

ружения *Streptococcus agalactiae* применяют полимеразную цепную реакцию, метод масспектрометрии и культуральный метод. Согласно Постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 № 17 клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» все беременные на сроках 34–36 недель беременности подлежат обязательному бактериоскопическому обследованию отделяемого влагалища и прямой кишки на *Streptococcus agalactiae*, определению чувствительности данного микроорганизма к антибиотикам. При антибиотикотерапии назначается бензилпенициллин внутривенно — 5 млн ЕД с начала родов, переходя на дозу 2,5 млн ЕД каждые 4 часа до окончания процесса. Уменьшению концентрации или даже полной элиминации стрептококка способствует прием амклава во втором триместре беременности. Если у женщины отягощен аллергологический анамнез, то пенициллины заменяют на клиндамицин, эритромицин, цефазолин, ванкомицин [1]. Одним из способов профилактики является вакцинация беременных. Антитела матери передаются плоду в третьем триместре беременности, поэтому риск развития инфекции находится в обратной зависимости от их концентрации. На сегодня есть трудности в вакцинопрофилактике, потому как генетический состав инвазивных штаммов стрептококка группы В очень разнится, а значит логичнее использование мультивалентной вакцины.

Выводы

Данная проблема актуальна для современного акушерства. Инфицирование новорожденных *Streptococcus agalactiae* несет повышенный риск развития неблагоприятных случаев, а именно: у новорожденных поражения органов дыхания выявляются в 54 %, сепсис — в 27 %, менингит — в 12 %, а риск заболевания доношенного ребенка составляет 1–2 %, недоношенного — 15–20 %, при сроке менее 28 недель беременности — 100 %. Это требует системы скрининга, дородовой профилактики инфицирования данным микроорганизмом новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и профилактика инфекций, вызванных *Streptococcus agalactiae*, у беременных и новорожденных / С. Л. Зацюрская [и др.]. // Педиатр. — 2014. — С. 33.

УДК 618.1-007.44-02-089

ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ: ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Рубан Н. А., Веремеюк К. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Корбут

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Пролапс гениталий — это патологический процесс, при котором наблюдается опущение или выпадение внутренних женских половых органов (влагалища, матки, придатков) [1, 2]. Само заболевание довольно часто встречается в старших возрастных группах — 28–38,9 % [1, 2]. Лечение данного заболевания консервативное или хирургическое. Среди существующих хирургических вариантов лечения часто применяется влагалищная гистерэктомия и «манчестерская операция», а в качестве консервативного лечения — pessarii. Манчестерская операция — сочетание передней кольпорафии,

ампутации шейки матки, укрепления культи шейки матки кардинальными связками и кольпоперинеолеваторопластики [2].

Цель

Определить основные этиологические особенности пролапса гениталий, а также основные пути оперативного лечения.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного пациента, оперированных по поводу опущения и выпадения внутренних половых органов I–IV степени по классификации POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) в гинекологическом отделении УЗ «Гомельская областная клиническая больница» в 2017 г. Качественные признаки нами описаны с помощью доли и ошибки доли n ($p \pm sp\%$). Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, мы использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение ($M \pm SD$), а для не имеющих нормального распределения Me (25; 75 процентиль). Корреляционная связь определялась при помощи коэффициента корреляции Спирмена ($r_s \in [-1; 1]$).

Результаты исследования и их обсуждение

Женщины с пролапсом гениталий имели возраст 67 (63; 69,8) лет, причем диапазон был от 45 до 84 лет. Пациентки находились в менопаузальном периоде, который начинался в 50 (49; 52) лет. Стаж менопаузы составлял 15 (10; 20) лет.

При гинекологическом исследовании пролапс гениталий I степени был диагностирован у 5 (10,9 \pm 4,6 %) больных; пролапс гениталий II степени у 17 (36,9 \pm 7,1 %) пациентов; пролапс гениталий III степени — 17 (36,9 \pm 7,1 %), пролапс гениталий IV степени определялся лишь в 7 (15,2 \pm 5,3 %) случаях.

Паритет беременности для исследуемой группы женщин составил 4,0 \pm 1,7. Корреляционная связь между степенью тяжести и паритетом беременности в нашем исследовании оказалась низкой ($r_s = -0,04$). Паритет родов для этой группы составил 2,3 \pm 0,8. Зависимость между количеством родов и степенью тяжести представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Зависимость между количеством родов и степенью тяжести.

Количество родов	I степень	II степень	III степень	IV степень
1 роды 5 (10,9 \pm 4,6 %), %	0	2,2 \pm 2,2	6,5 \pm 3,6	2,2 \pm 2,2
2 родов 28 (60,9 \pm 7,2 %), %	8,7 \pm 4,2	21,8 \pm 6,1	23,9 \pm 6,3	6,5 \pm 3,6
3 и более родов 13 (28,2 \pm 6,6 %), %	2,2 \pm 2,2	13 \pm 4,9	6,5 \pm 3,6	6,5 \pm 3,6

Корреляционная связь между степенью тяжести и количеством родов в нашем исследовании оказалась низкой ($r_s = -0,19$). Нами установлено, что искусственное прерывание беременности в анамнезе было у 37 (80,4 \pm 5,8 %) обследованных. При этом на одну женщину приходилось 1,7 \pm 1,4 аборта. Зависимость между количеством родов и степенью тяжести представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение пациентов по степени пролапса в зависимости от паритета беременностей

Количество абортов	I степень	II степень	III степень	IV степень
0 абортов 9 (19,6 \pm 5,8%), %	4,3 \pm 3,0	6,5 \pm 3,6	2,2 \pm 2,2	6,5 \pm 3,6
1 аборт 16 (34,8 \pm 7,0%), %	6,5 \pm 3,6	10,9 \pm 4,6	13 \pm 4,9	4,3 \pm 3,0
2 аборта 6 (13,0 \pm 4,9%), %	0	4,3 \pm 3,0	8,7 \pm 4,2	0
3 и более абортов 15 (32,6 \pm 6,9%), %	0	15,2 \pm 5,3	13 \pm 4,9	4,3 \pm 3,0

Корреляционная связь между степенью тяжести пролапса и количеством абортов в нашем исследовании также оказалась низкой ($r_s = 0,07$).

В структуре гинекологической патологии преобладает миома матки 15 (32,6 ± 6,9 %), а также эрозия шейки матки 8 (17,3 ± 5,6 %). Среди соматической патологии у пациенток была выявлена артериальная гипертензия у 45 (97,8 ± 2,2 %) человек; ИБС: атеросклеротический кардиосклероз у 17 (36,9 ± 7,1 %) обследованных. Патология эндокринной системы была диагностирована в виде многоузлового зоба, эутиреоз 6 (13 ± 4,9 %) женщин; сахарного диабета 2-й тип 4 (8,7 ± 4,2). Варикозное расширение вен нижних конечностей осложняло анамнез у 7 (15,2 ± 5,3) женщин. Пациентки, у которых выявили данное заболевание, предъявляли жалобы на нарушение мочеиспускания, что было отмечено у 35 (76,1 ± 6,3 %) женщин, в том числе: недержание мочи — у 17 (36,9 ± 7,1 %) обследованных, затрудненное мочеиспускание — 18 (39,1 ± 7,2 %) человек. Кроме того, женщин беспокоило ощущение инородного тела во влагалище 40 (86,9 ± 4,9 %) человек, дискомфорт при ходьбе 29 (63,1 ± 7,1 %) обследованных, тянущую боль в животе 16 (34,8 ± 7,1 %) пациенток, затруднение дефекации 17 (36,9 ± 7,1 %) пролеченных.

У всех женщин проведено оперативное лечение опущения и выпадения внутренних половых органов (ОиВВП). В зависимости от вида тактики ведения пациенты были распределены на следующие группы:

1-я группа — влагалищная гистерэктомия — 16 (34,8 ± 7,1 %) женщин;

2-я группа — манчестерская операция — 26 (56,5 ± 7,3 %) женщин;

3-я группа — консервативная терапия — 4 (8,7 ± 4,2 %) женщин.

В работе мы также исследовали распределение методов лечения в зависимости от степени пролапса гениталий. Результаты приведены в таблице 3.

Таблица 3 — Тактика в зависимости от степени пролапса гениталий по классификации POP-Q

Группы	I степень	II степень	III степень	IV степень
1-я, %	0	11,8 ± 7,8	47,1 ± 12,1	85,7 ± 13,2
2-я, %	60 ± 21,9	82,4 ± 9,2	47,1 ± 12,1	14,3 ± 13,2
3-я, %	40 ± 21,9	5,8 ± 5,7	5,8 ± 5,7	0

Выводы

В ходе проведенного нами исследования было установлено, что чаще болеют лица пожилого возраста — 67 (63; 69,8) лет. Как правило, эти женщины имеют сопутствующую гинекологическую патологию (50 %), высокий паритет беременности 3,9 беременностей на одну пациентку. Кроме этого, у 80,4 % исследуемых женщин имеется аборт в анамнезе. Одинаково часто у женщин наблюдался пролапс II и III степени (36,9 %) по POP-Q. Исследуемые чаще всего предъявляли жалобы на ощущение инородного тела во влагалище (86,9 %), нарушение мочеиспускания (76,1 %) и дискомфорт при ходьбе (63,1 %). Для лечения при I и II степени заболевания использовалась преимущественно манчестерская операция; при III и IV степени — влагалищная экстирпация матки без придатков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чечнева, М. А. Рациональная концепция комплексного обследования женщин с синдромом тазовой десценции и мочевого инконтиненцией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. А. Чечнева. — М., 2011. — 22 с.
2. Аполихина, И. А. Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические навыки врачей / И. А. Аполихина, Г. Б. Дикке, Д. М. Кочев // Акушерство и гинекология. — 2014. — № 10. — С. 104–110.