

была кишечная палочка, у 7 — трихомонады, у 22 — гонококки, у 14 — стрептококки и стафилококки с преобладанием одного из возбудителей, и у 34 женщин это была смешанная флора, которая включала: гонококки и стафилококки, стрептококки в 11 результатах; кишечная палочка с стафилококками и стрептококками у 18 женщин; у двух трихомонады с условно патогенной флорой в обильном количестве; у 3 — гонококки с стафило- и стрептококками. Во всех исследованных результаты бак. посевов из БЖ полностью отображал результаты флоры влагалища.

Выводы

По данным нашей работы частота бартолиниты составила 15,9 %, а рецидивирующего Б среди всех случаев — 19,8 %. Чаще бартолитит встречается у женщин возрастной группы 20–25 лет (39,5 %), 25–30 г. (28,1 %), 16–20 г. (17,7 %), что связано с наибольшей сексуальной активностью в этом возрасте, более частой сменой половых партнеров и в связи с этим большей вероятностью инфекционной генитальной патологии. Возбудителями у 33 женщин была кишечная палочка, у 7 — трихомонады, у 22 — гонококки, у 14 — стрептококки и стафилококки с преобладанием одного из возбудителей, и у 34 женщин это была смешанная флора, которая включала: гонококки и стафилококки, стрептококки в 11 результатах; кишечная палочка с стафилококками и стрептококками у 18 женщин; у двух трихомонады с условно патогенной флорой в обильном количестве; у 3 — гонококки с стафило- и стрептококками. Во всех исследованных результаты бак. посевов из БЖ полностью отображал результаты флоры влагалища.

УДК 618.33-022-07-018

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Черепок Е. В., Лаврентикова Е. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Внутриутробная инфекция (ВУИ) является одной из важнейших медико-социальных проблем в современном акушерстве и перинатологии. Особое ее значение обусловлено высоким уровнем заболеваемости беременных, рожениц и родильниц с поражением плодов и новорожденных, значительной долей бактериально-вирусных заболеваний в структуре материнской смертности и неблагоприятных перинатальных исходов. ВУИ развивается у 27,4–36,6 % детей, рожденных живыми, а в структуре смертности новорожденных инфекционная патология занимает одно из ведущих мест, обуславливая от 11 до 45 % гибели детей.

Цель

Выявить наиболее часто встречаемые варианты ВУИ и определить их связь с инфекционными урогенитальными и экстрагенитальными заболеваниями матери, а также другими предрасполагающими факторами, которые могли повлиять на развитие ВУИ плода и новорожденного.

Материал и методы исследования

На базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» проведен ретроспективный анализ 140 историй родов, данные обменных карт (100 из них — истории матерей, родивших детей с имеющимся диагнозом ВУИ, 40 — истории матерей, ро-

дивших детей без ВУИ), 100 историй развития новорожденных, находившихся в отделении реанимации с диагнозом ВУИ, 40 историй развития новорожденных без ВУИ за 2018–2019 гг., 40 амбулаторных карт детей первого года жизни. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программ «Microsoft Excel 2016», «Med-Calc 10.2.2.0». Сравнение количественных результатов проведено с помощью критерия Манна — Уитни (U), достоверность различий в сравниваемых группах по качественным показателям определена с помощью непараметрического критерия χ^2 . Статистически значимыми считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст женщин основной группы составил 28 (25; 33) лет, у женщин контрольной группы — 27 (24; 32) лет, (U = 1927; $p = 0,8$).

Осложнения беременности наблюдались у 53 (53 %) женщин основной группы и у 24 (60 %) контрольной группы ($\chi^2 = 0,56$; $p = 0,45$). С одинаковой частотой в группах были представлены пациенты с вагинитом 56 (56 %) — в основной, 20 (50 %) — в группе сравнения ($\chi^2 = 0,4$; $p = 0,52$). ОРИ чаще встречались в группе сравнения — 17 (42,5 %) против 25 (25 %) женщин основной группы ($\chi^2 = 4,1$; $p = 0,04$); инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) наблюдались чаще в контрольной группе — у 7 (17,5 %) и у 6 (6 %) женщин основной группы ($\chi^2 = 4,45$; $p = 0,03$); токсокоз — у 5 (5 %) женщин основной группы и у 6 (15 %) группы сравнения ($\chi^2 = 3,9$; $p = 0,04$), преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) — у 21 (21 %) женщин основной группы и у 17 (42,5 %) контрольной группы ($\chi^2 = 6,63$; $p = 0,01$).

Средняя продолжительность безводного промежутка составила в основной группе 177,5 (0; 365) минут, в контрольной — 185 (7,5; 372,5) минут (Z = -0,29; $p = 0,29$).

У 100 новорожденных основной группы наиболее встречаемой оказалась врожденная пневмония — 96 (96 %) новорожденных. У 11 (11 %) — врожденный ринит, у 5 (5 %) — врожденный везикулез. У 71 (74 %) новорожденных с врожденной пневмонией не отмечалось дыхательной недостаточности, у 15 (16 %) наблюдалась ДН 1 степени, у 7 (7,2 %) — ДН 2 степени и у 6 (6,2 %) — ДН 3 степени.

В состоянии умеренной асфиксии родились 23 (23 %) ребенка из основной группы и ни одного новорожденного из контрольной ($\chi^2 = 23$; $p = 0,0001$). При этом на 5 минуте у 18 (18 %) новорожденных асфиксия сохранялась.

Количество лейкоцитов в общем анализе крови у новорожденных с ВУИ составило 27,1 (23; 32) $\times 10^9$ /л, у новорожденных без ВУИ — 24,6 (22,3; 29,2) $\times 10^9$ /л (U = 1685; $p = 0,14$).

Уровень С-реактивного белка в плазме крови был определен у 19 (19 %) новорожденных с ВУИ составил 24,9 (12,4; 34,6) мг/л и у 2 (5 %) детей контрольной группы — 3,3 (2,1; 4,6) мг/л (U = 2,0; $p = 0,03$).

При гистологическом исследовании плацент у 82 (82 %) женщин основной группы и у 25 (62,5 %) контрольной группы наблюдались воспалительные изменения ($\chi^2 = 7,46$; $p = 0,006$): хориоамнионит и хориодецидуит — у 82 (82 %) женщин основной группы и у 22 (88 %) контрольной группы ($\chi^2 = 10,8$; $p = 0,001$); омфаловаскулит — у 14 (17 %) женщин основной группы и у 1 (4 %) контрольной группы ($\chi^2 = 3,92$; $p = 0,04$); виллузит — у 3 (3,6 %) женщин основной группы и у 2 (4 %) контрольной группы ($\chi^2 = 0,32$; $p = 0,56$).

Расстройства кровообращения в плаценте выявлены у 49 (49 %) пациентов основной группы и у 8 (20 %) — контрольной группы ($\chi^2 = 18,9$; $p = 0,0001$); инфаркты — у 40 (81,6 %) женщин основной группы и у 4 (50 %) — контрольной группы ($\chi^2 = 11,8$; $p = 0,0006$). Дистрофические изменения в плацентах наблюдались у 48 (48 %) женщин основной группы и у 3 (7,5 %) — контрольной группы; петрификаты — у 10 (24 %) женщин основной группы и у 3 (7,5 %) контрольной группы ($\chi^2 = 4,27$; $p = 0,03$); массовые выпадения фибрина — у 38 (77,5 %) женщин основной группы и у 3 (7,5 %) контрольной группы ($\chi^2 = 15,1$; $p = 0,0001$).

Удалось проанализировать состояние здоровья 40 детей, родившихся с ВУИ. У 26 (65 %) наблюдались заболевания дыхательной системы, структура которых следующая: ОРИ — у 19 (73 %) детей, обструктивный бронхит — у 11 (42,3 %) детей, острый фарингит — у 8 (30,7 %), острый бронхит — у 7 (27 %), острый ринофарингит — у 5 (19,2 %), острый трахеит — у 4 (15,3 %), острый ринит — у 3 (11,5 %) и у 1 (3,8 %) ребенка — атопический дерматит.

Выводы

Наиболее частой патологией у детей, находящихся в отделении реанимации, являлась врожденная пневмония — 96 %, в каждом третьем случае протекающая с дыхательной недостаточностью. Высокий процент асфиксии при рождении ($p = 0,0001$) может являться как признаком проявления ВУИ, так и фактором риска реализации ВУИ, что требует дифференциальной диагностики асфиксии при рождении. На первом году жизни у этих детей (65 %) наблюдались острые заболевания органов дыхательной системы.

Вагинит, острые респираторные инфекции и инфекции мочевыводящих путей могут значительно увеличивать риск реализации ВУИ у плода. Однако, в связи с их ранней диагностикой и своевременным лечением, данные заболевания не оказали существенного влияния на реализацию ВУИ у плода в контрольной группе.

Значимо чаще в плацентах пациентов основной группы наблюдались воспалительные изменения ($p = 0,006$), в результате чего развивались расстройства кровообращения ($p = 0,0001$); инфаркты ($p = 0,0006$); петрификаты ($p = 0,03$), а также массовые выпадения фибрина ($p = 0,0001$).

УДК 618.11-006.2-07-8

ПРИНЦИПЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Швабо Ю. В., Василевская О. И.

Научный руководитель: ассистент Е. С. Зарецкая

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Синдром поликистозных яичников (далее СПКЯ) — одно из наиболее изучаемых заболеваний в гинекологии, гинекологической эндокринологии, репродуктологии. На изучение этой патологии направлены многочисленные фундаментальные и клинические исследования. Вместе с тем клиническая практика диктует необходимость оказывать помощь пациенткам, страдающим СПКЯ, и помогать им в решении проблем, основной из которых, без сомнения, является бесплодие. Кроме того, нарушение менструального цикла, избыточный рост волос, акне, избыточный вес являются симптомами, которые имеются в различных сочетаниях у всех больных с СПКЯ и требуют лечения.

Цель

На основании изучения патогенетических механизмов формирования СПКЯ разработать систему ранней диагностики и комплексной коррекции пациенток с СПКЯ.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 64 историй болезней женщин с диагнозом СПКЯ, наблюдавшихся в УЗ ГОПКЦ.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами было изучено 64 истории болезни женщин, больных синдромом поликистозных яичников, 54 (84,38 %) из которых проживают в городской местности, 10 (15,62 %) —