

Секция «Акушерство и гинекология»

По окончании курсов повышения квалификации производилась оценка удовлетворенности врачей полученными компетенциями, которая была близка к 95 %.

Выводы

На основании полученных данных можно сделать вывод, что реализуемые на кафедре акушерства и гинекологии с курсом ФПКиП образовательные практики, в том числе симуляционные, востребованы, эффективны и удовлетворяют потребности обучающихся.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Корбут, И. А. Обеспечение преподавания акушерства и гинекологии для слушателей факультета повышения квалификации и переподготовки / И. А. Корбут, Т. Н. Захаренкова, Н. Л. Громыко // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2019. – № 3. – С. 361–362.
2. Организация командной работы при неотложных состояниях / И. А. Корбут [и др.] // Рецепт. – 2020. – Т. 23, № 4. – С. 572–574.

УДК [618.1-037:579.61]:[616.3:616.61-002.3]

А. Н. Приходько, Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Введение

Во всем мире отмечается высокая заболеваемость беременных и достигает 70–75 % от всех беременностей, завершившихся родами. Инфекции мочевыводящих путей в этой структуре занимают лидирующую позицию и на их долю приходится 25–27,2 % от всех заболеваний или 165–168 случаев на 1000 родов [1]. Кроме того, не всегда лечение урогенитальных инфекций у матери обеспечивает полную защиту плода от инфицирования, а нередко, развивающиеся после антибактериального лечения нарушения микробиотоза влагалища еще и увеличивают риск преждевременных родов и развития внутриутробной инфекции (ВУИ). Реализация ВУИ у плода путем восходящего или гематогенного инфицирования, развитие инфекционных заболеваний у новорожденного являются грозными перинатальными осложнениями, занимающими одно из ведущих мест в структуре младенческой смертности, и диагностируется у 16,7–33,0 % новорожденных [2, 3].

Цель

Определить особенности вагинального микробиотоза у женщин с гестационным пиелонефритом до и после антибактериальной терапии с последующей оценкой исхода беременности.

Материалы и методы исследования

Проведен сравнительный анализ течения и исхода беременности (осложнения со стороны матери, новорожденного, изменения в последе при гистологическом исследовании) у двух женщин, получавших антибактериальную терапию по поводу гестационного пиелонефрита с оценкой вагинального микробиотоза до и после лечения.

Оценка вагинального микробиоценоза выполнялась комплексно, следующими методами: микроскопия вагинального отделяемого, рН-метрия вагинальной жидкости, ПЦР-метод «Фемофлор-16».

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка А, 28 лет настоящая беременность третья, не планируемая, желанная, в браке. Менархе с 13 лет, длительность менструаций 4 дня, через 29–31 день, безболезненная. В анамнезе хронический гастрит, хронический цистит.

Течение настоящей беременности осложнилось гестационным пиелонефритом в сроке 24–25 недель (госпитализирована в наблюдательное отделение, получила курс антибактериальной терапии цефотаксимом 1 г 2 раза в сутки через 12 часов, 10 дней). Перед началом антибактериальной терапии производилась оценка вагинального микробиоценоза. По результатам микроскопии были получены, следующие результаты: до антибактериальной терапии – лейкоциты 2–5, эпителий 5, флора смешанная; после антибактериальной терапии – лейкоциты до 10, эпителий 5–10, флора смешанная, преобладают кокки. Уровень рН вагинальной жидкости до начала антибактериальной терапии был 4,8; после антибактериальной терапии – 5,0. Результаты ПЦР-метода «Фемофлор-16» до антибактериальной терапии – умеренный анаэробный дисбиоз (высокие значения микроорганизмов из группы микоплазм – *Mycoplasma hominis* – 107,2 и *Ureaplasma (urealyticum+parvum)* – 106,6, *Lactobacillus spp.* – 106,8; после курса антибактериальной терапии гестационного пиелонефрита – выраженный анаэробный дисбиоз (*Lactobacillus spp.* не выявлены; выявлены облигатно-анаэробные микроорганизмы (*Gardnerella vaginalis* – 106,4, *Sneathia spp.* – 104,7, *Megasphaera spp.* – 104,3). Далее беременность осложнялась аэробным вагинитом в сроке 29 недель, бактериальным вагинозом в сроке 34 недели беременности, хронической фетоплацентарной недостаточностью в сроке 34 недели и, начиная с 30 недель анемией легкой степени. Рецидив гестационного пиелонефрита в 39 недель, и на сроке 39,5 недель случились вагинальные роды. До начала родовой деятельности был диагностирован преждевременный разрыв плодных оболочек. Роды осложнились разрывом промежности 1 степени. Родился в ребенок мужского пола, 54 см, весом 3420 с оценкой по шкале Апгар 8/8. В детском отделении через 4 часа состояние ребенка ухудшилось, появилась одышка, признаки дыхательной недостаточности, что потребовало дотации кислорода. Был выставлен диагноз: ВУИ: пневмония. Новорожденный получал антибактериальную терапию цефотаксимом. Для дальнейшего лечения был переведен в детскую больницу.

В гистологическом заключении последа: плацента зрелая, признаки хронической плацентарной недостаточности, гнойный хориодецидуит. Пуповина не изменена.

Пациентка К, 24 года, настоящая беременность первая, планируемая, желанная, в браке. Менархе с 12 лет, длительность менструаций 6 дней, менструальный цикл 28 дней, менструация безболезненная. В анамнезе миопия слабой степени, первичный гипотиреоз.

На сроке 32 недели беременная заболела гестационным пиелонефритом (первый эпизод). Была госпитализирована в наблюдательное отделение, получала курс антибактериальной терапии цефотаксимом 1 г, 2 раза в сутки – 7 дней совместно с растительным уросептиком. Далее принимала профилактически растительный уросептик курсом 4 недели. По результатам микроскопии были получены следующие результаты: до антибактериальной терапии – лейкоциты 1–2, эпителий 2–5, флора палочковая; после антибактериальной терапии – лейкоциты до 5, эпителий 1–2, флора палочковая. Уровень рН вагинальной жидкости до лечения гестационного пиелонефрита – 4,2; после антибактериальной терапии – 4,0. Результаты ПЦР-метода «Фемофлор-16» до антибак-

териальной терапии – нормоценоз (*Lactobacillus* spp. – 109.5), после антибактериальной терапии – нормоценоз (*Lactobacillus* spp. – 107.5). Беременность после эпизода пиелонефрита протекала без осложнений. На 40-й неделе родился ребенок женского пола, в удовлетворительном состоянии, 52 см, весом 3350, с оценкой по шкале Апгар 9/9. Новорожденный в удовлетворительном состоянии с заключительным диагнозом «период ранней неонатальной адаптации» выписан домой.

Гистологическом заключении последа: плацента зрелая, лимфоидная инфильтрация оболочек. Пуповина не изменена.

Выводы

Антибактериальная терапия гестационного пиелонефрита цефалоспоридами может влиять на вагинальный микробиоценоз, оказывая губительное влияние на лактобациллы, снижая их количество, что требует обязательного этапа восстановления вагинального микробиоценоза, особенно при длительности терапии более 7 дней. Некорректируемые изменения в вагинальном микробиоценозе могут способствовать возникновению генитальной инфекции или рецидиву инфекции мочевыводящих путей, быть причиной последующих осложнений у новорожденного.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заболеваемость женщин в период беременности и родов в Республике Беларусь / А. Н. Черевко, Л. Н. Ломать, С. В. Куницкая, И. Н. Гирко // Здоровье населения и качество жизни : электрон. сб. материалов XI Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием / под ред. В. С. Лучкевича. – Санкт-Петербург, 2024. – Ч. 2. – С. 388–393.
2. Значение микробиоты в патогенезе осложнений беременности / Л. Р. Агабабян, Ф. Б. Хуррамова, Ф. Раупова, С. Раджабова // *Miasto Przyszłości*. – 2025. – Т. 57. – С. 259–263.
3. Захаренкова, Т. Н. Внутриутробная инфекция при доношенной беременности / Т. Н. Захаренкова, Е. Л. Лакудас, А. Н. Приходько // *Охрана материнства и детства*. – 2023. – № 2 (42). – С. 22 – 27.

УДК 618.15-037:591.61

Н. П. Пяткова, Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ КАК МАРКЕР СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Введение

Убедительные успехи современной науки и медицины на сегодняшний день оставляют открытыми ряд вопросов, связанных с рецидивирующими урогенитальными инфекциями. В последние годы продолжает увеличиваться доля заболеваний нижних отделов женской половой системы, связанных с количественной вариацией условно-патогенных микроорганизмов бактериальной природы во влагалище.

Высокая распространенность бактериального вагиноза (БВ) в последние годы подтверждает необходимость дальнейшего изучения данного заболевания. Указанный синдром достоверно часто встречается среди пациенток репродуктивного возраста и коррелирован с инициацией воспалительных заболеваний органов малого таза, нарушений менструального цикла и бесплодия [1]. БВ является фактором риска преждевременных родов, развития плацентарной недостаточности и внутриутробного инфицирования