

2. Тяжелый гестоз, не поддающийся лечению, является важной причиной индуцированных ПР ($p = 0,04$), что требует своевременного прогнозирования и профилактики гестоза с целью снижения количества ПР.

3. Нарушение созревания плаценты может являться фактором, обуславливающим ПР ($p = 0,02$).

4. Необходимо проводить прегравидарную подготовку с выявлением факторов риска ПР и их коррекцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайдиева, З. С. Факторы риска и основные принципы терапии угрожающих преждевременных родов / З. С. Зайдиева, О. И. Михайлова, Е. В. Лукьянова // РМЖ. — 2009. — № 16. — С. 1013–1017.

2. Сидельникова, В. М. Профилактика и лечение угрожающих преждевременных родов / В. М. Сидельникова // Акушерство и гинекология. — 2008. — № 3. — С. 43–47.

УДК 618.15-008.8

ЗНАЧЕНИЕ pH-МЕТРИИ ВЛАГАЛИЩНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ В АКУШЕРСТВЕ

Федюкова Л. Ю., Лапицкая О. С.

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

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

Введение

Приоритетной проблемой в акушерстве и перинатологии остается инфекционная патология. Нарушение микробиоценоза половых путей увеличивает риск осложнений в родах и послеродовом периоде. Развитие инфекции связано с активацией микроорганизмов, входящих в состав нормального микробиоценоза влагалища, что делает необходимым проведение комплексной оценки вагинальной микрофлоры. Инфекционный процесс в половых органах женщины можно не только обнаружить, но и предположить его этиологию с помощью pH-метрии. Чаще возбудителями является условно-патогенные бактерии, которые входят в состав нормальной микрофлоры женщины [1, 2].

Цель

Изучить взаимосвязь данных pH-метрии влагалищных выделений с клинико-лабораторными показателями беременных и с состоянием новорожденных.

Материал и методы исследования

Проспективное исследование 50 женщин, родоразрешенных в родильном отделении Гомельской областной клинической больницы с декабря 2015 г. по январь 2016 г. Проанализированы результаты микроскопии отделяемого из половых путей, pH влагалищного отделяемого, посев на флору и чувствительность к антибиотикам и другие клинические и лабораторные исследования беременных женщин, поступивших в отделение патологии и наблюдательное отделение в 3 триместре беременности. Статистическая обработка: прикладные программы «Microsoft Office»: качественных — Me (25; 75 перцентилей), количественных — n , $p \pm sp$ %, $p < 0,05$ признаков. Для оценки кислотности влагалища использовались тест-полоски «Уротест» и универсальная лакмусовая индикаторная бумага. Нами было сформировано 2 группы женщин: группа А включает 32 пациентки с уровнем pH ≤ 5 , в группу Б вошли 18 пациенток с pH ≥ 6 .

Результаты исследования и их обсуждение

Первородящими в группе А были 14 ($43,8 \pm 8,8$ %) обследованных, в Б — 9 ($50 \pm 12,1$ %). Первой настоящей беременностью была у 10 ($31,3 \pm 8,2$ %) и 7 ($38,5 \pm 11,8$ %) женщин групп А и Б соответственно. Осложнения беременности в группе А были у 13 ($40,6 \pm 8,7$ %) пациенток, в группе Б — у 7 ($38,9 \pm 11,8$ %).

Количество женщин, у которых имелось воспаление мочеполовой системы в обеих группах не различалось и составляло 20 (62,5 ± 8,6 %) обследованных в группе А и 11 (61,1 ± 11,8 %) в группе Б. При этом вагинит был у 5 (15,6 ± 6,4 %) пациенток группы А и 5 (27,8 ± 10,9 %) группы Б.

При исследовании гинекологического анамнеза эрозия шейки матки была обнаружена у 10 (31,3 ± 8,2 %) женщин группы А и 7 (38,9 ± 11,8 %) женщин группы Б. Выкидыши, замершие беременности и пороки развития предыдущих детей наблюдались у 2 (6,3 ± 4,3 %) и 2 (11,1 ± 7,6 %) пациенток группы А и Б соответственно.

Родоразрешены через естественные родовые пути 21 (65,6 ± 8,4 %) беременная группы А и 9 (55,6 ± 12,1%) группы Б. Амниотомия была произведена 12 (37,5 ± 8,6%) и 3 (16,7 ± 9 %) женщинам, преждевременный разрыв плодной оболочки наблюдался у 6 (18,8 ± 6,9 %) и 5 (27,8 ± 10,9 %) пациенток групп А и Б соответственно. Аномалии родовой деятельности были у 3 (9,4 ± 5,2 %) беременных группы А и 3 (16,7 ± 9 %) группы Б. Родовой травматизм матери диагностирован у 11 (34,4 ± 8,4 %) женщин группы А и 7 (38,9 ± 11,8 %) группы Б. Ручной контроль произведен у 2 (6,3 ± 4,3 %) и 2 (11,1 ± 7,6 %) обследованных группы А и Б соответственно.

Операцией кесарева сечения было родоразрешено 11 (34,4±8,4%) женщин группы А и 8 (44,4±12,1%) группы Б. Рубец на матке стал показанием к оперативному родоразрешению в группе А у 5 (15,6±6,4%) беременных, в группе Б у 5 (27,8± 10,9%). В группе А у 1 женщины возникло ранее послеродовое кровотечение 3,1±3,1%, во второй группе осложнений после оперативного родоразрешения не было.

Петрификаты в плаценте были обнаружены у 8 (25 ± 7,7 %) пациенток группы А и 7 (38,9 ± 11,8 %) группы Б.

В таблице 1 представлены результаты микроскопии отделяемого половых путей обследованных женщин на момент поступления.

Таблица 1 — Результаты микроскопии отделяемого половых путей женщин (n, p ± sp %)

Показатель	А группа	Б группа
Лейкоциты 5–10	16 (50 ± 8,8 %)	5 (27,8 ± 10,9 %)
Лейкоциты 10–20	6 (18,8 ± 6,9 %)	6 (33,3 ± 11,4 %)
Лейкоциты 20 и больше	10 (31,3 ± 8,2 %)	7 (38,9 ± 11,8 %)

Женщины, у которых в мазке обнаружено 5–10 лейкоцитов, преобладают в группе А, а женщин с 10–20 и более лейкоцитами в группе Б.

В группе А с нормальным микробиоценозом влагалища наблюдалось 50 ± 8,8 % пациенток, в то время как в группе Б таких было только 16,7 ± 9 % ($\chi^2 = 2,44$; $p < 0,02$).

При бактериологическом исследовании отделяемого половых путей на флору в группе А грибы рода *Candida* были обнаружены у 9 (28,1 ± 7,9 %) обследуемых женщин, в группе Б — 7 (38,9 ± 11,8 %), *E. coli* высевалась в группе Б в 2 раза чаще, чем в группе А, а именно в группе А — у 5 (15,6 ± 6,4 %) беременных, в группе Б — у 6 (33,3 ± 11,4 %). *Streptococcus group D* обнаружен у 8 (25 ± 7,7 %) и 5 (27,8 ± 10,9 %) женщин в группе А и Б соответственно. *Staphylococcus aureus* наблюдался у 1 (3,1 ± 3,1 %) обследованной группы А и 2 (11,1 ± 7,6 %) группы Б. *Staphylococcus saprophyticus* выявлен у 1 (3,1 ± 3,1 %) и 1 (5,6 ± 5,6 %) пациентки групп А и Б соответственно. Полимикробные ассоциации были обнаружены у 6 (18,8 ± 6,9) беременных группы А и 5 (27,8 ± 10,9 %) группы Б.

Содержание лейкоцитов в крови у женщин на 2–3 сутки после родов в группе А составило 8×10^8 /л (7×10^8 /л; 10×10^8 /л), в группе Б — $9,5 \times 10^8$ /л (8×10^8 /л; 10×10^8 /л).

Осложнения раннего неонатального периода новорожденных наблюдалось у 12 (37,5 ± 8,6 %) и 9 (50 ± 12,1 %) детей в группах А и Б соответственно: желтуха в группе А была диагностирована у 4 (12,5 ± 5,9 %) новорожденных, в группе Б — у 6 (33,3 ± 11,4 %). Аспирационный синдром в группе А диагностирован у 5 (15,6 ± 6,4%) детей, в группе Б — у 5 (27,8 ± 10,9 %). Порок сердца выявлен у 1 (3,1 ± 3,1 %) и 1 (5,6 ± 5,6 %) ребенка группы А

и Б соответственно. В группе А также наблюдалось по 1 случаю кефалогематомы ($3,1 \pm 3,1$ %), эритемы кожи ($3,1 \pm 3,1$ %) и аномалии желчевыводящих путей ($3,1 \pm 3,1$ %).

Выводы

Рн-метрия влагалищного отделяемого — объективный метод, дающий возможность диагностировать инфекционную патологию. Нормальное значение кислотности половых путей позволяет предположить врачу не только наличие нормального биоценоза ($\chi^2 = 2,44$, $p < 0,02$), но и ожидать более благоприятного исхода беременности. Динамическое измерение рН влагалища может быть использовано для ранней диагностики инфекционного процесса, т. к. данный метод является простым и не требует больших затрат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Взаимосвязь микрофлоры у беременных женщин в третьем триместре беременности с нормо-, мезо- и дисбиозом влагалища / Е. А. Юрасова [и др.] // Материалы XVI Всероссийского научного форума «Мать и дитя», 22–25 сентября 2015 года, Москва. — М.: МЕДИ Экспо, 2015. — С. 261–262.
2. Микробиоценоз влагалища у беременных перед родами / М. К. Меджидова [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2012. — № 2. — С. 34–42.

УДК 618.63:612.664

РОЛЬ ЖЕЛЕЗ МОНТГОМЕРИ В ЛАКТАЦИИ

Федюкова Л. Ю., Прядихина И. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Молочные железы женщины претерпевают значительные метаморфозы в процессе лактации [1, 2]. Происходит увеличение желез на ареоле соска, так называемых желез Монтгомери. Они чутко реагируют на гормональные перестройки организма, являясь рудиментарными молочными железами, и выделяют секрет, обладающий бактерицидной функцией и защищающий сосок от пересыхания. Замечено, что чем больше этих желез имеет женщина, тем более хорошие ее лактационные способности [3].

Цель

Выявить зависимость между количеством желез Монтгомери у женщин в предлактационный период и качеством их лактации.

Материал и методы исследования

На базе родильного отделения Гомельской областной клинической больницы было произведено проспективное обследование 33 женщин их детей. Мы подсчитывали количество желез у пациенток, проходящих предродовую подготовку в отделении патологии беременности, а затем проводили исследование в послеродовом периоде и через 6 мес. после родов. Они были разделены на 2 группы: А — женщины со средним количеством желез Монтгомери $< 8,5$ и Б — $\geq 8,5$ желез. В течение 8 мес. женщины и их дети находились под наблюдением. Статистическая обработка произведена с помощью прикладных программ «Microsoft Office»: качественных — Me (25; 75 перцентилей), количественных — n , $p \pm sp$ %.

Результаты исследования и их обсуждение

В группе А на грудном вскармливании 1–3 мес. находилось $41,7 \pm 10,7$ % новорожденных, 3–6 мес. — $29,2 \pm 10,2$ %, 6–12 мес. — $29,1 \pm 10,2$ %. В группе Б: 1–3 мес. — $22,2 \pm 14,7$ %, 3–6 мес. — $33,3 \pm 16,7$ % и 6–12 мес. — $44,4 \pm 17,6$ % детей. За время кормления лактостаз был диагностирован у $12,5 \pm 6,3$ % женщин из группы А и $11,1 \pm 11,1$ % женщин группы Б.

За первые 3-е суток в группе А новорожденные потеряли 142 г, в группе Б — 170 г. На 7-е сутки этот показатель в группе А составил 60 г, в группе Б — 26 г. За этот срок новорожденные из обеих групп находились на естественном кормлении.