

вагинит, инфекция мочевыводящих путей и острые респираторные заболевания ($p \leq 0,04$), таблица 2.

Таблица 2 — Осложнения настоящей беременности у обследованных пациенток, n (p, %)

Осложнения беременности	Основная группа (N = 22)	Контрольная группа (N = 31)
Угроза прерывания	9 (40,9)	11 (35,5)
Преэклампсия	4 (18,2)	4 (12,9)
Анемия	13 (59,1)	12 (38,7)
Многоводие	1 (4,6)	1 (3,2)
Вагинит	18* (81,8) ($\chi^2 = 8,06, p = 0,005$)	12 (38,7)
Инфекция мочевыводящих путей	11* (50) ($\chi^2 = 4,23, p = 0,04$)	6 (19,4)
Хроническая плацентарная недостаточность	10 (45,5)	10 (32,3)
Острые респираторные заболевания	12* (54,6) ($\chi^2 = 8,7, p = 0,003$)	4 (12,9)

Примечание. * — Статистически значимо в сравнении с контрольной группой.

Выводы

1. Наиболее частой формой врожденных аномалий развития почек являлось неполное удвоение почек/почки, которое диагностировано у 95,5 % ($p < 0,001$) пациенток.

2. У 45,5 % ($p = 0,02$) женщин с врожденными аномалиями развития почек выявлены сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, что, возможно, связано с общностью триггерных факторов, приводящих к аномалиям развития.

3. При наличии врожденных аномалий развития почек чаще диагностируются сопутствующие инфекционно-воспалительные заболевания почек (36,4 %, $p = 0,017$), что способствует развитию у половины пациенток инфекции мочевыводящих путей во время беременности ($p = 0,04$).

4. Течение беременности у пациенток с врожденными аномалиями развития почек чаще осложняется вагинитом и острыми респираторными заболеваниями — в 81,8% ($p = 0,005$) и в 54,6 % ($p = 0,003$) соответственно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбулаторная урология / П. В. Глыбочко [и др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 336 с.
2. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. М.: Триада-Х, 2005. 816 с.
3. Доброхотова, Ю. Э. Антенатальная помощь беременным с экстрагенитальными заболеваниями / Ю. Э. Доброхотова, Е. И. Боровкова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 384 с.

УДК 616.62-002-036.12-07-055.2

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН

Лемтюгов М. Б., Симченко Н. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронический рецидивирующий цистит является одним из наиболее распространенных заболеваний мочевыделительной системы у женщин. Нередко на фоне отсутствия возбудителя и воспалительных изменений в моче, пациенток с хроническим рецидивирующим циститом беспокоят выраженные клинические

проявления заболевания, такие как дизурия и стойкий болевой синдром существенно снижающий качество жизни [1, 2].

Более 90 % острого неосложненного цистита лечится эмпирически и эта терапия неадекватна в 60 % случаев, а самостоятельное лечение (самолечение) таких пациенток, приводит к рецидивированию инфекции в 50 % случаев в течение первого года [1, 3]. Более чем у 30 % пациенток цистит принимает хроническую рецидивирующую форму [4].

Традиционно помимо общелабораторных исследований, пациенткам с хроническим циститом выполняют цистоскопию. Однако нередко при цистоскопии возникают трудности в интерпретации визуальной картины поверхности слизистой оболочки мочевого пузыря. Изменения в слизистой оболочке мочевого пузыря зависят от состояния подлежащих соединительнотканых структур, в которых расположено микроциркуляторная сеть сосудов [5, 6].

Материал и методы исследования

На базе урологического отделения ГКБ № 2 было проведено исследование 78 женщин с хроническим рецидивирующим циститом в возрасте от 21 до 68 лет. Средний возраст составил $44,3 \pm 4,5$. Более 80 % пациенток были трудоспособного возраста. Всем пациенткам выполнялись: тщательный сбор анамнеза, объективный осмотр, общелабораторные обследования, включая посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, обследования на ИППП, УЗИ почек и мочевого пузыря с УЗДГ сосудов малого таза, урофлоуметрия, цистоскопия с биопсией мочевого пузыря. При цистоскопии биопсии подвергались участки слизистой с признаками хронического воспаления [6].

Результаты исследования и их обсуждение

Частота рецидивов в среднем составляла $5,2 \pm 1,2$ в год, при этом 12 женщин указывали на частые рецидивы в течение года (более 10) несмотря на проводимую этиотропную терапию. Лейкоцитурия определялась у 36 (46,1 %) пациенток. Бактериурия выявлена у 36 (46,1 %). Чаще всего высевалась *Escherichia coli* — 63,1 %, реже выявляли *Enterococcus faecalis* — 12,3 %, *K. pneumonia* — 11,5 %. Следует отметить, что 35 (44,8 %) женщин на амбулаторном этапе на фоне обострений хронического рецидивирующего цистита получали антибиотикотерапию без посева мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

Определялось наличие взаимозависимости ($p < 0,05$) между клиническими проявлениями хронического рецидивирующего цистита и лабораторными показателями.

При УЗИ мочевого пузыря объемных образований в просвете мочевого пузыря и другой патологии выявлено не было.

При цистоскопии определялись патологические изменения слизистой оболочки мочевого пузыря, чаще локализовавшиеся в области треугольника Льео и шейки мочевого пузыря, в виде отека, гиперемии, и разрыхления слизистой, участков буллезного отека, венозного полнокровия, инъецирования сосудов, а также псевдополипозных разрастаний. У части пациенток в области треугольника Льео и шейки мочевого пузыря отмечался белесоватый налет. У 8 (10,2 %) пациенток выявлена вагинизация уретры.

При гистологическом исследовании в биоптатах слизистой мочевого пузыря определяли участки с очаговой инфильтрацией стромы иммунными клетками в виде лимфоидных скоплений. В ряде случаев выявлялся утолщенный эпителиальный слой с широкими акантотическими тяжами. В области треугольника Льео чаще обнаруживались участки плоскоклеточной метаплазии, в то время как в биоптатах из других отделов мочевого пузыря, последней выявлено не было.

При этом были выявлены взаимосвязь между клиническими проявлениями (дизурия и болевой синдром) и выраженностью патологических изменений в слизистой мочевого пузыря (наличие метапластических изменений эпителия и лимфоидной инфильтрации) ($p < 0,05$).

Выводы

1. Полученные данные могут свидетельствовать о наличии взаимосвязи между клиническими проявлениями (дизурия и болевой синдром) и выраженностью патологических изменений в слизистой мочевого пузыря ($p < 0,05$).

2. Выраженность клинических проявлений хронического рецидивирующего цистита не всегда зависит от наличия воспалительных изменений в моче и положительного результата посева мочи ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Лоран, О. Б. Наш взгляд на диагностику и лечение хронического цистита у женщин / О. Б. Лоран, А. В. Зайцев // Актуальные вопросы урологии и андрологии: сб. науч. тр. СПб., 2001. С. 200–204.
2. Комплексное обследование больных с хроническим циститом / Б. К. Комяков [и др.] // Современные направления в диагностике, лечении и профилактике заболеваний: сб. науч. тр. СПб., 2004. С. 218–224.
3. Stapleton, A. Prevention of urinary tract infection / A. Stapleton, W. E. Stamm // Infectious Disease Clinics of North America. 2007. Vol. 11. P. 719–733.
4. Циститы / Г. Н. Скрябин [и др.]. СПб.: ВГМА, 2006. 146 с.
5. Струков, А. И. Патологическая анатомия / А. И. Струков, В. В. Серов. М.: Медицина, 1993. С. 687.
6. Влияние хирургического шовного материала, модифицированного наночастицами серебра, на течение воспалительного раневого процесса *in vivo* в условиях микробной контаминации / Б. О. Кабешев [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. 2014. № 2 (40). С. 109–115.

УДК 618.14-002-093/-098:579.61

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ГОРМОНОЗАВИСИМОЙ ПАТОЛОГИИ

Лукьянова К. С., Захаренкова Т. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Эндометриоз является одним из самых сложных для понимания этиопатогенеза гормональнозависимым заболеванием женской репродуктивной системы [2]. В последнее время активно изучается роль инфекционного фактора в развитии гормонозависимой патологии, так как накапливается все больше научных данных о тесной взаимосвязи гормональной и иммунной регуляции репродуктивной функции [1]. В этой связи, задержка диагностики эндометриоза является отличительной чертой данного заболевания, когда из-за выраженной воспалительной реакции организма, нередко с формированием спаечного процесса, фиброза вокруг очагов, приходится проводить дифференциальную диагностику с воспалительными заболеваниями малого таза [4]. Кроме того, поиск взаимосвязи эндометриоза и инфекционного фактора является перспективным с целью разработки новых эффективных методов предупреждения развития и лечения эндометриоза, профилактики рецидивов заболевания после хирургического лечения, что крайне актуально в настоящее время [1,3].

Цель

Изучить роль инфекционного фактора в развитии гормонозависимой патологии у женщин

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование медицинских карт стационарных пациентов с внутренним генитальным эндометриозом (1-я группа $n = 60$), наружным генитальным эндометриозом (2-я группа $n = 60$) и полипом тела матки (3-я группа $n = 60$), проходивших лечение в ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» с января 2020 г. по январь 2022 г. Пациенты ($n = 180$) включались в исследование методом сплошной выборки. Были изучены жалобы, анамнез, результаты лабораторных, инструментальных методов исследования. Количественные данные