

временное излитие околоплодных вод, у 9 (13,2 %) — отслойка плаценты. В целом, подавляющее большинство женщин (66 (97,1 %) случаев) имело крайне неблагоприятное течение беременности, что и привело к преждевременному родоразрешению и неблагоприятному течению постнатального периода у недоношенных новорожденных.

Патология беременности привела в ряде случаев к необходимости оперативного родоразрешения. Так, у 13 (19,1 %) случаев отмечалось оперативное экстренное родоразрешение, у 11 (16,2 %) случаях — оперативное плановое родоразрешение; у остальных (64,7 %) роды протекали через естественные родовые пути.

Из осложнений интранатального периода наиболее часто встречались длительный безводный период (11,8 %) и первичная слабость родовой деятельности — 7 (10,3 %) случаев.

Результатом длительного неблагоприятного влияния патологического течения беременности и родов явилось преждевременное рождение большинства детей в состоянии асфиксии. Так, 26 (38,2 %) детей родились в тяжелой асфиксии с оценкой по шкале Апгар 0–4 балла на 1-й минуте, 33 (48,5 %) ребенка — в асфиксии умеренной степени тяжести с оценкой 5–7 баллов по шкале Апгар. Лишь 9 (13,3 %) детей с массой более 2000 г не имели проявлений асфиксии.

Таким образом, ведущими факторами риска рождения недоношенных детей с врожденной пневмонией являются наличие у матери хронических заболеваний и состояний, приводящих к длительным нарушениям питания плода и последующему его инфицированию: соматические заболевания, инфекции мочевой сферы, хроническая фетоплацентарная недостаточность, анемии, острые респираторные инфекции в поздние сроки беременности.

В условиях неблагоприятной демографической ситуации для профилактики пневмоний у недоношенных новорожденных важное значение имеют вопросы здоровья женщин, особенно лечение инфекций мочеполовой системы до наступления беременности, предупреждение заболеваний матери в период беременности; своевременное и адекватное лечение патологии, развившейся во время беременности, а также бережное ведение родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Таточенко, А. К. Современные аспекты клиники, диагностики, лечения внутриутробных инфекций у новорожденных: учеб.-метод. пособие / А. К. Таточенко. — 3-е изд., испр. и доп. — Минск: БГМУ, 2007. — 66 с.
2. Шабалов, Н. П. Проблемы классификации внутриутробных инфекций / Н. П. Шабалов // Педиатрия. — 2000. — № 1. — С. 87–91.

УДК 616.98:579.88]:618.169

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ МИКОПЛАЗМОЗОМ

Захаренкова Т. Н., Недосейкина М. С., Крот И. Ф.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению роли микоплазм в патогенезе заболеваний человека, интерес ученых и клиницистов к микоплазменной инфекции не ослабевает.

Частота инфицирования урогенитальными микоплазмами (*M. genitalium*, *M. hominis*, *U. urealyticum* и *U. parvum*) зависит от страны, возраста пациентов, пола и состояния макроорганизма (наличие сопутствующей инфекции, хронических заболеваний, состояния иммунитета), а так же метода диагностики. Так, в Венгрии наиболее высокий процент инфицированных урогенитальными микоплазмами наблюдается среди пациентов возрастной группы 21–40 лет, причем у женщин — в 3–3,3 раза чаще, чем у мужчин [1]. Наличие *M. hominis* и *U. urealyticum* предрасполагает к развитию бактериального ваги-

ноза и воспалительных заболеваний органов малого таза [2, 3]. Японскими учеными установлена роль микоплазм в развитии послеоперационных инфекционных осложнений [4]. Целый ряд осложнений беременности у пациенток с урогенитальным микоплазмозом, таких как преждевременные роды, фетоплацентарная недостаточность, преждевременный разрыв плодных оболочек, развитие неонатальных инфекционных заболеваний [5] доказывает необходимость лечения микоплазмоза в плане прегравидарной подготовки, особенно в группах женщин высокого перинатального риска.

Цель

Оценить прегравидарный социальный статус и особенности заболеваемости пациенток с урогенитальным микоплазмозом и выделить медико-социальные факторы риска развития микоплазмоза.

Материалы и методы исследования

Обследованы 143 женщины во время беременности и родов на наличие микоплазм в урогенитальном тракте бактериологическим методом с помощью набора Mycoplasma IST 2 (bioMerieux SA, Франция) и методом ПЦР-РВ для определения видовой принадлежности и количества микоплазм с помощью наборов реагентов «АмплиСенс M.genitalium-скрин-титр-FL» и «АмплиСенс ФлороЦеноз/Микоплазмы-FL» (ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, РФ). Основную группу составили 112 (78,3 %) женщин, в цервикальных соскобах которых выявлены микоплазмы. В группу сравнения вошли 31 (21,7 %) женщина, у которых не были выделены урогенитальные микоплазмы.

Результаты исследования и их обсуждения

В обеих группах пациентки по возрасту не различались: возраст беременных основной группы был от 17 до 39 лет (25; 24, 27), а группы сравнения — от 21 до 36 лет (26; 23, 29).

В группе женщин с урогенитальной персистенцией микоплазм значимое большинство женщин имело статус рабочей — 29 (25,9 ± 4,1 %) против 2 (6,5 ± 3,4 %) в группе сравнения (OR = 5,1; CI 95 % 1,3; 22,6, p = 0,03). Не было выявлено различий в группах по количеству учащихся и неработающих женщин.

В группе беременных с урогенитальной персистенцией микоплазм в браке не состояли 39 (34,8 ± 4,5 %) женщин, а в группе без персистенции микоплазм — 4 (12,9 ± 6,0 %) (OR = 3,6; CI 95 % 1,2; 11,0, p = 0,02).

Анализ менструальной функции не выявил значимых различий между группами. Тем не менее, пациентки с урогенитальным микоплазмозом по сравнению с женщинами без микоплазм в 3,3 раза чаще имели редкие менструации и нерегулярный менструальный цикл (10,7 и 11,6 % соответственно), таблица 1.

Таблица 1 — Менструальная функция женщин в группах исследования, n (p ± sp, %)

Показатель	Основная группа (n = 112)	Группа сравнения (n = 31)
Возраст менархе, Ме (25;75)	13 (13, 14)	13 (13, 14)
Продолжительность менструального цикла:		
— 21–35 дней;	99 (88,4 ± 3,0)	29 (93,5 ± 4,4)
— 36 дней и более	12 (10,7 ± 2,9)	1 (3,2 ± 3,2)
Продолжительность менструации:		
— 3–7 дней;	104 (92,8 ± 2,4)	27 (87,1 ± 6,0)
— 8 и более	7 (6,2 ± 2,3)	3 (10,0 ± 5,5)
Нерегулярные менструации	13 (11,6±3,0)	1 (3,2 ± 3,2)
Характер менструального кровотечения:		
— умеренное	107 (95,5 ± 2,0)	26 (83,9 ± 6,6)
— обильное	4 (3,6 ± 1,8)	2 (6,5 ± 4,4)
— скудные	0	2 (6,5 ± 4,4)
— безболезненное	88 (78,6 ± 3,9)	19 (61,3 ± 8,8)
— болезненное	23 (20,5 ± 3,8)	11 (35,5 ± 8,6)

Отмечена тенденция к более раннему началу половой жизни у женщин с урогенитальной персистенцией микоплазм 17 (16, 18) лет, чем у женщин группы сравнения — 18 (17, 19) лет ($Z = 1,82$, $p = 0,06$).

Среди женщин основной группы было статистически значимо меньше первобеременных, чем в группе сравнения ($OR = 0,13$; $CI\ 95\ %\ 0,04; 0,49$, $p = 0,001$). Вероятно, это объясняется тем, что первобеременные женщины в большинстве своем заинтересованы в проведении прегравидарной подготовки, включающей обследование на инфекции.

При оценке репродуктивной функции установлено, что в группе беременных с урогенитальной персистенцией микоплазм $33,9 \pm 4,5\ %$ женщин имели третью и более беременность, против $3,2 \pm 3,2\ %$ пациенток группы сравнения ($OR = 15,1$; $CI\ 95\ %\ 1,9; 115,1$, $p = 0,002$). По числу невынашиваний и медицинских аборт в анамнезе различий между группами выявлено не было (таблица 2).

Таблица 2 — Репродуктивная функция женщин в группах исследования, n ($p \pm s_p$, %)

Показатель	Основная группа ($n = 112$)	Группа сравнения ($n = 31$)
Беременность:		
— 1-я	48 ($42,9 \pm 4,7$)	17 ($54,8 \pm 8,9$)
— 2-я	25 ($22,3 \pm 3,9$)	12 ($38,7 \pm 8,8$)
— 3 и более	38 ($33,9 \pm 4,5$)*	1 ($3,2 \pm 3,2$)
Роды с учетом настоящих:		
— 1-е	61 ($54,5 \pm 4,7$)	22 ($71,0 \pm 8,2$)
— 2-е	35 ($31,3 \pm 4,4$)	7 ($22,6 \pm 7,5$)
— 3 и более	13 ($11,6 \pm 3,0$)	1 ($3,2 \pm 3,2$)
Самопроизвольные аборты:	11 ($9,8 \pm 2,8$)	2 ($6,5 \pm 4,4$)
Неразвивающаяся беременность	6 ($5,4 \pm 2,1$)	2 ($6,5 \pm 4,4$)
Медицинские аборты:		
— 1	19 ($17,0 \pm 3,6$)	3 ($9,7 \pm 5,3$)
— 2	9 ($8,0 \pm 2,6$)	0
— 3	2 ($1,8 \pm 1,3$)	1 ($3,2 \pm 3,2$)

* Статистически значимое различие с группой сравнения.

С целью выявления основных клинических проявлений инфицирования урогенитального тракта микоплазмами был изучен гинекологический анамнез (таблица 3).

Таблица 3 — Структура гинекологической патологии у пациенток, n ($p \pm s_p$, %)

Заболевание	Основная группа ($N = 112$)	Группа сравнения ($N = 31$)
Хронический сальпингоофорит	6 ($5,4 \pm 2,1$)	5 ($16,1 \pm 6,6$)
Цервицит	45 ($40,2 \pm 4,6$)*	1 ($3,2 \pm 3,2$)
Вагинит	4 ($3,6 \pm 1,8$)	1 ($3,2 \pm 3,2$)
Псевдоэрозия шейки матки	10 ($8,9 \pm 2,7$)	5 ($16,1 \pm 6,6$)
Дисплазия шейки матки 1-2 ст. в т.ч. рак шейки матки in situ	3 ($2,7 \pm 1,5$) 1 ($0,9 \pm 0,8$)	1 ($3,2 \pm 3,2$) 0
Миома матки	2 ($1,8 \pm 1,3$)	1 ($3,2 \pm 3,2$)
Дисгормональные заболевания молочных желез	3 ($2,7 \pm 1,5$)	2 ($6,5 \pm 4,4$)
Бесплодие	2 ($1,8 \pm 1,3$)	1 ($3,2 \pm 3,2$)

* Статистически значимое различие с группой сравнения.

При урогенитальной персистенции микоплазм у беременных чаще диагностировался цервицит по сравнению с женщинами без микоплазм ($OR = 20,1$; $CI\ 95\ %\ 2,7; 153,1$, $p = 0,004$), что свидетельствует о роли микоплазм в этиологии данного заболевания. В то же время, воспалительный процесс в области придатков матки в основной группе наблюдался в 2,9 раз реже, чем в группе сравнения.

В группах исследования была проанализирована экстрагенитальная патология (таблица 4).

Пациентки с урогенитальным микоплазмозом по сравнению с женщинами без микоплазм в 3,4 раза чаще имели хронический бронхит курильщика, в 2 раза чаще соматоформную вегетативную дисфункцию. Только у пациенток основной группы в 2,7 % случаев соматический анамнез был отягощен артериальной гипертензией и у 3,6 % наблюдался хронический гепатит вирусной этиологии.

Таблица 4 — Экстрагенитальная патология, n ($p \pm s_p$, %)

Заболевание	Основная группа (n = 112)	Группа сравнения (n = 31)
Инфекции мочевыводящих путей	17 (15,2 ± 3,4)	4 (12,9 ± 6,0)
Мочекаменная болезнь	3 (2,7 ± 1,5)	2 (6,5 ± 4,4)
Гастродуоденит	8 (7,1 ± 2,4)	3 (9,7 ± 5,3)
Тонзиллит	9 (8,0 ± 2,6)	3 (9,7 ± 5,3)
Заболевания щитовидной железы	4 (3,6 ± 1,8)	2 (6,5 ± 4,4)
Хронический бронхит курильщика	24 (21,4 ± 3,9)	2 (6,5 ± 4,4)
Соматоформная вегетативная дисфункция	8 (7,1 ± 2,4)	1 (3,2 ± 3,2)
Артериальная гипертензия	3 (2,7 ± 1,5)	0
Хронические гепатиты	4 (3,6 ± 1,8)	0
Ожирение	7 (6,3 ± 2,3)	1 (3,2 ± 3,2)
Прочие	9 (8,0 ± 2,6)	4 (12,9 ± 6,0)

Выводы

1. Особенности социального статуса женщин с урогенитальным микоплазмозом явились занятость физическим трудом ($p = 0,03$), беременность вне брака ($p = 0,02$).

2. Риск инфицированности микоплазмами увеличивается с увеличением паритета беременности: каждая третья женщина с микоплазмозом имеет 3 и более беременностей в анамнезе ($p = 0,002$).

3. Клиническим проявлением урогенитального микоплазмоза может являться хронический цервицит (OR = 20,1; CI 95 % 2,7; 153,1, $p = 0,004$), наличие которого у пациенток группы высокого перинатального риска требует проведения обследования на микоплазмоз и лечения выявленной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Frequency and antibiotic resistance of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in genital samples of sexually active individuals / B. Farkas [et al.] // *Orv. Hetil.* — 2011. — Vol. 152. — P. 1698–1702.
2. Bjartling, C. The association between *Mycoplasma genitalium* and pelvic inflammatory disease after termination of pregnancy / C. Bjartling, S. Osser, K. Persson // *BJOG.* — 2010. — Vol. 117. — P. 361–364.
3. Kacerovský, M. Preterm premature rupture of membranes and *Ureaplasma urealyticum* / M. Kacerovský, L. Boudyš // *Ceska Gynecologie.* — 2008. — Vol. 73(3). — P. 154–159.
4. Hematoma and abscess formation caused by *Mycoplasma hominis* following cesarean section / H. Koshiba [et al.] // *Int. J. Womens Health.* — 2011. — Vol. 17. — P. 15–18.
5. Занько, А. С. Структура акушерских и перинатальных осложнений у беременных с урогенитальным микоплазмозом / А. С. Занько, И. М. Арестова, Г. К. Баркун // *Охрана материнства и детства.* — 2011. — № 2 (18). — С. 25–31.

УДК 618.2-089.84:615.468.6

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЯ «ДЕРМАБОНД» В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Зверко В. Л., Качук Н. В., Ганчар Е. П., Юшкевич Н. Я.

Учреждение здравоохранения

«Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Рост популярности пластической хирургии в наше время стимулирует хирургов к поиску новых методик и технологий, позволяющих улучшить конечный эстетический результат и повысить удовлетворенность пациента. Однако такие проблемы, как несовместимость шовного материала с тканями, приводящая к фистулам и гранулемам, ранняя деградация рассасывающихся шовных материалов, приводящая к расхождению краев раны, наконец, ишемизация сшитых краев раны, до сих пор полностью не решены [1]. Для решения этих и многих других проблем ученые продолжают разрабатывать биологические и синтетические адгезивы, которые бы обеспечили безупречное срастание тканей [2].