

2. В лечении ОУП верхних мочевыводящих путей у беременных преобладают хирургические малоинвазивные методы. Они были проведены 65 (69,8 %) женщинам. Основным хирургическим методом является внутреннее стентирование мочеточника, которое было выполнено 62 (95,4 %) пациенткам.

3. Дренирование верхних мочевыводящих путей у беременных должны проводиться по строгим показаниям, так как любой дренаж ухудшает качество жизни пациентки, может оказывать негативное влияние на течение беременности и быть причиной серьезных осложнений. В послеоперационном периоде после суправезикального отведения мочи у 18 (19,4 %) пациенток наблюдались осложнения различной степени тяжести.

4. В группе пациенток с нарушением уродинамики верхних мочевыводящих путей и признаками системной воспалительной реакции послеоперационные осложнения установлены чаще – у 30,1 %, чем в группе пациенток с нарушением уродинамики верхних мочевыводящих путей без признаков системной воспалительной реакции – у 16,7 %.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Инфекции и воспаления в урологии / Ю. Г. Аляев [и др.] ; под ред.: П. В. Глыбочко, М. И. Когана, Ю. Л. Набока. – М. : Медфорум, 2019. – 878 с.

2. Ермакова Е. И. Рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей у женщин / Е. И. Ермакова // Акушерство и гинекология. – 2020. – № 7. – С. 151–158.

3. Экстрагенитальная патология и беременность / Под ред. Л. С. Логутовой. – М. : Литтера, 2013. – 544 с.

4. Wing, D. A. Acute pyelonephritis in pregnancy: an 18-year retrospective analysis / D. A. Wing, M. J. Fasset, D. Getahun // American Journal of Obstetrics and Gynecology – 2014. – № 210 (3). – P. 219.e 1–6.

5. Локшин, К. Л. Дренирование верхних мочевых путей при остром пиелонефрите у беременных: Кому? Зачем? Как долго? / К. Л. Локшин // Вестник урологии. – 2019. – № 7 (2). – С. 35–40.

6. Лечение обструктивной уропатии у беременных: опыт многопрофильного московского стационара / С. В. Котов [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2020. – № 13 (5). – С. 106–112.

УДК 618.3:618.15-002

**Е. Л. Лашкевич, И. А. Корбут, О. А. Будюхина**

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»,*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ВАГИНИТЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ – ТАК ЛИ ОНИ ОПАСНЫ?**

#### ***Введение***

Вагинальные дисбиозы у беременных составляют 55–65 % в структуре воспалительных заболеваний половых путей [1]. Вагиниты у беременных развиваются в 2–4 раза чаще, чем у небеременных. Колонизация влагалища и шейки матки микроорганизмами способствует развитию инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительных органов, которые приводят к поздним выкидышам и преждевременным родам в 15–25 %, внутриутробной инфекции плода, плацентарной недостаточности, задержке роста плода и внутриутробной гибели плода, увеличивают показатели перинатальной заболеваемости и смертности [2, 3]. При наличии обострений хронической инфекции генитального тракта во время беременности частота невынашивания беременности составляет от 1,6 до 12,9 %, преждевременных родов – от 9,8 до 33,3 %, в зависимости от времени диагностики и лечения выявленной инфекции [4].

## **Цель**

Изучить особенности течения беременности у пациенток с рецидивирующими вагинитами.

## **Материалы и методы исследования**

Ретроспективно проанализированы истории родов 76 родильниц, родоразрешенных в родильном отделении У «Гомельская областная клиническая больница» в 2020–2022 г. На группы родильницы разделены в зависимости от наличия рецидивирующего вагинита во время настоящей беременности: основную группу составили 40 родильниц с рецидивирующим вагинитом, в контрольную группу вошли 36 родильниц без вагинита во время настоящей беременности. Анализировали течение беременности, сопутствующие соматические и гинекологические заболевания. Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера–Стьюдента с определением доли (р, %), рассчитывали медиану (Me), 25 % и 75 % процентиля, отношение шансов (OR) и его доверительный интервал (95 % CI). Для выявления достоверности в группах использовался критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса. Статистически значимыми считались различия при  $p \leq 0,05$ .

## **Результаты исследования и их обсуждение**

Возраст обследуемых женщин с рецидивирующим вагинитом во время беременности составил 25 (22; 26,5) лет, без вагинита – 27,5 (24; 30,5) лет. Почти половина пациенток контрольной группы были повторнородящими – 17 (47,2 %) против 15 (37,5 %) в основной. При наличии рецидивирующего вагинита в 3,17 раз чаще наблюдали преждевременное родоразрешение – у 19 (47,5 %) женщин в сравнении с 8 (22,2 %) контрольной группы (OR 3,17; 95 % CI 1,16–8,62,  $p = 0,039$ ).

Гинекологические заболевания в анамнезе в 2,64 раза чаще диагностированы у пациенток основной группы – 29 (72,5 %) женщин против 18 (50 %) в контрольной (OR 2,64; 95 % CI 1,02–6,84). Наибольшая доля приходится на псевдоэрозию шейки матки в обеих группах, которая диагностирована у 22 (55 %) женщин с рецидивирующими вагинитами во время настоящей беременности и у 12 (33,3 %) без вагинита. Структура остальных заболеваний: в основной группе – 2 (5 %) дисплазия шейки матки и 5 (12,5 %) хронический сальпингоофорит; в контрольной группе – у 2 (5,6 %) пациенток выявлена миома матки и у 4 (11,1 %) хронический сальпингоофорит.

Сопутствующая экстрагенитальная патология диагностирована у 75 % женщин основной группы и 63,9 % пациенток контрольной группы. Наибольший удельный вес в обеих группах имеют заболевания сердечно-сосудистой системы, а также глаз у пациенток основной группы (таблица 1).

Таблица 1. – Структура экстрагенитальных заболеваний у обследованных пациенток, n (р, %)

Заболевания	Основная группа (N = 40)	Контрольная группа (N = 36)
Верхних дыхательных путей	2 (3,5)	2 (5,6)
Печени и желудочно-кишечного тракта	3 (7,5)	7 (19,4)
Сердечно-сосудистой системы	10 (25)	11 (30,6)
Почек	6 (15)	1 (2,8)
Глаз	11 (27,5)	5 (13,9)
Щитовидной железы	7 (17,5)	5 (13,9)
Ожирение I–III ст.	5 (12,5)	6 (16,7)

Анализируя акушерский анамнез обследованных пациенток, установлено, что искусственное прерывание предыдущих беременностей выявлено у 13 (32,5 %) пациенток основной группы и 12 (33,3 %) женщин контрольной группы, замершая беременность/самопроизвольные аборт – у 5 (12,5 %) и 6 (16,7 %) соответственно. Только у 5 (12,5 %) пациенток с рецидивирующими вагинитами отмечено недонашивание предыдущих беременностей до физиологического срока родов.

Осложненное течение беременности выявлено у 32 (88,9 %) пациенток контрольной группы. При наличии рецидивирующих вагинитов во время настоящей беременности чаще диагностировали угрозу прерывания (таблица 2). Только в основной группы наблюдали у 17,5 % пациенток инфекцию мочевыводящих путей ( $p = 0,025$ ) и у 15 % истмико-цервикальную недостаточность ( $p = 0,04$ ).

Таблица 2. – Осложнения настоящей беременности у обследованных пациенток,  $n$  ( $p, \%$ )

Осложнения беременности	Основная группа (N = 40)	Контрольная группа (N = 36)
Угроза прерывания	21* (52,5) ( $\chi^2 = 3,83, p = 0,05$ )	10 (27,8)
Истмико-цервикальная недостаточность	6* (15) ( $\chi^2 = 3,98, p = 0,046$ )	0
Преэклампсия	4 (10)	2 (5,6)
Анемия	25 (62,5)	15 (41,7)
Инфекция мочевыводящих путей	7* (17,5) ( $\chi^2 = 5,0, p = 0,025$ )	0
Острые респираторные заболевания	18 (45)	17 (47,2)
Преждевременное излитие вод	20 (50)	20 (55,6)

Примечание \* - статистически значимо в сравнении с контрольной группой.

### **Выводы**

В ходе проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. У пациенток с рецидивирующим вагинитом в 2,64 раза чаще диагностированы гинекологические заболевания (у 72,5 % женщин, OR 2,64; 95 % CI 1,02-6,84), при этом у 55 % пациенток выявлена псевдоэрозия шейки матки, что возможно является предрасполагающим фактором для рецидивирования инфекции во время беременности.

2. При наличии рецидивирующих вагинитов во время настоящей беременности у 52,5 % женщин диагностировали угрозу прерывания ( $p = 0,05$ ), которая у 15 % сопровождалась истмико-цервикальной недостаточностью ( $p = 0,04$ ) и не позволила в 47,5 % доносить беременность до физиологического срока родов ( $p = 0,039$ ). Также только в данной группе у 17,5 % пациенток наблюдали инфекцию мочевыводящих путей ( $p = 0,025$ ), что указывает на восходящий путь распространения урогенитальной инфекции.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Подзолкова, Н. М. Самопроизвольное прерывание беременности : современные подходы к диагностике, лечению и профилактике [Электронный ресурс] / Н. М. Подзолкова, М. Ю. Скворцова, Т. В. Денисова – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 224 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970445587.html>. – Дата доступа: 13.10.2021.

2. Подзолкова, Н. М. Вульвовагинальные инфекции в акушерстве и гинекологии. Диагностика, лечение, реабилитация [Электронный ресурс] / Н. М. Подзолкова, Л. Г. Созаева. – М. : ГЭОТАР-Медиа,

2020. – 160 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970455821.html>. – Дата доступа: 13.10.2021.

3. Врожденные пневмонии / И. М. Лысенко [и др.] // Охрана материнства и детства. – 2021. – № 1. – С. 42–48.

4. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / под ред. Г. М. Савельевой, В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1008 с. : ил.

**УДК 616.61-072.1-089.5/.87] – 082.8**

**Д. В. Мартынов, А. А. Бычков, О. Н. Васильев, В. П. Глухов,  
А. А. Тохтамишян, А. И. Вовкочин, В. А. Перепечай**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования*

*«Ростовский государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации»,  
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

## **НИЗКООПИОИДНАЯ АНЕСТЕЗИЯ КАК КОМПОНЕНТ ПРОГРАММЫ РАННЕГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕ- СКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПОЧКИ**

### ***Введение***

Опиоидные анальгетики долгое время считались эталонными препаратами для периоперационного обезболивания. Эти препараты достоверно уменьшают ноцицептивную соматическую, висцеральную и, в некоторой степени, невропатическую боль. Однако, в последние годы появилось достаточно много убедительных данных о том, что они часто замедляют восстановление пациентов после операции. Это отрицательный эффект связан с такими осложнениями как угнетение дыхания, задержка мочи, тошнота и рвота, послеоперационный илеус, зуд, опиоид-индуцированная гипералгезия, толерантность и нарушения иммунной системы [1]. Лапароскопические операции на почке, несмотря на кажущуюся невысокую травматичность, традиционно выполняются с применением опиоидов интраоперационно, и довольно часто требуется их применение и после операции. В настоящее время наиболее рациональным подходом к периоперационному обезболиванию является мультимодальная анальгезия, т.е. одновременное воздействие как минимум на два уровня проведения ноцицептивного импульса [2, 3].

### ***Цель***

Целью данного исследования было оптимизировать интра- и послеоперационное обезболивание при лапароскопических резекциях почки путем включения в схему анестезии опиоид-сберегающих подходов.

### ***Материалы и методы исследования***

В исследовании принимали участие 98 пациентов хирургического отделения клиники РостГМУ в возрасте от 29 до 72 лет, обоих полов, которым выполнялась лапароскопическая резекция почки по поводу опухоли. Пациенты были рандомизированы случайным образом методом конвертов. Различий в сложности опухоли по RENAL не было обнаружено (критерий Стьюдента  $t = 0,41$ ;  $p = 0,671$ ). Риск по ASA у всех пациентов