

И. В. Коваленко-Башмакова, Ю. Н. Гайшун

Научный руководитель: к. м. н., доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ДОКОВИДНЫЙ И ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД

Введение

Главной задачей современной медицины является предупреждение, своевременная диагностика и лечения инфекционных заболеваний. В последние годы возросла роль охраны репродуктивного здоровья женщин [1]. Несмотря на высокий уровень развития медицинской помощи, оказываемой женскому населению, урогенитальные инфекции (далее – УГИ) остаются социально значимой проблемой акушерства и гинекологии.

В период гестации УГИ могут стать причиной таких осложнений, как хориоамнионит, задержка внутриутробного развития и внутриутробное и интранатальное инфицирование плода, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде. Причиной возникновения УГИ чаще являются такие микроорганизмы, как уреоплазма, микоплазма, стрептококки, эшерихии, клебсиеллы, хламидии, гонококки и др. [2].

Коронавирусная инфекция (COVID-19) – инфекционное заболевание, вызываемое вирусом SARS-CoV-2. Известно, что при попадании коронавирусной инфекции в организм, как в острой фазе, так и после нее, могут отмечаться обострения уже имеющихся у женщины хронических заболеваний либо развитие новых, в особенности на фоне проходящих на фоне беременности иммунологических изменений [3].

Цель

Оценить структуру и частоту УГИ у беременных женщин в зависимости от срока гестации в доковидный и постковидный период.

Материал и методы исследования

Методической основой исследования явилось выборочное единовременное наблюдение. Ретроспективно были проанализированы 6000 индивидуальных карт беременных и родильниц, наблюдавшихся в период с 2017 по 2022 год на базе учреждения здравоохранения «Бобруйский родильный дом» – женская консультация № 2.

Статистическая обработка производилась с помощью компьютерной программы Microsoft Office Excel 2019, а также с использованием программы MedCalc10.2.0.0. Для получения научно обоснованных результатов подготовленные данные подвергли статистическому анализу. Выявление и изменение связи между изучаемыми признаками осуществлялось с применением методов непараметрической статистики (U-критерий Манна–Уитни) использующийся для сравнения выраженности показателей в двух несвязных выборках. Для сравнения между собой распределения признаков использовали критерий соответствия χ^2 Пирсона. При сравнении результатов статистически значимыми считали различия при критическом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Все женщины были поделены на 2 группы для последующего исследования. К первой группе были отнесены 3000 женщин, проходивших обследование с 2017 по 2019 года,

при этом количество родов составило 86,5% (n=2595). Во второй группе с 2020 по 2022 год количество родов составило 84,5% (n=2535). Следует отметить, что во второй группе исследования 14,3% (n=429) беременных перенесли инфекцию Covid-19 и лишь 3,57% (n=107) были привиты от коронавирусной инфекции. Средняя медиана возраста в первой группе составила 28 (23,0; 32,5) лет, во второй 28 (24,0; 33,0) лет, что не имело статистически значимых различий.

При сравнительном анализе структуры и частоты инфекций, передающихся половым статистически значимые различия выявлены лишь для хламидиоза, так в первой группе исследуемых 2,1% (n=61) и во второй группе – 2,9% (n=87) ($\chi^2=4,97$, $p=0,037$), что соответствует увеличению в 1,4 раза заболеваемости хламидиозом в постковидный период. Однако, статистически значимые различия не были выявлены для частоты заболеваемости гонореей, трихомониазом и ВИЧ-инфекцией.

При сравнительном анализе структуры УГИ в первом триместре беременности было установлено, что в 1,2 раза увеличилось число заболеваний цервицита, при этом в первой группе исследования 5,4% (n=164) и во второй группе – 6,9% (n=209) ($\chi^2=5,53$, $p=0,018$). Статистический анализ заболеваемости аэробным вагинитом у беременных женщин выявил увеличение в 1,2 раза заболеваемости во второй группе 7,8% (n=233) по сравнению с первой группой – 9,6% (n=289) ($\chi^2=6,34$, $p=0,011$). Однако, при проведении сравнительного анализа частоты заболеваемости первой – 1,5% (n=46) и второй – 1,4% (n=42) групп исследуемых беременных бактериальным вагинозом не имеет статистически значимых различий в доковидный и постковидный период.

Сравнительный анализ структуры УГИ во втором триместре выявил увеличение заболеваемости аэробным вагинитом во второй группе исследования – 6,7% (n=202) по сравнению с первой группой – 5,2% (n=155) в 1,3 раза ($\chi^2=6,34$, $p=0,011$). Аналогичный вывод можно сделать и для выявления гестационного пиелонефрита в первой – 3,4% (n=103) и второй – 4,7% (n=142) группе исследования ($\chi^2=6,14$, $p=0,013$). При этом проводимый сравнительный анализ частоты встречаемости цервицита у первой – 2,9% (n=87) и второй – 3,1% (n=94) групп, а также бактериального вагиноза у первой – 1,1% (n=32) и второй – 1,2% (n=36) группы исследования, бессимптомной бактериурии в первой – 0,7% (n=22) и второй – 1,1% (n=34) группах статистически значимых различий не выявил.

При статистической обработке данных о заболеваемости УГИ в третьем триместре было выявлено преобладание в 1,2 раза аэробного вагинита во второй группе исследования – 7,0% (n=211) по сравнению с первой – 5,7% (n=171) ($\chi^2=4,25$, $p=0,039$). Однако, сравнительный анализ в первой – 2,6% (n=79) и второй – 2,1% (n=64) группе заболеваемости беременных цервицитом, а также частоты встречаемости бактериального вагиноза для первой – 0,4% (n=13) и второй – 0,8% (n=24) групп, бессимптомной бактериурии для первой – 0,9% (n=28) и второй – 1,2% (n=37) группы исследования статистически значимых различий не выявил.

Выводы

Проведенный анализ массива данных позволяет сделать вывод о том, что лидирующую позицию в структуре заболеваемости УГИ беременных на разных сроках гестации в постковидный период занимает аэробный вагинит, как в первом ($p=0,011$), так и во втором ($p=0,011$) и в третьем ($p=0,039$) триместрах беременности соответственно.

Постковидный период характеризуется увеличением числа выявления гестационного пиелонефрита у беременных 2 триместра ($p=0,013$), а также этот период характеризуется увеличением числа беременных с цервицитом ($p=0,018$) в первом триместре беременности и хламидийной инфекцией ($p=0,037$).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о необходимости прегравидарной подготовке беременных, а также в активном проведении санитарно-просветительной работы врачами акушерами-гинекологами на амбулаторном этапе медицинской помощи женскому населению. Своевременное проведение профилактических мероприятий (вакцинации) позволит предупредить развитие инфекционных респираторных заболеваний и тем самым уменьшить негативное их влияние на течение УГИ у беременных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Интернет-портал министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/>. – Дата доступа: 14.03.2023.
2. Тютюнник, В. Л. Терапия урогенитальных инфекций в период беременности / В. Л. Тютюнник, Н. Е. Кан, Н. А. Ломова, М. К. Меджидова // МС. – 2017. – № 2. С. 62–65.
3. Мирзозода, Г. С. COVID-19 и репродуктивное здоровье женщин / Г. С. Мирзозода, М. Ф. Додхоева, Р. А. Абдулаева // Вестник Авиценны. – 2022. – № 3. – С. 385–393.

УДК 618.2/.4:[618.6:616.8–008.64]–06

Д. Д. Конопляник, Н. С. Денисенко, А. А. Солдатова

Научный руководитель: заведующий кафедрой, к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ

Введение

В современном мире существует множество факторов, способных неблагоприятно влиять на развитие беременности. К ним относятся медицинские и социально-демографические показатели: возраст и образ жизни родителей, вредные привычки, хронические заболевания, профессиональные вредности, отношение матери к беременности, течение беременности и родов [1].

Также одним из важных факторов является эмоционально-психологическая нагрузка [2]. Научные исследования в этой сфере свидетельствуют о том, что большую роль в развитии осложнений беременности и родов, а также осложнений в послеродовом периоде играет психоэмоциональное состояние женщины [3].

Принято считать, что психоэмоциональные нарушения встречаются с одинаковой частотой как у беременных, так и у небеременных женщин. Но сама беременность и роды – стресс для женщины, который некоторые исследователи называют кризисной ситуацией [3].

Таким образом, беременные женщины находятся в группе риска по развитию нервно-психических расстройств [2].

Многие исследования говорят о том, что депрессивные расстройства являются самыми распространенными нервно-психическими патологиями у женщин в послеродовом периоде [2].

Также в 2006 году комитет АCOG (The American College of Obstetricians & Gynecologists) стал говорить о необходимости скрининга психосоциальных нарушений у беременных в течение всей беременности и в послеродовом периоде [4].

Цель

Оценить риск развития послеродовой депрессии (ПРД) у беременных и родильниц.