожденная пневмония была диагностирована в 70,0% случаев (21 ребенок), приобретенная – в 20,0% (6 детей), РДС – у 8 (26,7%) новорожденных, бронхолегочная дисплазия – у 1 (3,3%). Дыхательная недостаточность 1 степени наблюдалась у 24 (80,0%) новорожденных, 2 степени – у 6 (20,0%).

Патология сердечно-сосудистой системы выявлена у 34 (63,0%) детей основной группы и 6 (20,0%) детей группы контроля. Структура патологии: врожденные пороки сердца (ВПС) с обогащением малого круга кровообращения: дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) диагностирован в основной группе у 8 (23,5%) недоношенных, в контрольной – у 2 (33,3%);

дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП)– у 10 (29,4%) и у 1 (16,7%), соответственно; открытый артериальный проток – только у 6 (17,7%) недоношенных. Диффузные изменения миокарда зарегистрированы у 6 (17,7%) детей основной группы. Малые аномалии развития сердца: в основной группе – у 4 (11,7%) детей, в контрольной – у 3 (50,0%).

Патология центральной нервной системы (ЦНС) была выявлена у 43 (79,6%) детей основной группы и у 3 (10,0%) детей группы контроля. Из них, энцефалопатия недоношенных, синдром угнетения ЦНС в основной группе встречались в 74,4% (32 ребенка) случаев, перивентрикулярная ишемия и незрелость головного мозга – в 25,6% (11 детей). В контрольной группе – у 2 и у 1 ребенка, соответственно.

Характеристика эпизодов апноэ. У большинства детей эпизоды апноэ зарегистрированы с первых суток жизни (основная группа – у 29 недоношенных, 53,7%; контрольная группа – у 15 новорожденных, 50,0%). Со вторых суток апноэ зафиксировано у 9 (17,0%) детей основной группы, у 11 (36,7%) – группы контроля. С третьих – четвертых суток жизни: в основной группе – у 6 (11,1%), в контрольной группе – у 2 (6,7%) детей в каждый день. На пятые сутки апноэ развилось только у 4 (7,4%) детей основной группы. Средняя частота апноэ в сутки у недоношенных составила 6 (2;14), у доношенных детей – 1,5 (1;2).

Уровень сатурации во время апноэ у половины новорожденных основной группы (25 детей; 46,0%) находился в диапазоне от 60 до 75%, группе контроля – у каждого третьего (10 детей; 33,3%). В 50,0% (15 детей) случаев у детей группы контроля сатурация зафиксирована в пределах 70-80%, в основной группе – только у 4 (7,0%) детей. Сатурация 40-55% во время апноэ зафиксирована у 9 (17,0%) недоношенных, в группе контроля – у 2 (6,7%) детей, 50-65% – у 16 (30,0%) детей основной группы, у 3 (10,0%) – группы контроля.

Наиболее часто встречаемый уровень сатурации во время апноэ в зависимости от степени недоношенности: 1 степень недоношенности – 60-75% (50,0%), 2 степень – 50-65% (50,0%), 3 степень – 60-75% (62,5%), 4 степени (2 ребенка) – 50-65% и 60-75% (соответственно).

У 24 (44,0%) новорожденных суточный уровень сатурации вне эпизодов апноэ находился в пределах 85-100%, у 16 (30,0%) – в диапазоне 80-95%, у 14 (26,0%) детей – 75-85%.

В основной группе длительность приступа апноэ менее 20 секунд была зафиксирована у 20 (37,0%) детей, в группе контроля – у 13 (43,3%) новорожденных. Апноэ более 20 секунд были зарегистрированы у 34 (63,0%) детей основной группы и у 17 (56,7%) детей группы контроля. У детей основной группы при всех степенях недоношенности чаще встречаются приступы длительностью более 20 секунд.

У 25 (46,3%) детей основной и у 11 (36,7%) детей контрольной групп частота сердечных сокращений (ЧСС) во время эпизодов апноэ составила 90-105 ударов в минуту. У 9 (17,0%) недоношенных и у 3 (10%) доношенных детей – 60-75 ударов в минуту. У 16 (30,0%) детей основной группы и у 9 (30,0%) в контрольной – 75-90 ударов в минуту. У 4 (7,0%) детей основной группы и у 7 (23,3%) детей контрольной группы – 105-115 ударов в минуту.

Анализируя ЧСС во время апноэ в зависимости от степени недоношенности, выявлено: у детей с 1 степенью недоношенности во время апноэ ЧСС находилось в диапазоне 90-105 ударов в минуту в 50,0% случаев, со 2 степенью – 75-90 ударов в минуту в 50,0%, с 3 степенью – 90-105 ударов в минуту в 62,5% случаев, при 4 степени – 75-90 (50,0%) и 90-105 ударов в минуту (50,0%).

Выводы. У доношенных и недоношенных новорожденных эпизоды апноэ наиболее часто появляются на 1-2 сутки жизни, длятся более 20 секунд и не зависят от срока гестации. Частота апноэ в сутки у недоношенных детей регистрируется в 4 раза чаще, чем у доношенных.

Апноэ у недоношенных и доношенных детей чаще регистрируются на фоне патологии органов дыхания, нервной системы. РДС (55,5%), врожденная (42,6%) и приобретенная (30,0%) пневмонии, перинатальная энцефалопатия, синдром угнетения (74,4%) – основные заболевания у недоношенных детей с апноэ; врожденная (70,0%) пневмония, перинатальная энцефалопатия, синдром угнетения (66,7%) – у доношенных новорожденных. Патология сердеч-

но-сосудистой системы диагностирована в 63,0% случаев у недоношенных и представлена, преимущественно, ВПС: ДМПП (23,5%) и ДМЖП (29,4%).

У половины недоношенных сатурация во время апноэ составляет 60-75%, у доношенных – 70-80% и не зависит от нозологической формы. Максимальное падение ЧСС (75-90 ударов в минуту) на фоне апноэ наблюдалось у детей с патологией органов дыхания: бронхолегочной дисплазии, врожденной пневмонии у недоношенных, приобретенной пневмонии у доношенных детей.

Литературные источники.

1. Волянюк, Е. В. Респираторная патология у недоношенных детей в раннем возрасте / Е. В. Волянюк, А. И. Сафина // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т. 6. –С.82-85
2. Сафронова, Л. Н. Истоки здоровья недоношенных детей : учеб.-метод. пособие: в 3 ч. / Л. Н. Сафронова, П. Н. Шабалов. – СПб., 2010. – Ч. 3. – 83 с.
3. Payer, C. Apnea associated with hypoxia in preterm infants: impact on cerebral blood volume / C. Payer, B. Urlesberger, M. Pauger, W. Muller // Brain Dev. – 2003. – Vol. 25 – № 1. – P. 25-31.
4. Perlman, J.M. Neurobehavioral deficits in premature graduates of intensive care–potential medical and neonatal risk factors / J. M. Perlman // Pediatrics. – 2001. – Vol. 108. – № 6. – P. 1339-1348.

УДК 618.3-022.7-08-071.1

Захаренкова Т.Н.
Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С РЕАЛИЗОВАННОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Актуальность. Широкое распространение инфекционно-воспалительных заболеваний у беременных является непосредственной причиной невынашивания беременности, нарушения роста и развития плода, его инфицирования и развития инфекционных заболеваний новорожденного, что приводит к отклонению в состоянии здоровья детей раннего возраста и может явиться причиной инвалидизации в более поздние сроки [1-4]. Внутриутробная инфекция (ВУИ) – это инфекционно-воспалительные заболевания плода/новорожденного, когда источником инфекции является мать. Актуальность данной проблемы подтверждается высокой долей ВУИ в структуре перинатальных и младенческих потерь. Так, среди причин младенческой смертности в Гомельской области Республики Беларусь в 2020 году на долю ВУИ пришлось 22,2% (8 случаев из 36). В то же время, при анализе 53 случаев мертворождений за 2020 год установленной причиной явилась внутриутробная асфиксия плода. При этом в 53% (28 случаев) выявлена плацентарная стадия ВУИ в виде гнойного хориодецидуита и хориоамнионита, что прямо или косвенно могло повлиять на развитие внутриматочной гипоксии плода и привести к декомпенсации хронической плацентарной недостаточности. Диагностика ВУИ в антенатальном периоде представляет определенные трудности. Как правило, диагноз внутриутробной инфекции устанавливается уже после рождения ребенка при выявлении клинико-лабораторных критериев инфекционного процесса, при наличии рентгенологических

и ультразвуковых маркеров поражения внутренних органов, выделения микроорганизмов у новорожденного. Поиск анамнестических факторов риска, изучение особенностей течения беременности и выявление потенциальных маркеров внутриутробной инфекции является актуальным и перспективным на современном этапе, для развития программы медицинской профилактики ВУИ.

Цель исследования: выявить клинико-анамнестические особенности, как возможные прогностические маркеры у беременных, дети которых родились с диагностированной внутриутробной инфекцией.

Материал и методы. Были проанализированны данные анамнеза и течения настоящей беременности у 137 беременных, родоразрешенных в учреждении здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница№2». В основную группу были включены 39 беременных, у детей которых в раннем неонатальном периоде развилась внутриутробная инфекция. В группу сравнения вошли 98 женщин, у детей которых не было признаков внутриутробной инфекции. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения Stat Soft Statistica 10.0 (USA) и Microsoft Excel 2013. Сравнение между группами качественных показателей проводилось с помощью критерия χ^2, количественных признаков - с помощью критерия Манна-Уитни. Статистически значимым считался результат при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

Возраст женщин основной группы был 26 (23;29) лет, что не различалось с группой сравнения, где возраст пациенток был 25 (22;29) лет (p=0,46). Не различались группы и по уровню образования. В основной группе 2 (5,1%) женщин имели базовое образование, 28 (71,8%) – среднее и 9 (23,1%) – высшее, что не отличалось от группы сравнения, где 5 (5,1%) беременных были с базовым образование, 61 (62,2%) – со средним и 32 (32,7%) – с высшим. В то же время, в основной группе каждая третья беременная 13 (33,3%) была курящей, в то время как в группе сравнения курили 12 (12,2%) беременных, что было статистически значимо меньше (p=0,008). В зарегистрированном браке состояли 25 (64,1%) беременных основной группы, и 70 (71,4%) женщин группы сравнения (p=0,53).

Не различались группы по паритету беременности и родов. Так в основной группе первородящими были 23 (59,0%) женщины, из которых 15 (38,5%) были первобеременными. В группе сравнения первородящими были 60 (61,2%) пациенток, из которых у 50 (51,0%) беременность была первой, что было сопоставимо (p=0,96 и p=0,25, соответственно по паритету родов и беременности). Осложненный акушерский анамнез выявлен у 13 (33,3%) и 30 (30,6%) пациенток в группах соответственно (p=0,89). Преждевременные роды в анамнезе были у 3 (7,7%) пациенток основной группы и 3 (3,1%) пациенток группы сравнения (p=0,46). С одинаковой частотой в группах наблюдались ранние потери беременности: самопроизвольные выкидыши был у 2 (5,1%) и 6 (6,1%) пациенток соответственно, неразвивающаяся беременность – у 2 (5,1%) и 5 (5,1%) пациенток соответственно. Медицинский аборт был в анамнезе каждой третьей пациентки основной группы 13 (33,3%) и у 19 (19,4%) женщин группы сравнения (p=0,13).

При изучении гинекологического анамнеза установлено, что 22 (56,4%) пациентки основной группы и 51 (52,0%) беременная группы сравнения имели гинекологические заболевания (p=0,79). Следует отметить, что группы не различались по возрасту менархе, которое было в 13 (13;14) лет в обеих группах, но значимо различались по возрасту полового дебюта. Пациентки основной группы раньше начинали половую жизнь в 16 (16; 17,7) лет против 17 (16;18) лет в группе сравнения (Z=-2,32; p=0,02). Урогенитальные инфекции, включая инфекции, передаваемые половым путем, наблюдались в анамнезе у 16 (41,0%) пациентов основной группы и 47 (47,5%) женщин группы сравнения (p=0,62). Цервицит наблюдался у 15 (38,5%) пациенток основной группы и 28 (28,3%) женщин группы сравнения (p=0,338). Хронический сальпингоофорит был в анамнезе у 3 (7,7%) женщин основной группы и 6 (6,1%) пациентов группы сравне-

ния (p=0,97). В группах отмечены единичные случаи бесплодия, кист яичников, миомы матки и цервикальной интраэпителиальной неоплазии шейки матки.

Из соматических инфекционно-воспалительных заболеваний в группах наблюдались хронический пиелонефрит, тонзиллит, фарингит, гепатит, которые выявлены в анамнезе у 13 (33,3%) женщин основной группы и у 24 (24,2%) пациентов группы сравнения, что статистически значимо не различалось (p=0,38).

Анализ течения беременности и родов выявил значимые различия между группами (таблица 1).

Таблица 1
Особенности течения беременности в группах исследования, n(%)

Осложнения	Основная группа (n=39)	Группа сравнения (n=98)	Уровень значимости, p
Угрожающее прерывание в I-III триместрах	26 (66,7%)	46 (46,9%)	0,058
Инфекции мочевых путей	14 (35,9%)	27 (27,6%)	0,43
Острые инфекции дыхательных путей	14 (35,9%)	25 (25,5%)	0,3
Анемия беременных	15 (38,5%)	60 (61,2%)	0,04
Вагинит	36 (92,3%)	74 (75,5%)	0,046
Хроническая плацентарная недостаточность	16 (41,0%)	22 (22,4%)	0,048
Преждевременный разрыв плодных оболочек	25 (64,1%)	18 (18,4%)	<0,0001
Преждевременные роды	30 (76,9%)	20 (20,4%)	<0,0001
Асфиксия новорожденного	33 (84,6%)	19 (19,2%)	p<0,0001

Несмотря на общий высокий уровень угрожающего прерывания беременности в обеих группах, четко прослеживается тенденция увеличения этого осложнения при реализации ВУИ (p=0,058). Не выявлено отличий по частоте встречаемости инфекций мочевых и дыхательных путей у беременных обеих групп. Тем не менее, в основной группе значимо чаще беременность осложнялась вагинитом, который наблюдался в 92,3% случаев против 75,5% (p=0,046). Хроническая плацентарная недостаточность была диагностирована у 16 (41,0%) беременных основной группы и у 22 (22,4%) беременных группы сравнения, что было значимо реже (p=0,048). Так же значимо чаще в основной группе наблюдались преждевременные роды (p<0,0001), преждевременный разрыв плодных оболочек как при доношенной, так и при недоношенной беременности (p<0,0001), рождение детей в состоянии асфиксии (p<0,0001).

Выводы:

Социально-анамнестическими факторами риска ВУИ новорожденного явились более раннее начало половой жизни (p=0,02) и курение матери во время беременности (p=0,008).

Не выявлено особенностей акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, повышающих риск ВУИ.

Беременность, заканчивающаяся рождением ребенка с инфекцией, чаще протекает с такими осложнениями как угрожающее прерывание (p=0,058), вагинит (p=0,046), хроническая плацентарная недостаточность (p=0,048) по сравнению с беременностью, в результате которой рождается не инфицированный ребенок. При этом значимо чаще наблюдаются преждевременные роды (p<0,0001), преждевременный разрыв плодных оболочек (p<0,0001), а инфицированные новорожденные чаще рождаются в состоянии асфиксии (p<0,0001).

Половое воспитание подростков, отказ от курения во время беременности, своевременная диагностика и адекватное лечение вагинита, профилактика плацентарной недостаточности и комплексные мероприятия по сохранению беременности являются важными составляющими программы медицинской профилактики внутриутробной инфекции, требующей со-

вершенствования с целью улучшения перинатальных исходов и улучшения демографической ситуации в стране.

Литература:

1. Захаренкова, Т. Н. Клинико-морфологические параллели при антенатальной гибели плода / Т. Н. Захаренкова, М. А. Санталова // Проблемы здоровья и экологии. – 2017. - № 3 (53). – С. 18-24.
2. Кузьмин, В.Н. Проблема внутриутробной инфекции в современном акушерстве // В.Н. Кузьмин, Л.В. Адамян // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2017. - №3. – С. 32-36.
3. Посисеева, Л.В. Внутриутробная инфекция: вопросы и ответы / Л.В. Посисеева // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2020.- Т.19, №2. - С.124-128. DOI: 10.20953/1726-1678-2020-2-124-128
4. Янковская, Н.И. Влияние характера течения беременности и родов на реализацию внутриутробной инфекции у новорожденных / Н.И. Янковская //Актуальные проблемы медицины: материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции, Гродно, 25 января 2019. - С.639-642.

УДК 618.3-06

Ковалёва А. В., Киселёва Н. И., Арестова И. М.
Учреждение образования «Витебский государственный Дружбы народов медицинский университет», Витебск, Беларусь

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ, ВЫЗВАННЫХ ШТАММАМИ МИКРООРГАНИЗМОВ, ПРОДУЦИРУЮЩИХ БИОПЛЕНКУ

Введение. В последние годы отмечается увеличение частота инфекционно-воспалительных заболеваний нижних половых путей у беременных. Данный факт является одной из основных причин возникновения различных осложнений течения беременности, инфекционного поражения плода и плодных оболочек и определяет неблагоприятный исход родов и послеродового периода [1-4].

Цель исследования - анализ методов лечения осложнений гестационного периода у беременных, рожениц и родильниц с воспалительными заболеваниями гениталий, вызванными штаммами микроорганизмов, продуцирующих биопленку.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе акушерского отделения учреждения здравоохранения «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», учреждения здравоохранения «Витебский городской клинический роддом №2», на кафедре клинической микробиологии УО «ВГМУ», НИЛ УО «ВГМУ». Нами были обследованы 105 пациентов с одноплодной беременностью, находящихся на стационарном лечении, в сроках гестации 22-40 недель и наличием воспалительного процесса нижних отделов половых путей. В зависимости от способности выделенных у них чистых культур микроорганизмов формировать биопленку, обследованные женщины были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 65 беременных, чистые культуры микроорганизмов которых обла-

дали способностью к биопленкообразованию. Группу контроля составили 40 пациентов, чистые культуры микроорганизмов которых такой способностью не обладали. Пациентки обеих групп были сопоставимы по сроку беременности (33,5±5,0 недель и 34,0±6,5 недель соответственно, p>0,05), возрасту (28,5±5,5 лет и 29,0±5,7 лет, p>0,05), паритету (в основной группе первобеременных было 30,0%, первородящих – 60,0%, в группе контроля – 36,9% и 61,9% соответственно, p>0,05).

Наличие воспалительного процесса нижних половых путей у обследованных женщин было подтверждено клинически и лабораторно. При проведении культурального исследования отделяемого влагалища и цервикального канала помимо идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам оценивали также способность выделенных чистых культур микроорганизмов к образованию биопленки.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакетов статистического анализа данных Statistica for Windows 10.0 («StatSoft Inc.», Талса, США, лицензия УО «ВГМУ» sta999k347156-w). Достоверными считали результаты при уровне значимости p<0,05.

Результаты и их обсуждение.

Из 65 женщин, микроорганизмы которых обладали способностью к биопленкообразованию, у 16 беременных (24,62% случаев [95% ДИ 15,67; 36,4]) диагностирован кольпит, у 17 обследуемых (26,15% случаев [95% ДИ 16,94; 38,03]) – цервицит. Из 40 беременных, микроорганизмы которых не обладали способностью к формированию биопленки, у 10 женщин (25,0% случаев [95% ДИ 14,02; 40,36]) выявлен кольпит, у 13 обследуемых (32,5% случаев [95% ДИ 20,01; 48,06]) – цервицит. У 22 (33,85% случаев [95% ДИ 23,5; 46,0]) пациентов основной группы и у 17 (42,5% случаев [95% ДИ 28,5; 57,82]) женщин контрольной группы наблюдалось сочетание кольпита с цервицитом.

Установлено, что у беременных обеих групп возбудители заболевания одинаково часто встречались как в виде монокультуры (46 пациентов (70,8%) основной группы и 26 женщин (65%) контрольной группы, p>0,05), так и в ассоциациях (19 (29,2%) и 14 (35%) случаев соответственно, p>0,05).

Из 46 микроорганизмов, представленных монокультурами у женщин основной группы, Candida spp выделялась в 12 (26,1%) случаях, Escherichia coli – в 8 (17,4%) случаях, S. saprophyticus – в 13 (28,3%) случаях, S. epidermidis – в 6 (13%) случаях, Staphylococcus aureus – в 6 (13%) случаях, Klebsiella pneumoniae – в 1 (2,2%) случае.

Ассоциации микроорганизмов, способные образовывать кооперации, у беременных основной группы были представлены следующими видами: Candida spp + S. saprophyticus – в 6 (31,6%) случаях из 19, Escherichia coli + S. saprophyticus – в 1 (5,3%) случае, Candida spp + Staphylococcus aureus – в 5 (26,3%)случаях, Candida spp + Klebsiella pneumoniae – в 1 (5,3%) случае, Escherichia coli + Candida spp + Staphylococcus aureus – в 4 (21,1%)случаях, Klebsiella pneumoniae + S. Saprophyticus – в 2 (10,6%)случаях.

У 26 обследуемых контрольной группы видовой состав микроорганизмов распределился следующим образом: Candida spp – в 3 (11,5%) случаях, S. saprophyticus – в 13 (50%) случаях. Escherichia coli обнаружена в 5 (19,2%) случаях, , S. epidermidis – в 2 (7,7%) случаях, Staphylococcus aureus – в 1 (3,9%) случаях, Klebsiella pneumoniae – в 2 (7,7%) случаях.

У пациентов контрольной группы ассоциации микроорганизмов Candida spp + Escherichia coli высевались в 4 (28,6%) случаях, Escherichia coli + S. saprophyticus – в 2 (14,3%) случаях, Candida spp + S. saprophyticus – в 1 (7,1%) случае, Candida spp + Staphylococcus aureus – в 2 (14,3%) случаях , Candida spp + Klebsiella pneumoniae – в 1 (7,1%) случае, Escherichia coli + Candida spp + S. saprophyticus – в 4 (28,6%) случаях.

Достоверных различий между видовым составом ассоциаций микроорганизмов в обеих группах не выявлено.

Выбор тактики лечения беременных обеих групп основывался на определении чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и антибактериальным лекарственным средствам. Следует отметить, что по методам лечения группы обследованных пациенток статистически значимо не отличались.

Методы лечения воспалительных процессов влагалища и шейки матки у пациентов основной и контрольной групп представлены в таблице 1.

Таблица 1
Методы лечения воспалительных процессов влагалища и шейки матки у пациентов основной и контрольной групп

Метод лечения	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=40)	
	абс.	%	абс.	%
Системная антибиотикотерапия	29	44,6	14	35
Местное лечение (суппозитории)	17	26,2	13	32,5
Комбинированное лечение (системная анти биотикотерапия+суппозитории)	19	29,2	13	32,5

Системная антибиотикотерапия назначалась женщинам, имеющим сопутствующую экстрагинетальную патологию в стадии обострения или осложненное течение беременности (гестационный пиелонефрит, бронхит, много-маловодие). Терапию макролидами (азитромицин, эритромицин) получали 8 (27,6%) женщин основной группы и 4 (28,6%) пациентки контрольной группы; пенициллинами (амоксиклав) - 2 (6,9%) беременные, микроорганизмы которых обладали способностью к биопленкообразованию, и 1 (7,1%) пациентка, микроорганизмы которой не обладали способностью к биопленкообразованию; цефалоспоринами 2 поколения (цефуроксим) - 8 (27,6%) женщин основной группы и 3 (21,4%) пациентки группыконтроля , 3 поколения (цефтриаксон, цефотаксим) – 4 (13,8%) и 4 (28,6%) женщин соответственно; цефуроксимом совместно с метронидазолом - 7 (24,1%) и 2 (14,3%) пациентки соответственно.

Комбинированное лечение включало в себя назначение системной антибиотикотерапии в сочетании с интравагинальным введением суппозиторий.

При присоединении кандидозной инфекции использовали местное применение противогрибкового лекарственного средства клотримазол в виде вагинальных таблеток 100 мг (со 2-го триместра беременности) 1 раз в день интравагинально в течение 6 дней.

Оценка эффективности терапии проводилась через 2 недели после окончания полного курса лечения на основании результатов бактериоскопического и бактериологического исследований отделяемого урогенитального тракта беременных с оценкой способности возбудителей формировать биопленку и их чувствительности к антибиотикам.

В результате проведенных исследований нами установлено, что у женщин основной группы по данным клинико-лабораторного обследования проводимая терапия оказалась неэффективной в 39 (60,0%) случаях, в контрольной группе - в 15 (37,5%) случаях соответственно, что потребовало дополнительного и более длительного назначения антибактериальных лекарственных средств.

При этом применение системной антибиотикотерапии у беременных, микроорганизмы которых формировали биопленки, по данным клинико-лабораторного обследования оказалось неэффективно в 19 (65,5%) случаях, местной терапии - в 13 (76,5%) случаях, комбинированной терапии - в 7 (36,84%) случаях; у женщин, микроорганизмы которых не образовывали биопленки, - в 8 (57,14%), 4 (30,77%) и 3 (23,07%) случаях соответственно.

Установлено, что у беременных контрольной группы статистически значимо чаще, чем у беременных основной группы микропейзаж влагалища соответствовал 1 и 2 степеням чи-

стоты влагалища, цитологическая картина при исследовании цервикального канала была без особенностей (64,9% и 32,8% соответственно, p=0,0003). Культуральное исследование отделяемого влагалища продемонстрировало отрицательный результат у 26 (40% случаев) пациентов, микроорганизмы которых образовывали кооперации, и у 25 (62,5% случаев) пациентов, микроорганизмы которых такой способностью не обладали.

Проанализировав данные бактериологического анализа микроорганизмом после лечения у пациентов обеих групп, можно сделать вывод, что достоверно чаще у женщин основной группы, чем у пациенток контрольной группы встречались Escherichia coli (16,4% и 2,7% соответственно, p=0,038) и грибы рода Candida (18,0% и 8,1% соответственно, p=0,013). Необходимо отметить, что у обследуемых основной группы наиболее часто определяемым микроорганизмом после лечения по сравнению с микроорганизмами у пациентов группы контроля были грибы рода Candida (p=0,01).

Таким образом, на основании полученных результатов, целесообразнее использовать поэтапное комбинированное лечение: I этап - с целью разрушения биопленки - антисептическое лекарственное средство (хлоргексидин - суппозитории вагинальные 16 мг, по 1 суппозиторию 2 раза в сутки в течение 7-10 дней); II этап - с целью элиминации этиологически значимой патогенной бактериальной флоры, способной к биопленкообразованию, - этиотропная антибактериальная терапия с учетом чувствительности к антибиотикам (способ введения и продолжительность определяется инструкцией по применению лекарственного средства); III этап - для нормализации биоциноза влагалища - пробиотики интравагинально 1 раз в день в течение 10 дней.

Выводы.

1. Наличие устойчивой биопленки, образованной микроорганизмами, у женщин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта снижает эффективность терапии и защищает микроорганизм от воздействия лекарственных средств, тем самым требует более длительного назначения проводимой терапии.
2. Установлено, что у пациентов с воспалительными процессами нижних половых путей, вызванными штаммами микроорганизмов, продуцирующих биопленку, проводимая терапия неэффективна более чем в 2 раза (p<0,05).
3. У пациентов, чистые культуры микроорганизмов которых способны к биопленкообразованию, наиболее эффективно назначение этапного комбинированного лечения.

Литературные источники

1. Макаров, И. О. Бактериальные и вирусные инфекции в акушерстве и гинекологии: учебн. пособие / И. О. Макаров, Е. И. Боровкова. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 256 с.
2. Ворошилина, Е.С. Совершенствование методических подходов к оценке микробиоценоза влагалища у женщин репродуктивного возраста : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук : ВАК РФ 03.02.03 / Е.С. Ворошилина. - Челябинск, 2012. – 244 с.
3. Гостев, В.В. Бактериальные биопленки и инфекции / В.В. Гостев, С.В. Сидоренко // Журнал инфектологии. – 2010. – Том 2, N 3. – С. 4-15.
4. Кузнецова, В.И. Вопросы диагностики и лечения инфекционных заболеваний влагалища / И.В. Кузнецова // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. - 2016. - № 1 (14). – С. 28-32.

УДК 618.3-097:618.15-002

Корбут И.А.
Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

УРОВЕНЬ ФАКТОРОВ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ВАГИНИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

При физиологически развивающейся беременности в сыворотке материнской крови высока концентрация цитокинов, выделяющихся фетоплацентарным комплексом на протяжении всего периода гестации и определяющихся в децидуальной ткани и в плаценте, что позволяет называть их регуляторными [1]. Лактоферрин является основным белком неспецифической защиты [2]. При инфекционно-воспалительных осложнениях беременности активируется синтез биологически активных веществ клетками децидуальной ткани, что приводит к возникновению патологических состояний в организме женщины, плода и новорожденного (угроза прерывания беременности, преждевременные роды, хроническая внутриматочная гипоксия плода, врожденные пороки развития плода) [2]. Альфа- и гамма-интерфероны (a-IF и γ-IF) представляют собой первый рубеж противовирусной защиты, являясь наряду с этим и иммуномодуляторами, объединяя врожденный и приобретенный иммунный ответ. Уровень ά–IF повышается при патологическом характере системы интерферона при вирусно-бактериальных инфекциях. Уровень γ–IF, который изменяется при инфицировании организма, обеспечивает иммунологическую безопасность плода [2].

Цель. Проанализировать влияние вагинита у беременной на уровень факторов иммунной защиты.

Материалы и методы Нами были обследованы 33 женщины с вагинитом накануне родов (группа А) и 11 рожениц без вагинита (группа Б). В сыворотке периферической крови, пуповинной крови, околоплодных водах методом твёрдофазного ИФА определяли концентрацию лактоферрина, альфа-интерферона, гамма-интерферона, интерлейкина-1-бета, рецепторного антагониста интерлейкина-1-бета (диагностические тест-системы производства ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск). Статистический анализ: методы вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (Р%) изучаемого признака и стандартной ошибки доли (S_p%), Т-критерий Манна-Уитни с поправкой Йейтса, вычисление медианы, 25-го и 75-го процентиля.

Результаты и обсуждение.

Возраст пациенток группы А был 25 (22; 29) лет, группы Б – 24 (22; 25). Возраст менархе и начала половой жизни у обследованных обеих групп был одинаков – 13 (13; 14) лет и 18 (17; 19) лет, соответственно.

В структуре гинекологической патологии преобладала патология шейки матки – у 15(45,5±8,7%) и у 6(54,6±15,8%) обследованных, соответственно. Воспалительные заболевания придатков матки были диагностированы у 8(24,2±7,5%) женщин группы А и у 1(9,1±9,1%) пациентки в группе Б. Это может свидетельствовать о инфекционной скомпрометированности в обеих группах.

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы наблюдалась у 8(24,2±7,5%) обследованных с вагинитом и у 3(27,3±14,1%) беременных без этой патологии. Нарушение жирового обмена было у 2 (6,1±4,2%) и 3 (27,3±14,1%) человек, соответственно.

Течение беременности осложнялось угрозой её прерывания у 14 (42,4±8,6%) пациенток группы А и у 3 (27,3±14,1%) обследованных– в группе Б, а также многоводием в 3 триместре беременности у 14 (42,4±8,6%) и 4 (36,4±15,2%) человек, соответственно. Преэклампсия умеренной степени была диагностирована у 7(21,2±7,1%) беременных с вагинитом

и у 6(63,6±15,2%) – без указанной патологии, χ^2 2,24, p<0,05. Плацентарная недостаточность была выявлена с одинаковой частотой: у 7(21,2±7,1%) пациенток группы А и 3 (27,3±14,1%) – в группе Б.

Первородящими были 21(64,6±8,4%) женщина с вагинитом накануне родов и 8 (72,7±14,1%) пациенток без указанной патологии. Преждевременный разрыв плодных оболочек был у 11(33,3±8,2%) обследованных в группе А и у 5(45,5±15,8%) в группе Б. Слабость родовой деятельности наблюдалась только у 4(12,1±5,7%) родильниц с вагинитом накануне родов.

Воспалительные изменения при патогистологическом были выявлены в плацентах 17(51,5±8,7%) женщин с вагинитом накануне родов и у 5(45,5±15,8%) пациенток без вагинита. Патологическая незрелость плаценты наблюдалась в 19(56,6±8,6%) случаях в группе А и только в 1(9,1±9,1%) – в группе Б, χ^2 2,24, p<0,02.

Уровень лактоферрина в периферической крови женщин с вагинитом был 668 (358; 848) нг/мл, в то время как при нормальном составе микрофлоры влагалища – 240 (74, 678) нг/мл, Z=2,19, p=0,03. При этом, в пуповинной крови наблюдается обратная картина: 179(102; 547) нг/мл и 496 (453; 849) нг/мл, соответственно. В околоплодных водах уровень лактоферрина был наибольшим в обеих группах – 2314 (1892; 2892) нг/мл и 2051 (1739; 2182) нг/мл, соответственно. Это может свидетельствовать о напряженности локального иммунитета, направленного на внутриутробную защиту плода.

Уровень a-IF в материнской крови при вагините был 0,0018 (0,0016; 0,0020) нг/мл, без вагинита – 0,0016 (0,0014; 0,0017) нг/мл. Концентрация γ-IF в сыворотке крови женщин обеих групп была практически одинаковой – 4,3 (1,8; 6,2) и 4,6 (4,1; 6,0) нг/мл, соответственно. Это позволяет обеспечить формирование противовирусного иммунитета.

Уровни IL-1b в периферической крови был низким у женщин обеих групп – 0,05 (0; 0,71) и 0 (0; 1,4) нг/мл, а концентрация RA-IL-1b при нормоценозе влагалища была выше – 563 (406; 865) и 1009 (581; 1574), соответственно. Это свидетельствует о балансе провоспалительных и противовоспалительных цитокинов.

Выводы

При анализе полученных результатов установлено, что воспалительный процесс в родовых путях ассоциирован с многоводием и угрозой прерывания беременности, слабостью родовых сил и воспалительными изменениями и патологической незрелостью плаценты (p<0,02). Отмечается напряженность факторов неспецифической иммунной защиты при инфекционном процессе в половых путях, проявляющаяся повышением уровня лактоферрина в сыворотке материнской крови (Z=2,19, p=0,03).

Литературные источники

1. Maritati, M. Influence of vaginal lactoferrin administration on amniotic fluid cytokines and its role against inflammatory complications of pregnancy / M. Maritati et al. // Journal of Inflammation. – 2017. – V. 15. – Pp. 14-25.
2. Yockey, L. Interferons and Proinflammatory Cytokines in Pregnancy and Fetal Development / L. Yockey, A. Iwasaki // Immunity. – 2018. – Pp. 397-412.

УДК:618.15-002; 613.287.54

Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В., Кухарчик И.В., Станько Д.Э., Кузьмич И.И.[1]
Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь
[1]Учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр», Гродно, Беларусь

СОЧЕТАНИЕ ВИТАМИНДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ У ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность. Бактериальный вагиноз (БВ) – это самое распространенное нарушение экосистемы влагалища у женщин репродуктивного возраста, при котором нормальная микрофлора влагалища, представленная преимущественно лактобациллами, замещается высокими концентрациями другой, преимущественно анаэробной, микрофлоры [2]. Частота его выявления во многом зависит от контингента обследуемых женщин, составляя 17-19 % среди пациентов, планирующих гестации, 15-37 % – среди беременных женщин и 61-87 % – среди больных с патологическими белями. Беременность выступает фактором риска развития БВ, поскольку в условиях изменения общего и местного иммунитета под влиянием преобладания гестагенов повышается секреция шеечной слизи, изменяется уровень pH в сторону щелочной реакции, что приводит к изменению микробной среды влагалища [5].

Нутритивная недостаточность является распространенной проблемой в популяции в общем и при беременности, в частности. Сбалансированный рацион питания женщины на этапе прегравидарной подготовки (период планирования беременности), на всем протяжении беременности и в период лактации является необходимым условием не только профилактики патологии беременности, но и предупреждения развития как малых аномалий, так и пороков развития у плода [3, 4].

Так как дефицит микроэлементов и дисбиоз влагалищного биотопа у матери во время беременности негативно сказывается не только на ее здоровье, но и здоровье новорожденного – оценка микробиоценоза влагалища и уровня микронутриентов легла в основу нашего исследования.

Цель исследования. Провести анализ уровня микронутриентов и оценить изменчивость микробиоценоз влагалища у женщин в первом триместре беременности.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 60 беременных в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 29,6±3,8года), у которых в сроке гестации 12-14 недель выполнялся забор крови из локтевой вены для определения уровня: ферритина, кальция i, железа, витамина Д общего (25(OH)D), фолиевой кислоты, остеокальцина. Для коррекции выявленных дефицитных состояний назначался сухой молочный продукт «Беллакт Мама+» - эти женщины составили основную группу (n=30), а остальные женщины – группа контроля.

Проведена оценка анамнестических данных и анализ общепринятых клинико-лабораторных и инструментальных (ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза) методов исследования.

Изучение биоценоза влагалища включало определение pH вагинальных выделений индикаторными тест-полосками по эталонной шкале; диагностику БВ соответственно критериям R. Amsel; количественную и качественную оценку нормальной и условно-патогенной флоры методом полимеразной цепной реакции «в режиме реального времени» (технология «Фемофлор скрин»).

Статистическая обработка данных проводилась в программах Microsoft Excel, Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Для репродуктивного анамнеза обследованных беременных характерно наличие значительной частоты воспалительных процессов нижнего отдела генитального тракта (36,7%) (кольпит, патология шейки матки), перенесенных до настоящей беременности; угрозы прерывания и потери беременности в разные сроки гестации наблюдались у 36,7 % из 32 повторно беременных женщин.

Анализ менструальной функции пациенток показал, что возраст менархе, длительность менструального цикла и его продолжительность были сопоставимы, соответствовали нормам начала и становления полового развития.

У женщин основной группы в анамнезе достоверно чаще (p=0,043) имелись указания на искусственные аборты – 60%. Прерывание беременности у женщин в группе контроля составило 10%. При этом на осложнения постабортного периода указывали, практически, с одинаковой частотой пациенты основной – 6,7% и контрольной – 3,3% групп. Бесплодие также регистрировалось без достоверной разницы между группами.

Большинство обследуемых женщин отмечали своевременное становление регулярного характера менструаций в течение первого года после менархе. Нарушения менструального цикла имели место у 10% обследованных пациентов.

При изучении гинекологического анамнеза, обращает на себя внимание, что более половины всех женщин указывали на наличие перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза. Следует отметить, что статистически не отличалась частота доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников в анамнезе по группам и составила 10% и 6,7% соответственно в основной и контрольной группах. Что касается патологии шейки матки, то такие заболевания как цервикальная интраэпителиальная неоплазия, лейкоплакия и полипы шейки матки в анамнезе не встречались, имело место только наличие у каждой третьей обследованной женщины эрозии шейки матки.

Большая часть обследованных женщин использовала контрацепцию (71,7%). Методы контрацепции существенно не отличались в сравниваемых группах. Более 80% всех женщин использовали барьерный метод.

Что касается жалоб, то на момент осмотра их предъявляли 11,7% обследованных. В основном это жалобы на патологические выделения из половых путей, на них указывали 55% женщин, причем достоверно чаще это встречалось у женщин основной группы, чем в группе контроля.

По результатам общего анализа крови у 45% из всех обследованных женщин нами установлено наличие анемии легкой степени (средний уровень гемоглобина составил 101,7±3,2 г/л). Остальные показатели общего анализа крови находились в пределах нормы.

Уровень фолиевой кислоты у 50% женщин, которым в последующем назначен сухой молочный продукт «Беллакт Мама+» составил 14,35±6,78 нг/мл, а у второй частиженщин концентрация составила 18,89±5,62 нг/мл.

Что касается уровня кальция ионизированного, то его уровень в основной группе выше, чем в контрольной группе и выходил за значения референтных значений и составил 1,37±0,25 ммоль/л, а в контрольной группе – 1,24±0,11 ммоль/л. Содержание остеокальцина не имело статистически значимых различий у обследуемых женщин основной и контрольной групп и составило 15,78±2,32 нг/мл и 17,25±3,12 нг/мл, соответственно.

У обследованных нами женщин в основной группе установлен низкий, по сравнению с группой контроля уровень сывороточного железа (14,44±3,75 мкмоль/л и 28,49±7,32 мкмоль/л, соответственно в основной и контрольной группах) и ферритина (19,32±6,81 нг/мл и 27,31±7,25 нг/мл, соответственно в основной и контрольной группах).

Контроль уровней 25(OH)D в сыворотке крови беременных основной группы показал, что у большей части обследованных (60%) наблюдается дефицит витамина D (14,60±3,14 нг/мл), а у 13,3% пациентов выявлен тяжелый дефицит витамина D (7,16±1,40 нг/мл). Недостаточность

25(OH)D (20,32±0,57 нг/мл) обнаружена у 18,3% беременных основной группы и только у 6,7% обследованных наблюдался нормальный уровень витамина D (30,69±0,41 нг/мл).

БВ был диагностирован у 33,3% женщин основной группы и 13,3% -контрольной ($p<0,05$). Обращал на себя внимание тот факт, что среди пациенток основной группы с БВ преобладали женщины с выраженным дефицитом витамина D (11,78±2,96 нг/мл) ($p<0,05$ по отношению к беременным основной группы с дефицитом витамина D).

Следует отметить, что получены доказательства того, что 25(OH)D регулирует эффективность иммунного ответа и обладает противовоспалительным действием. Учитывая полученные данные, можно предполагать, что дефицит витамина D является дополнительным неклассическим фактором риска развития дисбиоза слизистых генитального тракта. Анализ распределения уровня витамина D показал, что при уровне 25(OH)D 20–29 нг/мл БВ не выявлен ни в одном наблюдении, при концентрации от 19 до 10 нг/мл диагностирован в 71,7% случаев. Частота БВ среди беременных основной группы с дефицитом 25(OH)D составила 40% случаев, а среди пациенток с уровнем 25(OH)D меньше 10 нг/мл - 50%, тогда как среди беременных с уровнем 25(OH)D в сыворотке крови в первом триместре более 20 нг/мл – 8,3% ($p<0,05$).

По всей вероятности, антимикробная активность витамина D опосредована его способностью индуцировать экспрессию антимикробных пептидов – HBD-2 и кателицидина (LL-37) [1]. Терапия, ориентированная на витамин D, может предоставить новые методы основного или адъювантного лечения и профилактики вирусных, бактериальных и грибковых инфекций.

Выводы. Проведенное нами исследование показало, что для репродуктивного анамнеза беременных с дефицитом витамина D характерны частые воспалительные процессы слизистых генитального тракта, отягощенный репродуктивный анамнез. При дефиците витамина D частота выявления БВ возрастает с 8,3% при недостаточности витамина D до 50% при выраженном D-дефиците. Наличие низкого статуса витамина D среди беременных следует рассматривать как серьезную проблему.

Необходимы дальнейшие исследования для изучения связи между изменением статуса витамина D во время беременности и возникновением BV и другими показателями микробного состава влагалища, а также для выявления факторов, влияющих на изменение статуса витамина D во время беременности.

Литературные источники

1. Абатуров, А. Е. Витамин-D-зависимая продукция антимикробных пептидов // А.Е.Абатуров // Клінічні лекції.- 2012.- № 1 (36).- С. 105-111.
2. Bacterial vaginosis assessed by gram stain and diminished colonization resistance to incident gonococcal, chlamydial, and trichomonal genital infection / R.M.Brotman [et al.] // The Journal of Infectious Diseases. – 2010. – Vol. 202(12). – P.1907–1915.
3. High prevalence of hypovitaminosis D in pregnant Japanese women with threatened premature delivery / M.Shibata [et al.] // J. Bone Miner Metab 2011. - №29(5). - P.615-20.
4. Ho, E. Overview to symposium «Nutrients and epige netic regulation of gene expression»/ E Ho, J.Zempleni //J. Nutr. – 2009. – Vol.139(12).- P.2387–2388.
5. Verstraelen, H. Cutting edge: the vaginal microflora and bacterial vaginosis / H.Verstraelen // Acad. Geneeskd.Belg.– 2008.– Vol. 3.– P. 147–174.

УДК 618.13-002.3-06:615.256.3.032

Кучинская А.А.
Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск, Беларусь

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ЖЕНЩИН, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ВНУТРИМАТОЧНУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ

Актуальность. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) и их последствия являются одной из важнейших проблем современной клинической медицины [1]. Одной из самых частых причин развития ВЗОМТ, в том числе гнойного воспаления придатков матки, в настоящее время является длительное использование внутриматочной контрацепции (ВМК) [2]. По данным зарубежных и отечественных авторов частота осложнений воспалительного генеза при длительном применении ВМК колеблется от 0,5 % до 45 %. При этом около 80 % случаев деструктивных форм гнойного воспаления придатков матки связаны использованием ВМК [3].

Цель исследования. Проанализировать особенности клинического течения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки у женщин, использующих внутриматочную контрацепцию.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами проведен ретроспективный анализ 81 истории болезни пациенток с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки, пролеченных на койках круглосуточного пребывания в УЗ «ВГКРД№2» за период с 2013 по 2016 год. Пациентки были разделены на 2 группы: основную группу составили 24 (29,6%) женщины с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки на фоне ВМК, контрольную - 57 (70,4%) пациенток без ВМК.

Длительность ношения ВМК до развития гнойного воспалительного заболевания придатков матки у женщин из основной группы представлена на рисунке 1.

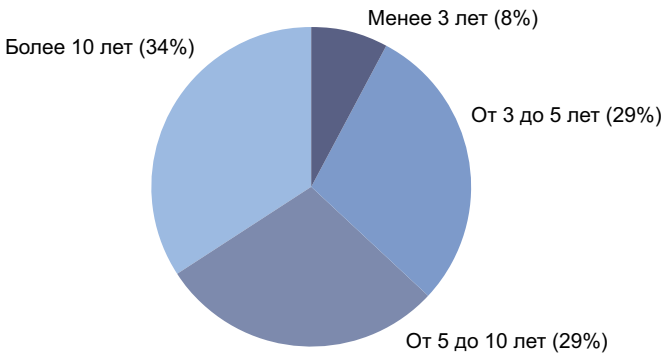


Рисунок 1
Распределение пациенток с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки по длительности использования ВМК

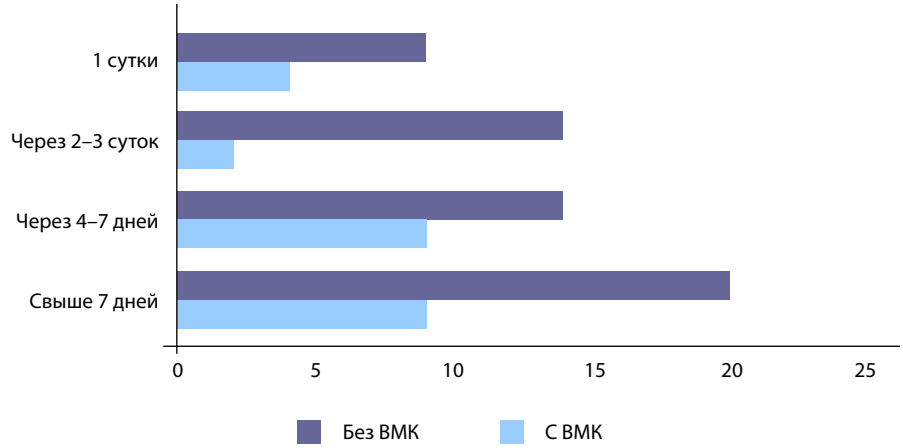


Рисунок 2
Распределение пациенток по временному интервалу от начала заболевания до поступления в стационар

Как следует из представленных данных, гнойные тубоовариальные образования развивались статистически чаще у женщин, использующих ВМК более 5 лет, чем у женщин, использующих ВМК менее 5 лет (p=0,04).

Выкопировка данных из историй болезни и амбулаторных медицинских карт проводилась по специально разработанной анкете. Полученные данные обработаны в программах Microsoft Excel и STATISTICA 10.

Результаты и обсуждение результатов исследования.

Распределение пациенток по времени от момента возникновения первых клинических симптомов до поступления в гинекологическое отделение представлено на рисунке 2.

Установлено, что статистически значимо чаще женщины с гнойными тубоовариальными образованиями обеих групп поступали в УЗ «ВГКРД №2» позже 4-х суток от начала заболевания ($p < 0,0001$).

Жалобы пациенток с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки при поступлении в гинекологическое отделение представлены в таблице 1.

Как видно из представленных данных, жалобы при поступлении у пациенток основной и контрольной групп имели одинаковый характер. При этом, статистически значимо чаще в

Таблица 1
Жалобы пациенток с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки

Жалобы при поступлении	Пациентки с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки			
	основная группа (n=24)		контрольная группа (n=57)	
	абс.	%	абс.	%
Боли внизу живота	18	75,0	53	92,9
Боли в подвздошной области	4	16,7	12	21,1
Повышение температуры тела и боли внизу живота	16	66,7	34	59,6
Отсутствие жалоб	2	8,3	-	-

обеих группах встречалось сочетание болей внизу живота с повышением температуры тела – в 16 (66,7 %) и в 34 (59,7%) случаях соответственно (p = 0,01 и 0,03).

При поступлении в гинекологическое отделение всем пациенткам в приемном покое проводились пальпация живота и гинекологическое исследование (таблица 2).

При объективном обследовании пациенток основной и контрольной групп одинаково часто отмечались болевой синдром и симптомы раздражения брюшины, гнойные и кровянистые выделения из половых путей, увеличение и болезненность матки и ее придатков.

Таблица 2
Данные пальпации живота и гинекологического исследования обследованных пациенток

Данные пальпации живота и гинекологического обследования	**Пациентки с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки**			
	основная группа (n=24)		**контрольная группа (n=57)**	
	абс.	**%**	**абс.**	**%**
1.данные пальпации живота: Болезненность внизу живота	17	70,8	32	56,1
Болезненность больше в подвздошной области	4	16,7	3	5,3
Перитонеальные симптомы	5	20,8	5	8,8
Безболезненная пальпация	3	12,5	22	38,6
2.Выделения: гнойные	11	45,8	13	22,8
кровянистые	4	16,7	5	8,8
слизистые	9	37,5	39	68,4
3.Увеличенная матка	3	12,5	16	28,0
Болезненная матка	3	12,5	6	10,5
Ограничение подвижности матки	2	12,4	0	-
4. Увеличение придатков: одностороннее двухстороннее	16 5 11	66,7 20,8 45,8	54 25 29	94,7 43,9 50,9
5.Конгломерат в малом тазу	7	29,2	3	5,3

Выводы. Таким образом, гнойные воспалительные заболевания придатков матки у женщин, использующих ВМК, чаще встречаются при ношении внутриматочного контрацептива 5 и более лет и не имеют различий в клиническом течении по сравнению с женщинами, не использующими данный вид контрацепции.

Литературные источники.

1. Духин А. О. Лифт отправляется наверх. О бактериальном вагинозе как о реальной причине последующих воспалительных заболеваний органов малого таза / А. О. Духин [и др.] // StatusPraesens. – 2015 , №6. – 78 - 86.
2. Селихова М. С., Роль гормональной контрацепции в сохранении репродуктивного потенциала пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза / М.С. Селихова, П.А. Солтыс, А.А. Смольянинов // РМЖ. Мать и дитя. – Т. 2, №2. – 2019. – С. 102 – 106.
3. Комарова В.С., Течение воспалительных заболеваний органов малого таза на фоне длительного применения внутриматочных контрацептивов (на примере случая из практики) / В. С. Комарова, С. В. Хлыбова, Е. Г. Зайцева // Вятский медицинский вестник. – №3. – 2010. – С. 8 – 14.

УДК 616-053.31:[618.3:616.6-022]

Лашкевич Е.Л.
Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность.

Инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) является одной из наиболее распространенных бактериальных инфекций, которая приводит к осложненному течению беременности [1]. Пиелонефрит во время беременности в большинстве случаев сопровождается анемией, увеличивает частоту развития преэклампсии, преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности и гипотрофии плода, а также повышает риск инфекционно-септических осложнений как у матери, так и у плода. Перинатальная смертность достигает 24‰ [2].

Цель исследования.

Изучить состояние новорожденных у женщин с инфекцией мочевыводящих путей во время беременности.

Материалы и методы исследования.

Ретроспективно проанализированы истории развития 63 новорожденных. На группы новорожденные разделены в зависимости от наличия воспаления мочевыводящих путей у их матерей во время беременности: основную группу составили 32 новорожденных, матери которых имели гестационный пиелонефрит или обострение хронического пиелонефрита во время беременности, в контрольную группу вошли 31 новорожденный от женщин без заболеваний почек. Изучали антропометрические данные новорожденных, их оценку по шкале Апгар, заболевания. Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (p,%) и стандартной ошибки доли (Sp,%), высчитывали отношение шансов, его доверительный интервал, рассчитывали медиану (Me), 25% и 75% процентили. Для выявления достоверности в группах использовали критерий χ^2 с поправкой Йейтса, двусторонний критерий Фишера, критерий Манна-Уитни (Z_T). Статистически значимыми считались различия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение результатов исследования.

При наличии инфекционно-воспалительных заболеваний у женщин во время беременности, их новорожденные имели меньшую массу тела при рождении, которая составила – Me=3005 (2934-3208) г против Me=3250 (3012-3534) г у новорожденных от женщин без заболеваний почек во время беременности (p=0,045). Масса тела детей в обеих группах не различалась – Me=52 (51-54) см и Me=54 (52-54) см соответственно.

Все новорожденные от женщин без заболеваний почек во время беременности рождались без асфиксии, с оценкой по шкале Апгар на 1й минуте 8 баллов (100%) и на 5й минуте – 8-9 баллов (9 баллов у 22,6±7,5%). В асфиксии легкой степени были рождены 2 (6,3±4,3%) ребенка от женщин с ИМВП во время беременности, у 1 (3,1±3,0%) асфиксия легкой степени сохранилась и на 5й минуте.

Различий по полу между новорожденными не установлено. Мальчиков и девочек в основной группе было 17 (53,1±8,8%) и 15 (46,9±8,8%) соответственно, в контрольной группе – 17 (54,8±8,9%) и 14 (45,2±8,9%) соответственно.

Новорожденные от матерей с инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевыводящих путей во время беременности чаще имели различные заболевания в неонатальном периоде – 15 (46,9±8,8%) детей, против 5 (16,1±6,6%) новорожденных от женщин без заболеваний почек (χ^2=5,52, p=0,19). У новорожденных основной группы в 5,69 раз выше шанс развития внутриутробной инфекции (ВУИ), в сравнении с детьми контрольной группы (OR=5,69 95 CI 1,12-28,87, таблица 1). Только у новорожденных от матерей с ИМВП во время беременности диагностированы аномалии развития почек, синдром церебральной депрессии. ВУИ у новорожденных основной группы была представлена врожденной пневмонией у 7 (77,8±13,9%) детей и у 2 (22,2±13,9%) в виде гнойного конъюктивита, у 2 (100%) новорожденных контрольной группы диагностирована врожденная пневмония.

Таблица 1
Заболевания и патологические состояния новорожденных, n (p±s_p,%)

Заболевания и патологические состояния новорожденных	Группы новорожденных	
	Основная группа (N=32)	Контрольная группа (N=31)
ВУИ	9 (28,1±8,0)	2 (6,5±4,4)
Неонатальная желтуха	0	3 (9,7±5,3)
Аномалии развития сердечно-сосудистой системы	6 (18,8±6,9)	2 (6,5±4,4)
Аномалии развития почек	4 (12,5±5,9)	0
Синдром церебральной депрессии	2 (6,3±4,3)	0
Кефалогематома	1 (3,1±3,1)	1 (3,2±3,1)

На второй этап выхаживания был переведен каждый третий новорожденный от женщин с ИМВП во время беременности – 10 (31,3±8,2) против 2 (6,5±4,4%) детей от женщин без заболеваний почек (χ^2=4,77, p=0,029).

Выводы.

1. При наличии у женщин во время беременности ИМВП, новорожденные имеют меньшую массу тела при рождении (p=0,045), что обусловлено большей частотой развития плацентарной недостаточности у таких пациенток.
2. Новорожденные от матерей с ИМВП во время беременности в 46,9±8,8% имеют различные заболевания неонатального периода (p=0,19), в связи с чем каждый третий ребенок переводится на второй этап выхаживания (p=0,029).
3. Сопутствующие инфекционно-воспалительные заболевания мочевыводящих путей во время беременности у женщин, способствуют развитию ВУИ у их новорожденных в 28,1±8,0% (OR=5,69 95 CI 1,12-28,87).

Литературные источники

1. Шурпяк, С. А. К вопросу менеджмента пациенток с рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей и дисгормональной патологией репродуктивной системы / С. А. Шурпяк, В.И. Пирогова // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2017. – №5. – С. 1118-1133.
2. Акушерство: Национальное руководство // Под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2016. – 1088 с.

УДК 616.62-002-036.12-036.8-08-055.2:577.121.7

Лемтюгов М.Б., Симченко Н.И.
Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ВЛИЯНИЕ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН

Актуальность.

Хронический рецидивирующий цистит (ХРЦ) у женщин является актуальной и обсуждаемой проблемой. Это обусловлено высокой частотой рецидивов и снижением качества жизни пациенток с данной патологией [1]. При этом основным клиническим проявлением данного заболевания являются дизурические симптомы и боль [2]. Ключевую роль в патогенезе имеют воспаление, нарушение кровотока, ишемия, гипоксия и реперфузия, которые при ХРЦ являются следствием оксидативного стресса, возникающего в результате накопления свободных радикалов [3, 4].

Цель исследования.

Изучить показатели про и антиоксидантного баланса организма у пациенток с ХРЦ, а также определение взаимосвязей параметров про/антиоксидантной системы с болью, дизурией и качеством жизни женщин, страдающих данным заболеванием.

Материалы и методы исследования.

На базе кафедры урологии «ГомГМУ», в отелении урологии «ГГКБ№2» было проведено исследование. В которое было включено 65 пациенток. В исследуемую группу были включены 35 пациенток, с ХРЦ. В группу сравнения были включены 30 условно здоровых женщин, не имевших урологических, воспалительных, опухолевых и аутоиммунных заболеваний, наличие которых могло привести к изменению про/антиоксидантного статуса. Все пациентки дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Медиана возраста пациенток составила 31,3, (25,3;45,9) лет.

Для оценки про/антиоксидантного статуса использовался скрининговый метод люминол-зависимой хемилюминесценции сыворотки крови с использованием сканирующего спектрофлуориметра Agilent Cary Eclipse (Varian Cary, США). Определялись показатели Imax, S, и Imax/S.

Для оценки болевого синдрома, дизурии и качества жизни проводилось анкетирование пациенток с хроническим рецидивирующим циститом с использованием 100-бальной аналоговой шкалы боли и 100-бальной аналоговой шкалы дизурии, анкеты качества жизни Qol.

Для оценки нормальности распределения исследуемых параметров был проведен тест на нормальность Краскела-Уоллис. Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение (M±SD), для их сравнения использовали критерий Стьюдента (T). Количественные признаки с распределением, отличающегося от нормального, описаны с помощью медианы (Me) и интерквартильного размаха (25; 75). Корреляционные взаимосвязи между клиническим и про/антиоксидантными параметрами в исследуемой группе выявлялись с применением теста ранговой корреляции Спирмена (r). Оценка силы корреляций производили при помощи таблицы Чеддока [5]. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$. Статистический анализ проводился с использованием пакета программ GraphPad Prism v 6.0 (GraphPad Software; США) и R (Bell Laboratories; США).

Результаты и обсуждения результатов исследования.

Медиана Imax (%) в основной группе составила 42,9% (32,6%; 50,9%), в то время как в группе сравнения данный показатель был равен 52,2% (48,8%; 56,0%) (p=0,008). Среднее S (%) в основной группе составила 42,5% (32,9%; 50,9%), в то время как в группе сравнения данный показатель был равен 52,2% (48,8%; 56,0%) (p<0,0001). Медиана Imax/S в основной группе составила 1,1 (1,0;1,4), в то время как в группе сравнения данный показатель был равен 1,03 (0,91;1,1) (p=0,0495).

Выраженные прямые корреляционные связи наблюдались между болью и дизурией (r=0,89; p<0,001), качеством жизни и дизурией (r=0,93; p<0,001), болью и качеством жизни (r=0,87; p<0,001). Умеренная прямая корреляционная связь имелась между параметрами Imax (%) и S (%) (r=0,51; p<0,001). Выраженные обратные корреляционные взаимосвязи определялись между Imax (%) и болью (r=-0,82; p<0,001), Imax(%) и дизурией (r=-0,77; p<0,001), качеством жизни и Imax (%) (r=-0,75; p<0,001), а так же параметром S (%) и болью (r=-0,72; p<0,001). Умеренные обратные корреляции выявлялись между параметрами Imax/S и S (%) (r=-0,59; p<0,001), дизурией и S (%) (r=-0,62; p<0,001), болью и S (%) (r=-0,63; p<0,001).

Выводы.

1. У пациенток с хроническим рецидивирующим циститом имеется статистически значимое снижение параметров Imax (%) (p<0,0001), S (%) (p<0,0001) и Imax/S (p=0,002) в сопоставлении с группой сравнения, что свидетельствует о нарушения равновесия про/антиоксидантного баланса.
2. Полученные данные указывают на наличие взаимосвязей между про/антиоксидантным статусом пациенток и выраженностью боли и дизурии, а также нарушением качества жизни.

Литературные источники

1. Лоран О.Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы. Актуальные вопросы: Учебное пособие для врачей / О.Б.Лоран, Л.А.Синякова. – М., МИА, 2008.-88с.
2. Неймарк А.И., Раздорская М.В., Оберемок П.А. Лечение рецидивирующего цистита и профилактика его обострений у женщин. Экспериментальная и клиническая урология 2019; (2): 92-97. doi: 10.29188/2222-8543-2019-11-2-92-96.
3. Patrick BA, Das A, Jaiswal AK. NAD(P)H:quinone oxidoreductase 1 protects bladder epithelium against painful bladder syndrome in mice. Free Radical Biology and Medicine 2012;(53):1886–93. doi:10.1016/j.freeradbiomed.2012.08.584.
4. Б.О. Кабешев. Влияние хирургического шовного материала, модифицированного наночастицами серебра, на течение воспалительного раневого процесса in vivo в условиях микробной контаминации. Кабешев Б.О., Зиновкин Д.А., Бонцевич Д.Н., Надыров Э.А. Проблемы здоровья и экологии. 2014. № 2 (40). С. 109-115.
5. Mukaka MM. Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. Malawi Medical Journal 2012;(24):69–71.

УДК 618.12/.16-008.87:618.17

Лызикова Ю.А., Рублевская Е.И.
Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

НАРУШЕНИЕ БИОЦЕНОЗА ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКЦИИ

Актуальность

Основными представителями микрофлоры влагалища у женщин репродуктивного возраста являются молочнокислые анаэробные бактерии, принадлежащие к классу Lactobacilli, которые поддерживают постоянство состава вагинальной микрбиоты и играют важную роль в неспецифической защите организма от инфекционной агрессии [1]. Нарушение биоценоза влагалища связывают с бесплодием, неблагоприятным исходом беременности, хроническим эндометритом [2,3].

Цель исследования: оценить биоценоз влагалища у пациенток с хроническим эндометритом и определить факторы, влияющие на развитие хронического воспалительного процесса в полости матки.

Материалы и методы

Молекулярно-генетический анализ материала из цервикального канала проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Для выделения ДНК, проведения ПЦР использовали набор «Фемофлор-16». Для оценки влагалищной флоры определяли общую бактериальную массу, содержание лактабактерий, анаэробов, дрожжеподобных грибов, микоплазм, факультативно-анаэробных микроорганизмов. Иммуногистохимическое исследование эндометрия проодили с использованием антител к CD56 (Diagnostic Biosystems, США), Estrogen receptor (ER) (Diagnostic Biosystems, США), Progesterone receptor (PR) (Diagnostic Biosystems, США).

Результаты и обсуждение результатов исследования

Обследовано 340 пациенток репродуктивного возраста, хронический эндометрит диагностирован у 230(67,65%) пациенток, они составили основную группу. Группу сравнения составили 110(32,35%) пациенток, у которых иммуногистохимическая и гистологическая картина эндометрия соответствовала нормальному эндометрию. Средний возраст у пациенток основной группы составил 31,00(27,00;39,00) лет, у пациенток группы сравнения – 38,00(27,50;38,00) лет. Не выявлено статистически значимых различий при сравнении возраста пациенток обеих групп. При изучении социально-экономического статуса не выявлено статистически значимых различий между группами.

Патология репродукции была у 187(81,30%) пациенток с хроническим эндометритом и у 45(40,91%) женщин группы сравнения. Таким образом, хронический эндометрит ассоциирован с нарушением репродуктивной функции ($c2=32,01$, $p<0,001$). Самым распространенным репродуктивным нарушением у пациенток основной группы было бесплодие, выявленное у 137(59,57%) пациенток с хроническим эндометритом, и у 36(32,73%) пациенток группы сравнения ($c2=21,45$,$p<0,001$). В структуре репродуктивных нарушений в группе сравнения превалировало бесплодие первичное, выявленное у 26(57,78%) пациенток ($c2=15,02$,$p=0,001$), в основной группе – вторичное бесплодие, диагностированное у 89(47,59%) женщин($c2=9,54$,$p=0,002$).

У большинства – 64(58,18%) пациенток группы сравнения не было нарушений микробиоценоза влагалища ($c2=9,81$, $p=0,002$). У пациенток основной группы достоверно чаще определялся условный нормоценоз – у 92(40,00%) пациенток ($c2=38,24$, $p<0,001$), выраженный анаэробный дисбиоз ($c2=13,29$, $p=0,0003$), умеренный смешанный дисбиоз($c2=5,95$, $p=0,01$).

Расчет ОР выявил, что параметрами, статистически значимо влияющими на развитие хронического эндометрита, явились уровень лактобактерий ≥7,9 Lg г.э., (ОР= 11,36, 95%ДИ 3,68-35,05, P < 0,0001), общая бактериальная обсемененность влагалища≥8,1 Lg г.э, (ОР=2,16, 95% ДИ 1,20-3,89, p=0,009), уровень Candida spp.≥3,5 Lg г.э., (ОР=2,92, 95%ДИ 1,40-6,05, p=0,004), уровень Megasphaera spp.+Veilonella spp.+Dialister spp.≥5,4 Lg г.э., (ОР=4,47, 95%ДИ 1,10-18,10, p=0,04).

Выводы:

1. Хронический эндометрит проявляется патологией репродуктивной функции у 187(81,30%) пациенток (c2=32,01, p<0,001). В структуре репродуктивных нарушений в основной группе превалирует вторичное бесплодие, диагностированное у 89 (47,59%) женщин (c2=9,54,p =0,002).
2. У пациенток с хроническим эндометритом достоверно чаще определяется условный нормоценоз – у 92(40,00%) пациенток (c2=38,24, p<0,001), выраженный анаэробный дисбиоз (c2=13,29, p=0,003), умеренный смешанный дисбиоз(c2=5,95, p=0,01). У большинства – 64(58,18%) пациенток группы сравнения не выявлено нарушений микробиоценоза влагалища (c2=9,81, p=0,002).
3. Параметрами, статистически значимо влияющими на развитие хронического эндометрита, явились: уровень лактобактерий ≥7,9 Lg г.э., (ОР= 11,36, 95%ДИ 3,68-35,05, P < 0,0001), общая бактериальная обсемененность влагалища≥8,1 Lg г.э, (ОР=2,16, 95% ДИ 1,20-3,89, p=0,009), уровень Candida spp.≥3,5 Lg г.э., (ОР=2,92, 95%ДИ 1,40-6,05, p=0,004), уровень Megasphaera spp.+Veilonella spp.+Dialister spp.≥5,4 Lg г.э., (ОР=4,47, 95%ДИ 1,10-18,10, p=0,04).

Заключение. Нарушения биоценоза влагалища являются одним из факторов риска развития хронического эндометрита, который проявляется нарушением репродуктивной функции женщин.

Литературные источники

1. Yarbrough, V.L. Antimicrobial peptides in the female reproductive tract: a critical component of the mucosal immune barrier with physiological and clinical implications / V.L.Yarbrough, S.Winkle, M.M. Herbst-Kralovetz // Human Reproduction Update. – 2015. – Vol.21, No.3. – P. 353–377. d https:/ doi:10.1093/humupd/dmu065.
2. Ma, B. Vaginal microbiome: rethinking health and disease / B.Ma, L.J. Forney, J.Ravel // Annu Rev Microbiol. – 2012. – Vol.66. – P.371–389. https: doi: 10.1146/annurev-micro-092611-150157.
3. The composition and stability of the vaginal microbiota of normal pregnant women is different from that of non-pregnant women / R.Romero [et al.] // Microbiome. – 2014. – Vol.2. –P.4. https: doi: 10.1186/2049-2618-2-4.

УДК 618.146-006.6-02:616-006.5-07

Марковская Т.В.
Государственное учреждение «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», Минск, Беларусь

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОГО С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО И ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. В современной медицине известно более 100 штаммов вируса папилломы человека (ВПЧ), обладающих доказанной канцерогенной активностью. Персистирующие в организме типы ВПЧ способны вызывать злокачественные заболевания различной локализации в том числе и рак шейки матки (РШМ). В настоящее время в мире применяется классификация Международного агентства по изучению рака (International Agency for Research on Cancer), представленная следующими группами вирусов: «канцерогенные» (16,18,31,33,35,39,45,51,5 2,56,58,59); «вероятно канцерогенные» (68); «возможно канцерогенные» (26,30,34,53,66,67,6 9,70,73,82,85,97) [1]. Около 70% случаев РШМ ассоциировано с генотипами 16 и 18. Наличие данных типов ВПЧ в первую очередь обуславливает развитие тяжелых CIN 2-3 (цервикальных интраэпителиальных неоплазий), которые в течение 10 лет без должного лечения могут реализоваться в РШМ. Поэтому при выявлении CIN 1 у пациенток старше 35 лет рекомендуется эксцизионное либо деструктивное лечение без периода наблюдения в течение 18-24 месяцев даже с менее агрессивными вариантами ВПЧ [2].

Несмотря на то, что РШМ – наиболее предотвратимая форма рака, сегодня остается одной из самых серьезных угроз для жизни женщин и является 4-ой по частоте в структуре заболеваемости и смертности от онкопатологии в глобальном масштабе. Так, ежегодно цервикальный рак поражает около 600 000 и убивает более 300 000 женщин [4]. Согласно прогнозам ВОЗ к 2030 году смертность от РШМ в мире может возрасти на 50% при отсутствии активных профилактических мероприятий [5]. В Европейском регионе эпидемиологические данные об уровнях заболеваемости РШМ показывают существенные различия по странам: от 3,8 на 100 000 женщин в Швейцарии до 25,0 на 100 000 в Латвии. В Республике Беларусь ситуация по заболеваемости РШМ в последние 10 лет стабилизировалась и составила 13,0 на 100 000 женского населения в 2017 году [3].

Диагностические возможности современной медицины позволяют выделить не только тип, но и род папилломавирусов. Также сегодня существует возможность исследования генов E6/E7 ВПЧ, отвечающих за регуляцию жизненного цикла вируса и определяющих его онкогенный потенциал [2]. Вместе с тем современные методики относятся к дорогостоящим и не являются скрининговыми в ранней диагностике РШМ.

Целью исследования стало провести анализ результатов цитологического и патогистологического исследования, полученных при раздельном диагностическом выскабливании (РДВ) у пациенток, прошедших онкоцитологический скрининг и поступивших для гистероскопии (ГС) с различной гинекологической патологией.

Материалы и методы исследования. Нами проведено 142 ГС с РДВ у пациенток, поступивших на плановое обследование по показаниям. Средний возраст женщин составил 46,3 лет [min 26 лет; max 80 лет]. Полученные материалы были подвергнуты патоморфологическому исследованию. Также выполнялось цитологическое исследование цервикального канала,

полости матки, а также брюшной полости. При поступлении в стационар все женщины за исключением четырех с CIN 1-2 (2,8%) имели отрицательные результаты скринингового онкоцитологического исследования. Показанием для ГС, РДВ также были: миома матки с субмукозным расположением узла – 3 (2,1%); миома матки – 24 (16,9%); полип эндометрия – 66 (46,5%); полип цервикального канала – 9 (6,3%); бесплодие – 5 (3,5%); киста яичника – 7 (4,9%); гиперплазия эндометрия – 19 (13,4%); серозометра – 2 (1,4%), аденомиоз – 3 (2,1%).

Результаты и обсуждение результатов исследования. Полученные результаты патоморфологического исследования свидетельствовали о выявлении у двух пациенток из 142 (1,4%) микроинвазивной плоскоклеточной карциномы шейки матки на фоне CIN 3. У обеих пациенток скрининговые результаты цитологического исследования отмечены как «цитограмма без особенностей, клетки плоского и призматического эпителия».

Пример 1. Пациентка Л., 54 года. Поступила для ГС, РДВ с диагнозом: Миома матки. Множественные ретенционные кисты цервикального канала больших размеров. АГ2, риск 3. ХСН. ФК 1. Н0. Ожирение 3. ИМТ 42 кг/м2. Узловой зоб, эутиреоз. Хронический гастродуоденит, ремиссия. Варикозная болезнь нижних конечностей.

Жалоб на момент осмотра нет. По данным УЗИ ОМТ от 12.04.2019 – патология эндометрия, миома матки небольших размеров, кистозное образование шейки матки. В анамнезе миома матки небольших размеров в течение 6 месяцев, постменопауза 1 год. Беременности – 3, родов – 2, аборт – 1. Пациентке произведена ГС, РДВ, цитологическое исследование цервикального канала, полости матки, брюшной полости. Результаты цитологического исследования: клетки призматического эпителия с признаками гиперплазии. Данные патогистологического исследования: пласты плоского эпителия с признаками HSIL, плоскоклеточной карциномы in situ. Фрагменты фиброзной стромы с инвазивными комплексами плоскоклеточного рака.

Пример 2. Пациенка Ч., 49 лет. Поступила для ГС, РДВ с диагнозом: Полип эндометрия. Киста левого яичника. Рубцовая деформация шейки матки. Хронический цервицит. Железодефицитная анемия легкой степени (Гемогл. 99 г/л). Бронхиальная астма, неаллергическая форма легкой степени. ДН0. Варикозная болезнь нижних конечностей.

Жалоб на момент поступления нет. По данным УЗИ ОМТ от 19.02.2019 – полип эндометрия. В анамнезе киста левого яичника 10 лет, ДЭК шейки матки 20 лет назад. Беременности - 3, родов – 2, вакуумаспирация – 1. Menarche с 14 лет, менструации по 3-5 дней, через 30-45 дней, нерегулярные в последнее время, обильные, болезненные, П.М. 30.03.2019. Пациентке произведена ГС, РДВ, биопсия шейки матки, цитологическое исследование цервикального канала, полости матки, брюшной полости. Данные цитологического исследования: клетки плоского и призматического эпителия; патогистологического исследования: микроинвазивная плоскоклеточная карцинома шейки матки на фоне HSIL (CIN 3). Железистый полип эндометрия функционального типа.

Выводы. В результате проведенного исследования мы пришли к выводу, что скрининговое цитологическое исследование сухих нативных мазков не является совершенным в ранней диагностике РШМ особенно у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста, когда стык двух эпителиев уходит глубоко в цервикальный канал. В настоящее время в Республике Беларусь все шире внедряется жидкостная цитология с окрашиванием мазков по Папаниколау. Во всем мире считается, что Пап-тест является основным в скрининге РШМ. Согласно рекомендациям Американского колледжа акушерства и гинекологии и Целевой группы профилактической медицинской помощи США (USPSTF) по скринингу РШМ женщинам рекомендуется посещать врача каждые 3-5 лет, в зависимости от возраста и наличия факторов риска для выполнения Пап-теста и проведения ВПЧ-ВКР-ДНК-тестирования. В сентябре 2017 года USPSTF был опубликован новый проект рекомендаций для пациенток 30-65 лет, в котором было предложено отказаться от выполнения комбинированного тестирования и проводить либо Пап-тест каждые 3 года, либо ВПЧ-ВКР-тестирование каждые 5 лет. Проведение ВПЧ-ВКР-тестирования у женщин 30-65 лет позволит не только определить группу риска

развития РКШ, но и обеспечит выполнение своевременного лечебно-профилактического мероприятия на более раннем этапе развития патологического процесса.

Литературные источники

1. Гусаков К.И., Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Стародубцева Н.Л., Франкевич В.Е. Перспективы профилактики рака, ассоциированного с вирусом папилломы человека//Акуш.и гинекол. - №8. - 2019. - С. 33 - 39.
2. Дмитрюкова М.Ю., Короленкова Л.И., Романюк Т.Н., Лешкина Г.В., Шипулина О.Ю., Шипулин Г.А. Молекулярно-биологические особенности вируса папиломы человека 16 типа и риск развития цервикальных плоскоклеточных интраэпителиальных поражений и рака шейки матки//Акуш. и гинекол. 2019. - №2.-С. 113-119.
3. Матылевич О.П. Хирургическое, комбинированное и комплексное лечение рака шейки матки: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – Минск, 2019. – С.1-3 (54).
4. Минкина Г.Н. Возможности вакцинопрофилактики и ликвидации рака шейки матки: достижения и перспективы// Акуш.и гинекол. - №8. - 2019. - С.40 - 44.
5. WHO. WHO Director-general calls for all countries to take action to help end the suffering caused by cervical cancer. May 19, 2018. Available at: https//www.who.int/reproductivehealth/DG_Call-to-Action.pdf.

УДК 618.5: 618.182-001.5-089.84-089.166-089.168: 616.352-008.222 (479.24)

Могильницкая О.Э
Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

АНАЛИЗ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ И ЭПИЗИОТОМИЙ ВО ВРЕМЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЧРЕЗМЕРНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ ПРИРОСТОМ МАССЫ ТЕЛА

Актуальность. Родовой травматизм представляет собой важную проблему родоразрешения женщин через естественные родовые пути. По данным литературы частота родового травматизма (разрывы шейки матки, стенок влагалища, промежности, вульвы) составляет 10,2-39% [1]. Повреждение мягких тканей родовых путей, несмотря на использование современных антисептиков и современных методов лечения травм, у 19,3% родильниц приводит к развитию инфекционно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде [1,2]. В дальнейшем возможно формирование функциональной недостаточности мышц тазового дна, пролапса тазовых органов с нарушением половой функции и течения последующих родов. Международная статистика свидетельствует, что адекватно увеличивают вес не более половины беременных, остальные имеют гестационный прирост значительно выше или ниже рекомендуемых значений. Причем, чрезмерный гестационный прирост, встречается в 2-3 раза чаще, чем недостаточный, и регистрируется у 40-59% [2]/

Цель исследования. Провести анализ частоты разрывов промежности и её рассечения во время родов у женщин с чрезмерным гестационным приростом массы тела.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ частоты разрывов промежности и ее рассечения в родильном отделении в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно» за 2018-2020 гг. Гестационная прибавка массы тела оценивалась согласно «Руководству по прибавкам массы во время беременности» в

зависимости от исходного ИМТ (IOM, 2009): нормальная (рекомендуемая гестационная прибавка) составляет 11,5-16 кг, для пациенток с дефицитом массы - 12,5-18 кг, при избытке массы - 7,0-11,5 кг, при ожирении - 5-9 кг.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Проведенный анализ показал, что частота рассечения промежности во время родов у женщин с чрезмерным гестационным приростом массы тела колебалась от 10,3% в 2018г. до 12,7% в 2020г. В период 2018-2019гг. выявлено увеличение частоты разрывов промежности с 10,3 до 18,7%. В общей сложности каждая третья роженица имеет нарушение целостности вульварного кольца вызванное той или иной причиной.

Было проанализировано 212 историй родов женщин с чрезмерным гестационным прористом массы тела, родоразрешенных через естественные родовые пути в родильном отделении УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно» за 2018-2020 гг.

Первородящих женщин было 42,7% ,повторнородящих – 57,3%. В возрасте до 30 лет родоразрешено 1,6% пациенок, 31- 40 лет –79,4% и старше 40 лет – женщин 19%.

По социальному статусу роженицы распределились следующим образом: рабочие и служащие – 35,4 и 35,8% соответственно, домохозяйки– 26,2%, учащиеся составили лишь 2,6%.

Было рождено 212 детей. С массой тела менее 2999г было 16,4% новорожденных, от 3000 до 3499г. – 39,7%, от 3500 до 3999г – 34,3% и с весом свыше 4000г рождено 9,6% ребенка.

У 20,7% рожениц с чрезмерным гестационным приростом массы тела от общего количества родов была проведена эпизиотомия. Рассечение промежности у первородящих проводилась в 37,4%, у повторнородящих – в 8,2%. При осмотре родовых путей у 12,7% от общего числа родов родильниц был выявлен разрыв промежности. Основная часть представляла собой разрыв промежности I степени, лишь у 3 женщин роды осложнились разрывом II степени (1,2% от общего числа разрывов промежности). У первородящих в 14% случаев роды осложнились разрывом промежности, у повторнородящих – в 11,7%, причем более чем в половине случаев (56,5%) это был разрыв по старому рубцу.

Проведен анализ частоты эпизиотомий и разрывов промежности в различных возрастных группах. Так эпизиотомия выполнялась в 25% у рожениц в возрасте до 30 лет, в 23,3% и 15% в возрастных группах 31-40 лет и старше 40 лет соответственно. Частота разрывов промежности в возрасте до 30 лет и старше 40 лет была примерно одинакова и составила 9% и 10,1%. Намного чаще травмы промежности выявлена у женщин от 18 до 30 лет – 13,5%.

Анализ социального статуса рожениц показал следующие результаты: разрыв промежности происходил у рабочих – 14,4%, у домохозяек – 13,8%, у служащих – 10,7%, у учащихся только в 6,8%. Эпизиотомию чаще всего проводили у учащихся – 32,2%, реже у домохозяек – 16,5%. Частота рассечения промежности у служащих и рабочих составила 20,9% и 22% соответственно.

Наиболее часто разрыв промежности происходил при весе плода от 3500 до 3999 г – 16,3%; несколько реже при весе более 4000г – 13,8% и 3000-3499г – 11,5%. Самая низкая частота травм промежности при весе новорожденного менее 3000 г, но при этом весе травматизм составляет 7,3%. Наибольшее число эпизиотомий проводилась при весе более 4000 г – 26%, несколько реже при весе 3000-3499 г и 3500-3999 г – 21,6 и 20,8% соответственно. При массе тела новорожденного менее 3000 г частота рассечений промежности составила 14,9% случаев.

Выводы. Проведенного анализа показал, что у рожениц с чрезмерным гестационным приростом наименьший риск травм промежности у учащихся, рожениц в возрасте до 30 лет и при массе новорожденных менее 3000г. Но, несмотря на это, частота эпизиотомий у этих женщин довольно высокая (32,2, 25 и 14,9% соответственно) и превышает частоту рассечений промежности в других группах, иногда более чем в два раза. Таким образом, чрезмерный гестационный прирост массы тела оказывает влияние частоту разрывов промежности и ее рассечения в родах.

Литературные источники.
1. Кулаков, В.И., Бутова Е.А. Акушерский травматизм тканей родовых путей / В. И. Кулаков, Е. А. Бутова : Москва, Медицинское информационное агентство; 2003.
2. Хафмейстер, Д.Ю., Нейлсон Д.П. Кокрановское руководство: Беременность и роды. // Д. Ю. Хафмейстер, Д. П. Нейлсон и [др.] Пер. с англ. М.: Логосфера; 2010.

УДК 612.63-055.26:613.24

Могильницкая О.Э.
Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОТИ И РОДОВ

Актуальность. Инфекция мочевыводящих путей при беременности остается одной из важнейших проблем акушерства, урологии и нефрологии. Это обусловлено изменением клинических признаков инфекций мочевыводящих путей в период беременности, подходов к диагностике и лечению, а также риском развития урологических, акушерских и неонатальных осложнений [1]. Инфекция мочевыводящих путей остаются одними из наиболее распространенных заболеваний во время беременности [2].

Цель исследования. Провести анализ течения беременности и родов у пациенток с ожирением и нормальным росто-весовым показателем в сочетании с инфекциями мочевыводящих путей.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 156 историй родов УЗ «ГКБСМП г.Гродно» за 2020г. Все женщины были разделены на 2 группы. В 1-ую группу вошло 98 родильниц с ожирением (ИМТ более 30) в сочетании с инфекциями мочевыводящих путей, 2-ую группу составили 58 женщин с нормальным росто-весовым показателем (ИМТ 18,5-24,99) в сочетании с инфекциями мочевыводящих путей. Средний возраст женщин 1-ой группы составил 27 ± 2,1 лет, 2-ой группы – 30,3 ± 3,5 лет.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Анализ особенностей клинического течения инфекций мочевыводящих путей во время гестации показал, что 46,8% пациенток 1-й не предъявляли жалоб, в 53,2% наблюдений преобладали жалобы на общую слабость, утомляемость (100%), боли в области почек (91,4%), учащенное мочеиспускание (88,6%), никтурию (77,1%). Повышение температуры выше 37 °С, боли при мочеиспускании отмечались у 40% беременных, появление пастозности лица – у 25,7%, синдром артериальной гипертензии – у 8,5% обследованных. В 73,4% наблюдений пациенты 2-й группы жалобы не предъявляли, в 14,1% отмечали учащенное мочеиспускание и 12,5% никтурию.

Первобеременных и первородящих среди обследуемых пациенток было 41% в 1-й группе и 57% во 2-й. В 1-й группе в 23,8% пациентки имели искусственные аборты в анамнезе, причем у 5,1% они произведены по поводу неразвивающейся беременности, у 6,3% были самопроизвольные аборты, у 2,3% пациенток в анамнезе были преждевременные роды, причем у 1,6% – оперативные. Во 2-й группе в 9,4% пациентки имели искусственные аборты в анамнезе, причем у 1,1% они произведены по поводу неразвивающейся беременности, у 4,7% были самопроизвольные аборты.

В 1-й группе 48,7% беременных страдали гинекологическими заболеваниями; сальпингоофоритом (7,8%), эрозией шейки матки (11,2%), киста яичника (4,3%), у 13,6% были обнаружены заболевания, передаваемые половым путем: хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, генитальный герпес. Во 2-й группе была обнаружена эрозия шейки матки в 4,7% случаев, у 9,6% были обнаружены заболевания, передаваемые половым путем: хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз. Кольпит был выявлен в 21,6% в 1-й группе, в 12,3% во 2-ой. Бактериальный вагиноз был выявлен только в 1-й группе исследования.

Наиболее частыми изменениями в моче 1-й группы были лейкоцитурия – у 62,9% в общем анализе мочи и у 42,1% – в пробе по Нечипоренко; протеинурия – у 54,3% беременных. Во 2-й группе лейкоцитурия в общем анализе мочи наблюдалась в 32,4% случаев и в 25,2% – в пробе по Нечипоренко.

Течение настоящей беременности осложнилось отёками вызванными беременностью в 58,6% наблюдений в 1-й группе, при этом преэклампсией легкой степени тяжести у 1,4%; во 2-й группе в 2,7% наблюдений. Угроза прерывания беременности в I и во II триместрах была у 51,8% женщин 1-й группы и у 33,2% возникла угроза преждевременных родов, во 2-й группе 23,6% и 4,2% соответственно. В 1-й группе 5,8% наблюдалось многоводие, в 12,5% – плацентарные нарушения; у 2-й – 3,8% и 7,3% соответственно Анемия была выявлена в 57,6% в 1 группе, во 2-й группе в 37,4% наблюдений.

По результатам бактериологического исследования мочи в культуре мочи определялась Escherichia coli в 81,3% 1-й группы и 18,7% у 2-й, в 6,7% у 1-й и 5,1% у 2-й грамотрицательные бактерии семейства Enterobacteriaceae, которые были представлены – в 2,8% Enterobacter spp. у 1-й группы и 2,3% у 2-й, в 2,3% Klebsiella spp. и в 2,2% Proteus spp встречались только у 1-й группы, грамотрицательными стрептококками и стафилококками в 16,4% и 12,7% соответственно. В 1,2% случаев определялись Pseudomonas spp., Corynebacterium statum, Candida spp. в двух группах.

При анализе осложнений беременности преждевременные роды составили 3,92% в 1-й группе и 1,16% во 2-й группе; синдром задержки внутриутробного развития плода составил 5,8% в 1-й группе и 1,1% – во 2-й; преждевременный разрыв плодных оболочек составил во 2-й группе 6,9% и 45,7% в 1-й.

Частота родоразрешения операцией кесарева сечения у женщин с ожирением составила 21%. Оперативная активность несколько возрастала с увеличением ИМТ. У женщин с ожирением операция кесарева сечения проводилась по сочетанным показаниям.

Выводы. Таким образом, инфекции мочевыводящих путей у беременных с ожирением характеризуется угрозой невынашивания, недонашиванием, несвоевременным излитием околоплодных вод, преэклампсией, аномалиями родовой деятельности.

Литературные источники.

1. Пересада, О. А. Инфекции мочевыводящих путей у беременных: современные подходы к диагностике и лечению / О. А. Персада // Медицинские новости,2012. т.№:8.-С.13-20.
2. Foxman, B. Urinary tract infection: self-reported incidence and associated costs / B.Foxman, R. Barlow [et al] // Epidemiol. - 2010. - Vol. 10, N 8. - P. 509-515.

УДК 618.15-022.7-08-084

Савицкая В.М., Лагуто С.Н. ,Дражина О.Г.
Учреждение образования«Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь
Учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

Актуальность. Бактериальный вагиноз – это патология экосистемы влагалища, вызванная усиленным ростом, преимущественно облигатно–анаэробных бактерий. Повышение количества аэробных и анаэробных бактерий с преобладанием последних объясняет название бактериальный, а отсутствие лейкоцитов (клеток, ответственных за воспаление) – вагиноз. Таким образом, бактериальный вагиноз – это, скорее всего, особое распределение микробной экосистемы, чем настоящая тканевая инфекция. Бактериальный вагиноз является поли микробным заболеванием [2].

Частота данной патологии зависит от контингента обследованных женщин. Она составляет 17–19% в клиниках планирования семьи и среди студентов. В структуре воспалительных заболеваний женских половых органов репродуктивного возраста частота бактериального вагиноза составляет 40–60%, у беременных – 20–25% [1,3].

В норме среднее количество микроорганизмов во влагалищном секрете для аэробов и анаэробов составляет 10^5–10^6 КОЕ/мл. При этом преобладают пероксид продуцирующие лактобациллы, обеспечивающие основной защитный механизм путем конкуренции с более патогенными микроорганизмами. Важно отметить, что у здоровых женщин превалирует аэробная флора по отношению к анаэробной (10:1) [2,4].

Цель исследования: изучение распространенности бактериального вагиноза и основных методов лечения и профилактики данной патологии.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен анализ 1370 историй, из которых выборка нашего исследования составила 123 женщины с инфекционно-воспалительными заболеваниями гениталий. Проводился ретроспективный анализ клинической характеристики особенностей течения беременности и родов, лабораторных методов исследования, проводимого лечения.

Результаты и обсуждение результатов исследования.

В проводимом нами исследовании возраст обследованных женщин колебался от 18 до 43 лет и составил в среднем 29,2±1,1 года. При анализе массо-ростовых соотношений у обследованных женщин отклонений от популяционных норм не выявлено, средняя масса тела составила 69,3±1,7 кг, средний рост 166,8±0,4 см. Все они имели правильный тип телосложения. При сборе анамнеза жизни экстрагенитальная патология была выявлена у 109 обследованных женщин.

При бактериальном вагинозе происходит увеличение концентрации аэробных и анаэробных микроорганизмов на несколько порядков. Так, концентрация микроаэрофильных бактерий (Gardnerella vaginalis) повышается в 100 раз, а анаэробных микроорганизмов (Bacteroides spp., Peptococcus spp.) – в 1000 раз и более. Также увеличивается количество не продуцирующих H_2O_2 анаэробных лактобактерий, что способствует возникновению определенных симптомов заболевания. На этом фоне происходит снижение концентрации факультативных лактобацилл. Это приводит к уменьшению количества молочной кислоты, снижению кислотности влагалищного содержимого и росту анаэробов. В сложной цепи патогенеза воспалительных

заболеваний женских половых органов существенная роль отводится иммунным реакциям организма. Снижение неспецифической резистентности у этих больных является одной из причин воспалительного процесса, рецидивирующего его течения, торможения регенерации и восстановления функции пораженных органов.

Главными причинами развития патологического процесса во влагалище следует считать эндокринные расстройства, изменения состояния местного иммунитета (снижение иммуноглобина А, циркулирующих иммунных комплексов, С3–компонента комплемента, повышение иммуноглобулина G), бессистемную антибактериальную терапию, перенесенные или сопутствующие воспалительные заболевания женских половых органов, частые спринцевания, применение контрацептивов (оральных, внутриматочных, спермицидов), хирургические и диагностические вмешательства [3,5].

Кроме того, выявлено, что у 83% пациенток имеются пищевые, медикаментозные и смешанные аллергические реакции, свидетельствующие о снижении некоторых адаптивных механизмов и иммунной системы. Поскольку у 55% женщин выявлялся дисбактериоз кишечника, можно говорить о едином дисбиотическом процессе в организме с доминирующим проявлением либо в генитальной, либо в пищеварительной системах.

На сегодняшний день установлено, что бактериальный вагиноз является не только причиной неприятных выделений, но и фактором риска, а иногда одной из причин возникновения тяжелой патологии женских половых органов и осложнений беременности и родов. Исследования многих авторов [1,2,3] показали, что бактериальный вагиноз приводит к различным осложнениям. В гинекологической практике – к эндометриту, сальпингоофориту; воспалительным осложнениям после операций и инвазивных процедур, а также кольпитам и неопластическим процессам шейки матки; бесплодию (низкий редоксипотенциал тканей и высокий уровень pH), а в акушерской практике – к хориоамниониту, послеродовому эндометриту, преждевременным родам, рождению детей с низкой массой тела.

Основными клиническими проявлениями бактериального вагиноза являлись гомогенные выделения из влагалища, пенистые, слегка тягучие, белого или серого цвета с неприятным запахом. При длительно текущем процессе выделения приобретают желтовато–зеленоватую окраску, становятся густыми, нередко напоминают творожистую массу, равномерно распределяются по стенкам влагалища без выраженного его воспаления. Количество белей варьирует от умеренных до весьма обильных, но в среднем составляет 20 мл в сутки.

Особенностью бактериального вагиноза было отсутствие признаков воспаления (отека, гиперемии) стенок влагалища. Слизистая оболочка была обычного розового цвета. Кольпоскопическая картина характеризовалась наличием дистрофических изменений и сочетанием с патологическими процессами шейки матки. В нашем исследовании было и бессимптомное течение заболевания, когда полное отсутствие клинических проявлений заболевания сочеталось с положительными лабораторными признаками.

Диагностика бактериального вагиноза основывается на данных клинического обследования и специальных лабораторных методов исследования [1,2,4].

Большое значение в диагностике имеют дополнительные методы исследования, такие как pH–метрия и аминотест. Они относятся к скрининговым методам диагностики.

Предварительный диагноз может быть поставлен в случае обнаружения следующих клинических признаков:

1) обильные гомогенные выделения из влагалища с неприятным запахом;
2) повышение величины pH вагинального секрета выше 4,5;
3) положительный аминный тест с вагинальными выделениями – появление запаха «гнилой рыбы».

Для мазков, взятых от больных, страдающих бактериальным вагинозом и окрашенных по Граму, характерны следующие закономерности:

1) наличие большого количества вагинальных эпителиоцитов;
2) наличие «ключевых клеток» – вагинальных эпителиоцитов с адгезированными на них грамвариабельными палочками и/или коккобациллами (Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., грамотрицательными облигатно–анаэробными бактериями);
3) резкое снижение или полное отсутствие лактобактерий;
4) наличие большого количества грамвариабельных и/или грамнегативных палочек и/или коккобацилл (Gardnerella vaginalis, Bacteroides spp., Fusobacterium spp), а также грамвариабельных палочек (Mobiluncus spp);
5) отсутствие или редкое присутствие полинуклеарных лейкоцитов.

Подтверждением правильности предварительного диагноза является оценка количественного и качественного состава микрофлоры вагинального тракта пациентки в результате бактериологического исследования выделений из влагалища. Микробиологический метод служит критерием для оценки клинического значения скрининговых методов диагностики и эффективности этиотропной терапии [4,5]. Несмотря на то, что дисбиотические нарушения влагалища не относятся к острым заболеваниям, назначаемая терапия этим больным является чрезвычайно важным и ответственным моментом.

Цель лечения – восстановить нормальную микрофлору влагалища, задержать рост микроорганизмов, не свойственных этому микроценозу.

В результате наших исследований установлено, что влагалищный путь лечения бактериального вагиноза не уступает по эффективности, а иногда превосходит пероральную терапию. Данный путь терапии является более предпочтительным, так как при местной аппликации препарат вносится непосредственно в нишу, колонизированную возбудителями заболевания, чем достигается высокая эффективность использования малых доз антимикробного препарата, а с другой стороны – исключается системное воздействие на здоровые ткани и снижается возможность развития системных побочных реакций. Эти преимущества позволяют применять местное лечение у беременных и лактирующих женщин.

Вместе с тем при всех вышеперечисленных методах лечения могут отмечаться рецидивы, возникающие в различные сроки после лечения. Это связано с тем, что, ликвидируя условно–патогенные микроорганизмы, часто нет условий для достаточно быстрого восстановления лактобактерий. В этой связи в комплекс лечения были включены эубиотики в течение 10 дней после основного курса лечения, ввиду их специфического действия, направленного на восстановление нормального соотношения лактобацилл во влагалище и тем самым предотвращающего частоту рецидивов данного заболевания. Лактобактерии чрезвычайно важны: они оказывают антимикробное действие в отношении патогенной и условно-патогенной флоры, стимулируют приобретенный иммунитет, участвуют в процессе пищеварения, синтезе витаминов К и группы В, создают кислую среду, способствуя развитию бифидобактерий и других представителей нормальной микрофлоры, улучшают переносимость лактозы.

Заключение. Бактериальный вагиноз может протекать не просто как патология, а еще и с формированием бактериальной пленки. Это совершенно другая форма заболевания, пока малоизученная. Биопленка – это своеобразный бактериальный город, в котором есть строгая субординация, все бактерии строго подчинены своим внутренним законам. Они приобретают особую резистентность к антибактериальным препаратам. Самая большая проблема при лечении бактериального вагиноза – это подобрать ту схему лечения, которая бы позволила женщину либо вылечить, либо создать условия ремиссии. В этих случаях приходится обращаться к возможным причинам вагиноза, потому что при проведении терапии важно в первую очередь устранить причины патологии. Одним словом, бактериальный вагиноз – это та проблема в гинекологии, которая является едва ли не ключевой в развитии понимания целого

пласта акушерско-гинекологической патологии, является достаточно распространенным заболеванием экосистемы влагалища, требующим своевременной диагностики, комплексной и адекватной терапии.

Литературные источники

1. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. – Санкт–Петебург, 2001.–364с.
2. Тютюнник В.Л. Патогенез, диагностика и методы лечения бактери-ального вагиноза. // Фарматека.–2005.– № 2 (98), С.20–24.
3. Khosravi AR, Eslami AR, Shokri H, Kashanian M. Zataria multiflora cream for the treatment of acute vaginal candidiasis. // Int J Gynaecol Obstet. 2008, 7(5):75–80.
4. Malazy OT, Shariat M, Heshmat R, Majlesi F, et al. Vulvovaginal candidiasis and its related factors in diabetic women. // Taiwan J Obstet Gynecol. 2007, 46(4):399–404.
5. Meizoso T, Rivera T, Fernandez–Acenero MJ, et al. Intrauterine candidiasis: report of four cases. // Arch Gynecol Obstet. 2008, 24(4):77–79.

УДК 618.2:618.4-02:618.145-007.415

Савицкая В. М.
Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ В АНАМНЕЗЕ.

Актуальность. Эндометриоз – распространённое гинекологическое заболевание, при котором клетки эндометрия разрастаются за пределами этого слоя. Развивается у женщин репродуктивного возраста. Поскольку эндометриоидная ткань имеет рецепторы к гормонам, в ней возникают те же изменения, что и в нормальном эндометрии, проявляющиеся ежемесячными кровотечениями. Эти небольшие кровотечения приводят к воспалению в окружающих тканях и вызывают основные проявления заболевания: боль, увеличение объёма органа, бесплодие. Симптомы эндометриоза зависят от расположения его очагов[1].

Различают генитальный (в пределах половых органов – матки, яичников) и экстрагенитальный (вне половой системы – пупок, кишечник и т. д.) эндометриоз [2].

Эндометриоз не признает возрастных, расовых и социально-экономических различий. Однако чаще его все-таки обнаруживают у женщин между 19 и 40 годами, и, хотя, по данным разных авторов, его распространенность варьирует от 12 до 50% среди женщин репродуктивного возраста, это заболевание стабильно занимает второе-третье место в структуре так называемых «женских» болезней [3, 4, 5].

За последнее десятилетие наблюдается увеличение частоты эндометриоза в структуре гинекологической заболеваемости (занимает третье место по частоте встречаемости после воспалительных процессов и миомы матки) [1, 5]. Среди всех случаев женского бесплодия на долю эндометриоза приходится около 25-40 %, что существенно снижает репродуктивную функцию популяции [2, 3, 4]. Ни медикаментозное лечение, ни радикальное лечение не гарантируют полного излечения.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности и исход родов у женщин с эндометриозом в анамнезе, оценить кровопотерю в родах.

Задачи исследования:

- Изучить клинико-анамнестические, лабораторные, морфометрические показатели у женщин с эндометриозом в анамнезе;
- Изучить особенности течения беременности при эндометриозе по сравнению с течением беременности у здоровых женщин (контрольная группа);
- Изучить особенности исхода родов при эндометриозе по сравнению с исходом родов у здоровых женщин (контрольная группа);
- Оценить кровопотерю в родах у женщин с эндометриозом;
- Исследовать особенности гематологических показателей крови, липидного спектра у женщин с эндометриозом.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 63 историй родов. Нами было сформировано 2 группы обследуемых пациентов: 1 – основная группа (составили 28 пациенток с подтвержденным диагнозом эндометриоз в анамнезе), 2 – контрольная группа (35 пациенток без диагноза эндометриоз, т.е. практически здоровые женщины). Проведен анализ особенностей течения беременности и родов. Для исследования отбирались истории рожениц с диагностированным генитальным эндометриозом, при этом исключались случаи клинических проявлений онкологических заболеваний, тяжелых соматических заболеваний и преэклампсии.

Результаты и обсуждение результатов исследования. Возраст беременных колебался от 19 до 41 лет и составил в среднем 28,2±1,1 года (возраст беременных основной составил 34±4,96, а контрольной - 25±3,2) года.

При анализе массо-ростовых соотношений у обследованных женщин отклонений от популяционных норм не выявлено, средняя масса тела перед наступлением беременности 68,4±1,9 кг, средний рост 167,6±0,9 см. Все они имели правильный тип телосложения.

В ходе проведенного научного исследования выявлено, что 25% беременных с эндометриозом – первородящие (7 пациентов), 28,6% - повторнородящие (8 пациентов), у 46,4% роды по счету были третьи и более (12 пациентов).

При анализе репродуктивной функции выявлены следующие результаты осложнения беременности: самопроизвольный выкидыш в анамнезе у 47,7% - 13 женщин, причем среди повторно беременных самопроизвольный выкидыш встречался у 28,6% случаев – 8 человек. У 4 пациенток - 14,2 % случаев выставлен диагноз «Привычное невынашивание беременности», что свидетельствует о несомненной роли эндометриоза как отягощающего фактора при данных видах патологии.

У 71,4% женщин проводилась гормональная поддержка во время беременности согласно протоколам МЗ РБ (дюфастон, сустен, утрожестан). Причем, дюфастон принимали женщины в основном до 19 недель беременности, с последующим переходом на сустен или утрожестан до 34 недель беременности. Дозировка препаратов зависела от степени угрозы и проводимой ранее гормональной поддержки (от 200 мг до максимальной дозировки 600 мг в сутки с постепенной отменой препарата после 30 недель беременности, если явления угрозы купировались).

При сборе анамнеза выявлено, что в основной группе экстрагенитальная патология диагностирована у 29 беременных, из которых заболевания мочевыделительной системы были самыми распространенными и составили 66%, лор-органов 25%, заболевания органов пищеварения 6%.

В контрольной группе экстрагенитальная патология была диагностирована у 4 беременных, из которых заболевания лор-органов и заболевания мочевыделительной системы встречались у 13% женщин.

У 28 беременных из основной группы выявлены гинекологические заболевания, из которых кольпит составил 47%, эрозия шейки матки 33%. В контрольной группе гинекологические заболевания выявлены у 3 беременных, эрозия шейки матки 20%.

Был проанализирован спектр урогенитальной инфекции у обследованных женщин. Часто встречались микст-инфекции: уреаплазма и микоплазма; уреаплазма и кандиды; микоплазма и гарднереллы; ВПГ 1,2 типа и ВПЧ 16,18 типа; хламидии и ВПЧ 16,18 типа.

Заболевания инфекционно-воспалительного характера (ОРЗ, ринит) наиболее часто встречались в основной группе - 83%, также часто встречалась: угроза прерывания беременности в 1 триместре - 67%; обострение цистита, пиелонефрита, кольпит – по 63%; угроза преждевременных родов в 47%; обострение герпес-вирусной инфекции у 23%; угроза прерывания беременности во 2 триместре в 17% случаях.

В контрольной группе осложнения встречались значительно реже: ОРВИ, ранний токсикоз (13%).

Результаты проведенного исследования при анализе беременности показывают, что у женщин с эндометриозом чаще встречается угроза прерывания беременности, кольпит.

При анализе родов выявлено, что в основной группе частота своевременных родов составила 46,3%, преждевременных родов у пациенток составила 24%, частота кесарева сечения составила 53,6%, что, по-видимому, связано с исходным неблагоприятным фоном и наибольшей частотой осложнений гестационного периода у пациенток с эндометриозом в анамнезе. В контрольной группе частота своевременных родов составила 93%, преждевременных родов - 7%, частота кесарева сечения - 25,7%, роды через естественные родовые пути произошли у 74,3% пациенток. Преждевременное излитие околоплодных вод было у 10,7% беременных основной группы и 2,8% беременных контрольной группы.

Следующим этапом нашей работы явилась оценка кровотечения в родах.

Согласно литературным данным эндометриоз увеличивает вероятность кровотечения во второй половине беременности. Обычно данная патология вызвана предлежанием плаценты или преждевременной отслойкой нормально - или низкорасположенной плаценты.

При оценке кровопотери в родах (через естественные родовые пути или путем операции кесарево сечение) у женщин из обеих групп мы не получили достоверных различий (что подтверждается теорией о том, что беременность является одним из методов лечения эндометриоза).

Состояние детей при срочных родах в обеих группах достоверно не отличалось, рождались в удовлетворительном состоянии, с оценкой по Апгар 8/8 баллов – 40 новорожденных, 8/9 баллов- 30 новорожденных.

Среди детей от матерей из основной группы у 7,1% была диагностирована врожденная пневмония, у 3,6% морфофункциональная незрелость. Эти показатели значительно не отличаются от данных у женщин, не страдающих эндометриозом.

Одной из задач исследовать у нас было определение особенностей гематологических (гемостазиограмма) показателей крови, липидного спектра у женщин с эндометриозом. При анализе результатов в обеих группах достоверных различий мы не получили, кроме повышенного уровня в крови холестерина, но он был одинаково повышен в обеих группах 6,6 _+ 0,67 ммоль/л.

Выводы:

1. Частота встречаемости эндометриоза невелика среди беременных, рожениц и родильниц в сравнении с другими гинекологическими заболеваниями в проведенных нами исследованиях, что подтверждается литературными данными.
2. В случае наступления беременности эндометриоз увеличивает вероятность выкидышей и развития угрозы прерывания беременности на разных сроках, поэтому назначается гормональная поддержка беременности.
3. Беременность не может рассматриваться в качестве возможной терапии эндометриоза, так как приводит лишь к временным исчезновениям симптомов эндометриоза и возможному возвращению их после родов и лактации. Поэтому пациентка не должна быть упущена из виду врача после родоразрешения в виду развития в последующем осложнений.

Согласно литературным данным (что подтверждено нашими исследованиями) высокая частота выкидышей при эндометриозе связана главным образом с двумя факторами:

1. Повышение сократительной активности миометрия, что вызвано усиленным образованием простагландинов $F_{2\alpha}$ в очагах эндометриоза (согласно литературным данным, что подтверждено нашими проведенными исследованиями).
2. Частой сопутствующей недостаточностью лютеиновой фазы (в связи с этим назначается гормональная поддержка беременности).

Литературные источники

1. Бурлеев В.А., Лец Н.И. Роль брюшины в патогенезе наружно-генитального эндометриоза // Проблемы репродукции - 2001. - №1 - С.24-30.
2. Дамиров М.М., Слюсарь Н.Н., Шабанов А.М., Сюч Н.И., Полетова Т.Н., Бабков К.В., Бойчук В.С. Применение низкоэнергетического лазерного излучения в комплексном лечении больных аденомиозом // Акушерство и гинекология - 2003. - №1 С.34-37.
3. Кудрина Е.А., Ищенко А.И., Гадаева И.В., Шадыев А.Х., Коган Е.А. Молекулярно-биологические характеристики наружного генитального эндометриоза // Акушерство и гинекология - 2000. - №6 - С.24 - 27.
4. Кузмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смольникова В.Ю., Киндарова Л.Б., Беляева А.А. Эндометриоз: этиология и патогенез, проблема бесплодия и современные пути ее решения в программе экстракорпорального оплодотворения // Акушерство и гинекология - 2001. - №2 - С.8-11.
5. Филонова Л.В., Александрова Н.Н., Брусницина В.Ю., Чистякова Г.Н., Мазуров А.Д. Способ доклинической диагностики генитального эндометриоза // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2003. - №1 - С.69 - 72.

УДК 618.14-003.92:618.2:618.4

Савицкая В. М., Ремизонова А.В., Бобкова В.Д
Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь
Учреждение здравоохранения «5 городская клиническая поликлиника», Минск, Беларусь

РУБЕЦ НА МАТКЕ: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Актуальность. Актуальность проблемы ведения беременности и родов у женщин с оперированной маткой обусловлена увеличением частоты операции кесарева сечения и ростом осложнений в период беременности, родов и в послеродовом периоде [1, 3, 4].

Из 100% случаев рождения, согласно литературным данным, 23% происходит путем операции кесарева сечения. Свыше 30% женщин, перенесших кесарево сечение, планируют повторную беременность и роды.

Отбор женщин для самопроизвольных родов после КС представляет собой серьезную проблему в акушерстве, связанную, прежде всего, с оценкой состояния рубца на матке [2, 5]. В связи с этим, все большую актуальность приобретают вопросы репарации шва на матке, которые во многом определяют течение раннего послеродового периода, а в дальнейшем – время наступления последующей беременности, ее течение и исход [2, 3].

Цель исследования. Изучить анамнез, течение беременности и родов у женщин с рубцом на матке; проанализировать толщину рубца на матке после перенесенного кесарева сечения и возможность последующего родоразрешения через естественные родовые пути; оценить

эффективность методов диагностики состояния рубца на матке; сравнить результаты трансвагинального и трансабдоминального методов исследования.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй родов 45 женщин и историй 45 новорожденных детей с использованием метода выборочной совокупности. Для работы использовалась научная и учебная литература.

Результаты и обсуждение результатов исследования. По данным анализа у 88% (40 пациенток) женщин причиной образования рубца на матке послужила операция кесарева сечения (причем, у 34 из них – это повторное кесарево сечение в анамнезе, а у 6 пациенток – третье кесарево сечение). Родоразрешение у 37 рожениц было выполнено путем операции кесарево сечение (плановое КС – 33 женщины, экстренное КС – 4 женщины), у 8-и рожениц – через естественные родовые пути. Состоятельность рубца на матке у исследуемых беременных оценивалась по данным ультразвукового исследования рубца (трансабдоминального и трансвагинального УЗИ). Результаты исследования двух использованных методов приведены ниже (таблица 1).

Таблица 1
Данные ультразвукового исследования рубца на матке (толщина рубца)

Трансвагинальное УЗИ	Трансабдоминальное УЗИ
4,0 мм	7 мм
5,7 мм	5,5 мм
5,8 мм	5,4 мм
3,5 мм	4,5 мм
5,5 мм	3,5 мм
3,7 мм	4,4 мм
6,3 мм	5,7 мм
5,1 мм	5,8 мм
4,5 мм	5,3 мм
6,4 мм	6,3 мм
5,8 мм	6 мм
3,8 мм	5,1 мм
6,4 мм	4,8 мм
5,6 мм	6,4 мм
3,5 мм	6,8 мм

У 64% пациенток наблюдались осложнения беременности. Среди этих осложнений наибольший удельный вес составили: ХФПН (25%), ХВГП (17%), преэклампсия умеренной степени (13%), анемия беременных (13%), резус-конфликт (12%). С меньшей частотой встречались такие осложнения, как ЗРП (8%), холестаз беременных (4%), маловодие (4%) и гестационный сахарный диабет (8%). 56% пациенток с рубцом на матке имели экстрагенитальную патологию, среди которой преобладали: миопия слабой и средней степени (22%), гипотиреоз (19%), гипоплазия щитовидной железы (11%), аутоиммунный тиреоидит (7%) и МАРС: ПМК 1-2ст (11%). У большинства женщин были выявлены гинекологические заболевания в анамнезе, наибольшую частоту среди них имели: эрозия шейки матки (31%), кольпит (31%), бактериальный вагиноз (16%), хронический цервицит (15%), токсоплазмоз (7%).

У пациенток, которые имели кесарево сечение в анамнезе, показаниями к предыдущей операции были в основном преэклампсия умеренной и тяжелой степени, ИЦН, отслойка низко и нормально расположенной плаценты, слабость родовой деятельности. У всех исследуемых женщин с рубцом на матке данные роды были своевременными (минимальный срок беременности был 260 дней, максимальный – 288 дней).

Послеродовый период у всех женщин протекал без осложнений. Средняя масса плода составила 3428,69 (г), при этом процент новорожденных с массой менее 3000 (г) был 17,39% (по данным литературы и нашим исследованиям у пациенток с рубцом на матке имеет место более высокая частота рождения маловесных детей). Средний рост составил 51,30 (см).

Самопроизвольные роды продолжают оставаться редким явлением в повседневной акушерской практике [4, 5]. Причиной этому является, прежде всего, опасность разрыва матки по рубцу в связи с тем, что нет полной уверенности в его полноценности. Существуют достоверные литературные данные (это подтверждено нашими исследованиями) о том, что часто в процессе ведения родов через естественные родовые пути при наличии рубца на матке возникают осложнения, которые заставляют пересмотреть тактику ведения родов в пользу экстренного кесарева сечения. С другой стороны, материнская заболеваемость при повторной операции кесарево сечение в 3-4 раза выше, чем при родах через естественные родовые пути.

Первое сообщение о ведении родов у женщин с рубцом на матке сделал Эдвин Крэйгин в 1916 году при своем выступлении перед Нью-Йоркским медицинским обществом, где он провозгласил: «…однажды кесарево сечение – всегда кесарево сечение» [3].

Однако как у нас в стране, так и за рубежом, доказано, что у 50–80% беременных с оперированной маткой не только возможны, но и предпочтительны роды через естественные родовые пути. Риск при повторном кесаревом сечении, особенно для матери, выше, чем риск при самопроизвольных родах.

Показаниями к родам через естественные родовые пути в нашем исследовании были:

- одно кесарево сечение в анамнезе с поперечным разрезом на матке в нижнем сегменте.
- отсутствие экстрагенитальных заболеваний и акушерских осложнений, послуживших показаниями к первой операции.
- состоятельность рубца на матке (по результатам клинических и инструментальных исследований).
- локализация плаценты вне рубца на матке.
- головное предлежание плода.
- соответствие размеров таза матери и головки плода.
- наличие условий для экстренного родоразрешения путём операции кесарево сечение.
- первый ребенок здоров;
- настоящая беременность протекала без осложнений;
- роды не индуцированные, родовая деятельность развилась самопроизвольно.

Показаниями к повторному кесареву сечению были:

- рубец на матке после корпорального кесарева сечения, или операции, выполненной продольным разрезом на матке;
- рубец после двух и более операций;
- несостоятельный рубец на матке по клиническим и ультразвуковым признакам;
- плацента расположена в области рубца;
- отсутствие условий для родоразрешения через естественные родовые пути.

Рациональное ведение беременных с рубцом на матке, правильный выбор метода и срока родоразрешения позволяют обеспечить снижение риска акушерской и перинатальной патологии. Необходимо более четко и дифференцированно подходить к определению показаний для 1-го кесарева сечения, чтобы избежать проблем в будущем.

Выводы.

1. Женщины с рубцом на матке требуют пристального внимания как на этапе подготовки к беременности, так и на всем ее протяжении, включая роды. Беременность должна быть планируемой.
2. Согласно литературным данным, что подтверждают проведенные нами исследования, при трансвагинальном УЗИ толщина послеоперационного рубца на матке меньше по сравнению с трансабдоминальным УЗИ, что не говорит о несостоятельности рубца при его равномерной толщине и отсутствии эхопозитивных включений.
3. Роды после одного КС в анамнезе при отсутствии экстрагенитальной патологии, осложнений беременности, продольном положении плода, толщине рубца 3 мм и более при трансвагинальном обследовании и расположении плаценты преимущественно по задней стенке матки могут быть проведены через естественные родовые пути.
4. Ведение родов через естественные родовые пути, при наличии рубца на матке, связано с высоким риском осложнений во время родов и в послеродовом периоде, поэтому они должны проводиться в стационаре под постоянным мониторированием и контролем витальных функций, под постоянным наблюдением медицинского персонала.
5. Профилактика несостоятельности рубца должна проводиться с начала беременности, на протяжении всей беременности и в послеродовом периоде.
6. УЗИ мониторирование послеоперационного рубца должно проводиться в 1-ом и 2-ом триместре беременности 1 раз в месяц (при отсутствии показаний для повторного исследования), в 3-ем триместре – каждые 10 - 14 дней.
7. Согласно данным литературы и проведенным нами исследованиям существует высокая степень корреляции между формированием неполноценного рубца, миопией и ПМК.
8. Консервативное ведение беременных с рубцом на матке является одним из основных резервов снижения числа оперативных родов и существенным вкладом в снижение материнской заболеваемости и смертности за счет снижения частоты повторных оперативных вмешательств.
9. При ведении родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке в раннем послеродовом периоде показано ручное обследование полости матки.

Литературные источники

1. Ананьев В. А., Побединский Н. М. // Акушерство и гинекология. – 2003. - № 3. – С. 61-63.
2. Габидуллина Р. И. Рубец на матке после кесарева сечения: Автореф. дис. …д-ра. мед. наук. – М., 2004.
3. Норвитц, Эррол Р., Шордж Джон, О. Наглядные акушерство и гинекология / Эррол Р. Норвитц, Джон О. Шордж: Пер. с англ. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. С. 132-133.
4. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Кузьмина Т. Е. Беременность и роды после кесарева сечения. – М., 2003.
5. Савельева Г. М., Курцер М. А., Клименко П. А. и др. // Акушерство и гинекология. – 2005. - № 3. – С. 3-7.

УДК: 616.62-002-089.11

Сильчук Н.А., Корсак В.Э, Нечипоренко А.Н.
Учреждение здравоохранения «Гродненская университетская клиника», Гродно, Беларусь
Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА

Актуальность. Формой рецидивирующего цистита является посткоитальный цистит – развивающийся в течение 1-2 суток после полового акта у женщин. Достоверно доказано чем выше половая активность, тем чаще возникает цистит, особенно у женщин у которых встречаются следующие анатомические особенности [3].

Анатомическими предпосылками к возникновению посткоитального цистита могут являться: зияние наружного отверстия уретры, расстояние от клитора до наружного отверстия уретры более 3 см, высокое открытие наружного отверстия уретры и его гипермобильность, а также наличие уретрогименальных спаек. Посткоитальный цистит приводит к назначению длительных курсов антибиотикотерапии и повышению резистентности микроорганизмов [1]. Оперативное лечение посткоитального цистита предложено в шестидесятых годах XX века [2] и, в различных модификациях, используется до настоящего времени.

Цель. Улучшить лечение пациенток с посткоитальным циститом хирургическим путем, создавая благоприятные анатомические условия для проведения адекватной терапии.

Материал и методы исследования. С 2017 года в клинике урологии Гродненского государственного медицинского университета находилось на лечении 28 пациенток с посткоитальным циститом. Возраст пациенток колебался от 20 до 44 лет. До поступления в клинику пациентки безуспешно лечились амбулаторно в течении 9 – 120 месяцев. При осмотре на гинекологическом кресле оценивали состояние слизистой преддверия влагалища, расположение наружного отверстия уретры, наличие уретрогименальных спаек, расстояние от клитора до наружного отверстия уретры, проводили пробу О'Донелл–Хиршхорна. Способ проведения: два пальца введены во влагалище. Наружное отверстие уретры может начать зиять и всегда смещается ко входу во влагалище, на его переднюю стенку. Такая ситуация расценивается как положительная проба. При цистоскопии у всех выявлены очаги лейкоплакии. Всем пациенткам выполнена электрокоагуляция очагов лейкоплакии и транспозиция уретры в собственной модификации.

Результаты. У всех пациенток расстояние от клитора до наружного отверстия уретры превышало 3 см. Проба О'Донелл–Хиршхорна положительная. У 26 пациенток были выявлены уретрогименальные спайки. Результаты оперативного лечения оценивали через 1, 3 и 12 месяцев после операции.

У 26 пациенток в течении 3-36 месяцев наблюдения (из них 22 наблюдаются не менее 12 месяцев) рецидивов цистита, связанных с половым актом, не было, проба О'Донелл-Хиршхорна – отрицательная.

Интраоперационных осложнений не отмечено. При контрольной цистоскопии через 3 месяца после операции рецидивов лейкоплакии слизистой мочевого пузыря не выявлено.

У 2-х пациенток развилось осложнение в позднем послеоперационном периоде в виде несостоятельности заднего полукольца наружного отверстия уретры с сохранением сформированного мостика, что потребовало хирургической коррекции.

Выводы.

1. Обязательный осмотр на гинекологическом кресле с оценкой анатомического строения влагалища и наружного отверстия уретры, с последующим проведением пробы О'Донелл-Хиршхорна позволяет провести отбор пациенток для оперативного лечения
2. Выполнение цистоскопии позволяет выявить лейкоплакию слизистой мочевого пузыря
3. Оперативное лечение посткоитального цистита в виде транспозиции уретры технически не сложно
4. При выявленной лейкоплакии слизистой мочевого пузыря операция должна быть дополнена трансуретральной электрокоагуляцией очагов лейкоплакии
5. Малое количество наблюдений требует дальнейшего продолжения исследований

Литература

1. Комяков, Б. К. Экстравагинальная транспозиция уретры в лечении посткоитального цистита / Б. К. Комяков // Урология. – 2013. - №5. – С. 12-14.
2. O'Donell, R. P. Chronic honeymoon cystitis correction by surgery / R. P. O'Donell // Br. J. Sex Med. 1978;5(37):20.
3. Комяков, Б. А. Урология. 2-е издание – 2018.- С. 234-236

УДК 316.361.1

Абрамов Б.Э., Сквира И.М.
Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

И БУДЕМ ТЕПЕРЬ ПОЧКОВАТЬСЯ…(В.С. Высоцкий)

На одной из лекций директор Института демографии НИУ «Высшая школа экономики», доктор экономических наук Анатолий Вишневский сказал, что сегодня мир переживает едва ли не самую главную и самую бескровную революцию – демографическую. Что же происходит? Снижаются и смертность, и рождаемость. За всю историю человечества всегда высока была смертность и, чтобы оставить после себя потомство, женщина должна непрерывно и безостановочно рожать. Была родильной машиной. При этом население практически не росло – из-за высокой смертности. В лучшем случае на смену каждой паре приходила новая пара. В России в 1928 году, по выражению Иосифа Сталина, был «год великого перелома». Он имел в виду коллективизацию, но произошёл и демографический перелом. Тогда из 1000 родившихся младенцев умирало 100. (Сейчас в России умирает 6 детей из тысячи). После 1933 года численность населения сократилась, и в 1936 году было принято решение о запрещении абортов. Началась война, во время которой рождаемость рухнула и больше не восстановилась. При этом была очень высокая смертность, поэтому Россия стала одной из первых стран, которая в 1960-х годах достигла показателей по невоспроизводству себя – он был меньше единицы. Для воспроизводства должно рождаться 2,1–2,15 ребёнка в среднем на одну женщину, но далеко не у всех сейчас есть хотя бы двое. Сейчас это положение сохраняется во всех развитых странах. Рождаемость выше только в Израиле [1].

За последние 20 лет численность населения Беларуси уменьшилась почти на полмиллиона человек. Наше государство всячески стимулирует рождаемость, власти призывают женщин рожать по 3–4 ребенка, представляя ряд существенных льгот и социальную поддержку, но преодолеть демографический кризис пока не удается. По данным Национального статистического комитета, численность населения Беларуси на начало 2018 года составляла около 9, 49 млн человек, в 1996 году – 10, 177 млн человек. Тенденция к сокращению населения наблюдается и у на-

ших соседей. Специалисты сходятся во мнении, что это отголосок Великой Отечественной войны, которая принесла нам колоссальные людские потери, учитывая не только погибших и умерших, но и не родившихся. В первой половине 1940-х годов в СССР появилось очень мало детей. Когда это поколение вступило в демографический возраст, неминуемо произошел спад рождаемости. Следующая демографическая яма пришлась на 1990-е – она усугубилась падением уровня жизни и обнищанием населения. Теперь мы приблизились к третьему провалу – в репродуктивный возраст вступило малочисленное поколение 1990-х. как ни стимулируй, но малое число женщин не могут родить столько же детей, сколько предыдущее многочисленное поколение [2].

Забота о рождаемости отвлекает от другой демографической проблемы – высокой смертности. В 1993 году впервые за весь послевоенный период смертность превысила рождаемость, и в стране началась депопуляция, то есть, сокращение численности населения. В 2000 году число умерших превысило число родившихся в 1,5 раза. При этом многие люди по разным причинам стали умирать еще в работоспособном возрасте., а средняя продолжительность жизни увеличивается не так быстро, как хотелось бы. Лишь в 2015 году родились 119 тыс. детей. Такой рождаемости не было с 1994 года. Хотя уже в 2017 году в стране родилось только 102,5 тыс. детей. В 2014–2015 годах удалось немного поправить общую демографическую ситуацию за счет миграционных потоков, главным образом из Украины, России и Казахстана. Однако из нашей страны молодые люди тоже уезжают.

Согласно свежей статистике, каждый 10-й россиянин предпочитает находиться в состоянии «чейлдфри», то есть, не планирует заводить детей. С 1970-х годов во многих европейских странах люди стали по-новому планировать свою жизнь, в том числе выбирать время для рождения детей. В проекте у подавляющего большинства есть семья и дети. Но руководствуются люди при этом не тем, как бы улучшить демографию в стране, а своими интересами и комфортом.

Общество, в котором мы живем – молодежное, и это оправдано. В этом смысл демографической революции. Она освободила людей, и, в частности, женщин, от непосильного бремени непрерывных родов. Без особых последствий. Потому что население никогда особенно быстро не росло, за исключением периода, предшествовавшего демографической революции, когда смертность падала, как сейчас происходит в Африке. Это создает другие проблемы, с которыми столкнулся развивающийся мир и с которыми столкнулся и жёстко поборол их Китай. Демографическая революция без плакатов, без выстрелов, будучи такой тихой и не столь заметной, в корне изменила общество [1].

Средний возраст женщины при рождении первенца в Беларуси в последние годы увеличился и составляет 26,5 года. 10 лет назад впервые рожали в 20–22 года. При этом средний возраст матери в стране составляет 29,2 года. На конгрессе «Мама PRO», который прошел в мае 2018 года в Гомеле, главный акушер-гинеколог МЗ РБ Светлана Нагибович констатировала, что это общемировая тенденция и решающую роль здесь играют социальные факторы, такие как стремление к гендерному равенству. «Женщины хотят прежде всего получить диплом, образование, самоутвердиться в карьере, а затем уже осознанно планируют беременность. Конечно, нам хотелось бы, чтобы женщины рожали пораньше. Репродуктивный возраст в РБ определен и составляет 49 лет, но 35 лет – это уже тот возраст, в котором увеличиваются риски генетических заболеваний», – отметила специалист [2].

В апреле 2018 года Информационно-аналитический центр при Администрации президента провел республиканский социологический опрос молодых белорусов. Были опрошены почти 1,5 тыс. респондентов. Согласно результатам исследования 61% молодых людей назвали в качестве своей главной жизненной цели создание счастливой семьи, а 48% опрошенных – рождение и воспитание детей. При этом в последнее время, женщины, которые могут иметь много детей, ограничиваются одним-двумя. В основном это зависит от экономической ситуации [2].

Немаловажный фактор увеличения общего количества детей в стране – лечение бесплодия. Экспертами ВОЗ 20 лет назад было доказано, что, если в стране фиксируется 15% бесплодных пар, демографические показатели государства ухудшаются [2].

Безусловно семьи с детьми должно всячески поддерживать государство, но исторически сложилось так, что рождаемость начинает снижаться с более зажиточных слоев, которые более образованы и более свободны в выборе своего жизненного пути.

Традиционная позиция церкви к абортам понятна. Однако совершенно наивно представлять, что если запретить аборты, то рождаемость повысится. В Польше, например, аборты запрещены, но рождаемость там еще ниже, чем в России. Сейчас у нас женщины регулируют рождаемость в основном не с помощью абортов, а с помощью контрацепции. Мы практически достигли европейского уровня по числу нежелательных зачатий. Может быть, кроме отговаривания от абортов беременных женщин, следуют просвещать людей, чтобы научить планировать беременность [1]. Президент США Д.Трамп, выступая 4 января 2020 года перед своими сторонниками в Майами (штат Флорида), сказал, что будет просить Конгресс о запрещении абортов на поздней стадии беременности.

Современные представления о счастливой жизни, то они сформированы в обществе потребления, основная черта которого – максимальное получение удовольствий в единицу времени: массовая погоня за материальными благами, одержимость приобретения новых веществ, эскалация искусственных потребностей. Соответствие быстро меняющейся моде стало важнейшим показателем жизненной самостоятельности человека, источником и мерилом его счастья. Учеба, работа, дружба, любовь ценятся лишь постольку, поскольку они позволяют удовлетворить безразмерно растущие потребительские аппетиты. Подобное общество возникло не только вследствие развития рыночной экономики, но и как результат утраты религиозной веры. О чем говорить, если у нас половина заключаемых браков не доживает до года! Безответственность – основа внебрачного сожительства. Однополая и прочих «изысков» любофф, представляются вариантами нормы, бездетность или малое число детей в семье не вызывает ни смущения, ни беспокойства. Семья является прямой угрозой потребителям удовольствий. Ведь семейные отношения могут существовать, не рушиться, а развиваться только за счет постоянной борьбы с эгоизмом – у мужа и жены, родителей и детей. Семья предполагает, что люди согласны делить между собой и радости, и скорби, терпеть недостатки друг друга, жертвовать чем-то своим ради общего блага. Семья – это крест, на котором муж и жена сораспинаются друг другу. С христианской точки зрения правильно понятая и построенная семья является не препятствием на пути к счастью, а одним из важнейших условий и способом его достижения [4, 5]. В начале 1990-х случился настоящий обвал нравов, общее грехопадение. Так бывает, когда ломается общественное устройство и временно снимаются все табу. Но человеческая цивилизация держится именно на табу и запретах. Если их отменить, мы очень быстро вернемся в первобытное состояние [3].

XXI век принес свои ценности. Главная из них – ценность каждой человеческой жизни. Постараться максимально продлить её, создав при этом людям благоприятные условия – это и есть самое настоящее сбережение народа.

Литературные источники

1. Савицкая, В. Если бы Калашников был многодетным – не было бы автомата / В. Савицкая // Собеседник. – 2019. – № 47. – С. 9.
2. Первунин, В. Таблица размножения / В. Первунин // Аргументы и факты в Белоруссии. – 2018. – № 36. – С. 7.
3. Оберенко, В. В СССР все было по любви / В. Оберенко // Аргументы и факты в Белоруссии. – 2019. – № 14. – С. 4.
4. Абрамов, Б.Э. Выбраковка брака / Б.Э. Абрамов, И.М. Сквира // Урогенитальные инфекции в акушерстве и гинекологии. Современные возможности диагностики и лечения: Матер. Респ. науч.-практ. конф. с межд. участ. в Гомеле 29 марта 2019 года. – Мн.: «Профессиональные издания», 2019. – С. 9–13.
5. Елопов, А. «Еще один секрет счастья…» / А. Елопов // Советский район. – 2018. – № 27. – С. 17.

Научное электронное издание

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Ответственный за выпуск *О.А. Гурская*
Компьютерная верстка *С.В. Каулькин*

Системные требования
Электронный сборник. Формат PDF
Дата размещения на сайте
Сайт: medianorma.by/ugi
Свободный режим доступа
Объём 4,6 Мбайт

Издательское частное унитарное предприятие
«Профессиональные издания».
Ул. Кнорина, 17, 220049, г. Минск, Республика Беларусь.