

Миопия различных степеней в двух группах встречалась примерно с одинаковой частотой, так в основной группе 7 (20 %) пациенток, в сравниваемой группе — 5 (16,7 %), что статистически не является значимым ($\chi^2 = 0,39$; $p = 0,534$).

Выводы

В результате нашего исследования определена высокая частота сопутствующей патологии у пациенток всех групп. Также нами установлено, что развитию ПЭ способствуют артериальная гипертензия, пиелонефрит, заболевания щитовидной железы, вульвовагинальный кандидоз, а также избыточная масса тела и ожирении до и во время беременности. Пациентки, имеющие аборт в анамнезе чаще встречались в группе с ПЭ. Исходя из этого можно сделать вывод, что хронические заболевания на момент беременности вносят свой вклад в патогенез ПЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации: гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия / ред. совет: Л. В. Адамян [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — С. 72.
2. Kell, D. B. Microbial Component in the Development of Preeclampsia / D. B. Kell, L. C. Kenny // Frontiers in Medicine (Lausanne). — 2016. — № 3. — P. 60–62.
3. Nourollahpour, S. M. Human infectious diseases and risk of preeclampsia/ S. M. Nourollahpour, M. Z. Behboodi, I. A. Adam // Infection. — 2017. — № 45 (5). — P.89–600.

УДК 618.4-036:618.515-008.87

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ ВАГИНАЛЬНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА

Арещенко Ю. В., Воронкова Е. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Генитальная инфекция является важной медицинской проблемой в связи с высокой частотой встречаемости и неуклонным ее ростом, частым переходом острых форм заболевания в хронические, что проявляется в появлении резистентных к лечению форм заболевания [1].

Цель

Выявить особенности течения родов у женщин с аэробным вагинитом и бактериальным вагинозом.

Материал и методы исследования

Ретроспективно было изучено течение родов у 169 женщин, родоразрешенных на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» в период январь-декабрь 2017 г. В зависимости от состояния биоценоза влагалища в I триместре беременности по данным микроскопии отделяемого влагалища при постановке на учет, женщины были разделены на 3 группы: в группу I вошли 56 беременных, у которых был выявлен бактериальный вагинит (уровень лейкоцитов более 20 единиц в поле зрения), в группу II вошла 61 роженица с бактериальным вагинозом, у которых отсутствовала воспалительная реакция, а микрофлора влагалища была представлена кокками, группу III составили 52 женщины без нарушения вагинального микробиоценоза.

Результаты исследования и их обсуждение

Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 25 (44,6 %) женщин в группе I, у 28 (45,9 %) женщин в группе II и у 9 (17,3 %) женщин в группе III ($p_{1,3} = 0,004$, $p_{2,3} = 0,0025$). Срок родоразрешения составил 279 (273, 282) суток в группе I, 278 (274, 282) суток в группе II и 276 (270, 281) суток в группе III ($p_{1,2} = 0,82$, $p_{1,3} = 0,17$, $p_{2,3} = 0,17$). Число преждевременных родов в группе I составило 5 (8,9 %) случая против 1 (1,6 %) в группе II и 2 (3,8 %) случая в группе III ($p_{1,3} = 0,49$, $p_{2,3} = 0,88$). Средняя продолжительность родов через естественные родовые пути среди первородящих в группе I составила 375 (289, 516) минут, в группе II — 350 (295, 430) минут и в группе III 320 (215, 360) минут, что имело значимые различия между группами ($p_{1,2} = 0,5$, $p_{1,3} = 0,03$, $p_{2,3} = 0,13$). Средняя продолжительность первого периода у первородящих в группе I составила 345 (251, 480) минут, а в группе II — 300 (260, 370) минут и в группе III 280 (180, 340) минут, что также имело статистически значимые различия между группами ($p_{1,2} = 0,29$, $p_{1,3} = 0,01$, $p_{2,3} = 0,14$). Продолжительность второго периода среди первородящих в группе I составила 25 (15, 30) минут против 20 (13, 30) минут в группе II и 13 (10, 20) минут в группе III ($p_{1,2} = 0,5$, $p_{1,3} = 0,008$, $p_{2,3} = 0,04$). По продолжительности третьего периода группы значимо не различались, в группе I последовый период длился 10 (10, 10) минут, в группе II — 10 (10, 10) минут и в группе III 10 (10, 10) минут ($p_{1,2} = 0,65$, $p_{1,3} = 0,38$, $p_{2,3} = 0,19$). Средняя продолжительность родов через естественные родовые пути среди повторнородящих в группе I составила 277 (145, 360) минут, в группе II — 275 (227, 372) минут и в группе III 277 (160, 360) минут, что не имело значимых различий между группами ($p_{1,2} = 0,56$, $p_{1,3} = 0,77$, $p_{2,3} = 0,82$). Средняя продолжительность первого периода у повторнородящих в группе I составила 190 (90, 335) минут, а в группе II — 250 (200, 342) минут и в группе III 240 (140, 340) минут, что также не имело статистически значимых различий между группами ($p_{1,2} = 0,27$, $p_{1,3} = 0,38$, $p_{2,3} = 0,77$). Продолжительность второго периода среди повторнородящих в группе I составила 10 (10, 14) минут против 10 (10, 22) минут в группе II и 10 (10, 25) минут в группе III ($p_{1,3} = 0,71$, $p_{1,2} = 0,73$, $p_{2,3} = 0,87$). По продолжительности третьего периода группы значимо не различались, в группе I последовый период длился 10 (10, 10) минут, в группе II — 10 (10, 10) минут и в группе III 10 (10, 10) минут ($p_{1,2} = 0,97$, $p_{1,3} = 0,59$, $p_{2,3} = 0,77$). Кровопотеря в родах через естественные родовые пути значимо больше у женщин с вагинитом и составила 250 (200, 250) мл в группе I, 250 (200, 270) мл в группе II и 250 (200, 250) мл в группе III ($p_{1,2} = 0,13$, $p_{1,3} = 0,58$, $p_{2,3} = 0,53$). Кровопотеря в ходе кесарева сечения составила 600 (550, 600) мл в группе I, 600 (550, 600) мл в группе II и 600 (525, 700) мл в группе III ($p_{1,2} = 0,67$, $p_{1,3} = 0,7$, $p_{2,3} = 0,93$). Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 25 (44,6 %) женщин в группе I, у 28 (45,9 %) женщин в группе II и у 9 (17,3 %) женщин в группе III ($p_{1,3} = 0,004$, $p_{2,3} = 0,0025$). В группе I течение родов осложнялось разрывами влагалища у 23 рожениц (41 %), у 25 женщин в группе II (40,9 %) и у 3 пациенток в группе III (5,7 %), ($p_{1,3} = 0,0001$, $p_{2,3} = 0,0001$).

Выводы

У женщин с вагинитом и вагинозом значимо чаще роды осложняются преждевременным разрывом плодных оболочек ($p_{1,3} = 0,004$, $p_{2,3} = 0,0025$), травматизмом мягких тканей родовых путей ($p_{1,3} = 0,0001$, $p_{2,3} = 0,0001$), увеличивается общая продолжительность родов ($p_{1,2} = 0,5$, $p_{1,3} = 0,03$, $p_{2,3} = 0,13$), в том числе длительность первого ($p_{1,2} = 0,29$, $p_{1,3} = 0,01$, $p_{2,3} = 0,14$) и второго III ($p_{1,2} = 0,5$, $p_{1,3} = 0,008$, $p_{2,3} = 0,04$) периода родов.

Лечение вагинита и вагиноза с I триместра позволит снизить риск осложнений течения беременности и родов для матери и ребенка

ЛИТЕРАТУРА

1. Бактериальный вагиноз и аэробный вагинит как основные нарушения баланса вагинальной микрофлоры. Особенности диагностики и терапии / А. М. Савичева [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2017. — № 5. — С. 24–31.