

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Armenakas, N. A.* Extracorporeal shock wave lithotripsy: Operative dictations in urologic surgery / N. A. Armenakas, J. A. Fracchia, R. Golan. — 1-st ed. — N.Y., 2019. — P. 499–503.
2. *Li, J. K.* Updates in endourological management of urolithiasis / J. K. Li, J. Y. Teoh, C. F. Ng // *Int. J. of Urol.* — 2019. — Vol. 26, № 2. — P. 172–183.
3. Laparoscopic ureterolithotomy vs ureteroscopic lithotripsy for large ureteral stones / J. D. Choi [et al.] // *FSLs.* — 2019. — Vol. 23, № 2. — P. e2019.00008. — DOI: 10.4293/JLSL.2019.00008.
4. *Мартов, А. Г.* Эффективность и перспективы современной эндоурологии / А. Г. Мартов, Н. А. Лопаткин // *Материалы 10-го съезда российских урологов, Москва, 1–3 окт. 2002 г.* — М., 2002. — С. 675–679.
5. *Pedro, R. N.* Laparoscopic and robotic surgery for stone disease / R. N. Pedro, N. Buchholz // *Urolithiasis.* — 2018. — Vol. 46, № 1. — P. 125–127.
6. *Traxer, O.* Thulium fiber laser: the new player for kidney stone treatment? A comparison with Holmium: YAG laser / O. Traxer, E. X. Etienne // *World J. of Urol.* — 2020. — Vol. 38, № 8. — P. 1883–1894.

УДК 618.3-036:616.613-002.3-003.7-039.11

### ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОД ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТОК СТЕНТА В ПОЧКЕ

*Лашкевич Е. Л.*

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

#### **Введение**

Беременность требует дополнительных ресурсов организма для правильного развития будущего ребенка, при этом возникает ряд физиологических изменений, способствующих развитию инфекций мочевыводящих путей. Инфекция мочевыводящих путей является одной из наиболее распространенных бактериальных инфекций, которая приводит как к осложненному течению беременности, так и к потере работоспособности, развитию неврозоподобного состояния, нарушению привычного образа жизни [1]. Основными этиологическими агентами являются кишечная палочка, энтерококки, протей, стафилококки и стрептококки [2]. Иногда при пиелонефрите, мочекаменной болезни во время беременности, возникает выраженное сужение мочеточников, наблюдается нарушение оттока мочи, что требует постановки стента в почке. При этом увеличивается частота преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности и инфекционно-септических осложнений, как у матери, так и у плода [3].

#### **Цель**

Изучить течение беременности и ее исход при наличии у пациенток стента в почке.

#### **Материал и методы исследования**

Ретроспективно проанализированы истории родов 44 родильниц, родивших в физиологический срок. На группы родильницы разделены в зависимости от наличия стента в почках: в основную группу вошли 13 родильниц, которым во время беременности было проведено стентирование почек, контрольную группу составили 31 родильница без заболеваний почек. Анализировали течение беременности и родов, сопутствующие соматические и гинекологические заболевания. Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера — Стьюдента с определением доли ( $p$ , %) и стандартной ошибки доли ( $Sp$ , %), высчитывали медиану ( $Me$ ), 25 % и 75 % процентиля, отношение шансов, его доверительный интервал. 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

Средний возраст пациенток, которым потребовалось стентирование почек во время беременности, составил  $24,3 \pm 1,1$  лет, без заболеваний почек —  $26,9 \pm 1,1$  лет. В контрольной группе все женщины встали на диспансерный учет по беременности своевременно, в то время, как в основной группе 2 (15,4 ± 10 %) пациентки обратились в женскую консультацию позже 12 недель. Большинство женщин основной группы были первородящими — 11 (84,6 ± 10 %) против 6 (22,6 ± 7,5 %,  $\chi^2 = 13,82$ ,  $p < 0,001$ ) в контрольной.

Сопутствующая экстрагенитальная патология диагностирована у 76,9 ± 11,7 % пациенток основной группы и 87,1 ± 6 % женщин контрольной группы. Наибольший удельный вес в обеих группах занимают заболевания глаз и сердечно-сосудистой системы, а также щитовидной железы у пациенток контрольной группы (таблица 1).

В основной группе у 8 (61,6±13,5%) женщин во время настоящей беременности поражение почек проявилось гестационным пиелонефритом, у 5 (38,5 ± 13,5 %) ранее до беременности был диагностирован хронический пиелонефрит. У 5 (38,5 ± 13,5 %) пациенток во время беременности была диагностирована мочекаменная болезнь.

Таблица 1 — Структура экстрагенитальных заболеваний у обследованных пациенток, n (p ± s<sub>p</sub>,%)

Заболевания	Основная группа (N = 13)	Контрольная группа (N = 31)
Верхних дыхательных путей	1 (7,7 ± 7,4)	1 (3,2 ± 3,2)
Мочевыделительной системы	6* (46,2 ± 13,8) ( $\chi^2 = 12,88$ , $p < 0,001$ )	0
Печени и желудочно-кишечного тракта	3 (23,1 ± 11,7)	8 (25,8 ± 7,9)
Сердечно-сосудистой системы	5 (38,5 ± 13,5)	8 (25,8 ± 7,9)
Глаз	5 (38,5 ± 13,5)	10 (32,3 ± 8,4)
Щитовидной железы	2 (15,4 ± 10)	10 (32,3 ± 8,4)
Ожирение I–III ст.	3 (23,1 ± 11,7)	4 (12,9 ± 6)

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

Большинство женщин контрольной группы имели осложненное течение беременности — 28 (90,3 ± 5,3 %). В основной группе у пациенток чаще во время настоящей беременности диагностировали анемию и вагинит ( $p < 0,05$ , таблица 2). При наличии во время беременности заболеваний мочевыводящей системы, потребовавших проведения стентирования почек, у пациенток чаще в 4,09 раз наблюдали угрозу прерывания беременности (OR = 4,09; 95 % CI 1,02–16,4), а также истмико-цервикальную недостаточность — у 4 (30,8 ± 12,8 %) против 1 (3,2 ± 3,2 %,  $\chi^2 = 4,43$ ,  $p < 0,035$ ) в контрольной группе.

Таблица 2 — Осложнения настоящей беременности у обследованных пациенток, n (p ± s<sub>p</sub>,%)

Осложнения беременности	Основная группа (N= 13)	Контрольная группа (N=31)
Угроза прерывания	9 (69,2 ± 12,8)	11 (35,5 ± 8,6)
Преэклампсия	2 (15,4 ± 10)	4 (12,9 ± 6)
Анемия	10* (76,9 ± 11,7) ( $\chi^2 = 3,93$ , $p = 0,047$ )	12 (38,7 ± 8,8)
Вагинит	11* (84,6 ± 10,0) ( $\chi^2 = 6,01$ , $p = 0,014$ )	12 (38,7 ± 8,8)
Хроническая плацентарная недостаточность	3 (23,1 ± 11,7)	10 (32,3 ± 8,4)
Острые респираторные заболевания	5 (38,5 ± 13,5)	4 (12,9 ± 6)

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

Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибактериальным лекарственным средствам было проведено у 11 (84,6 ± 10 %) женщин, при этом рост микроорганизмов получен у 9 (81,8 ± 11,6 %). У всех пациенток микроорганизмы выделены в количестве больше 10<sup>5</sup> КОЕ/мл. Были выделены следующие микроорганизмы: *E. coli* — у 4 (36,4 ± 14,5 %), *Enterococcus faecalis* — у 2 (18,2 ± 11,6 %), *Staphylococcus haemolyticus* — у 1 (9,1 ± 8,7 %), грибы рода *Candida* — у 1 (9,1 ± 8,7 %), *Pseudomonas aeruginosa* — у 1 (9,1 ± 8,7 %).

Несвоевременное излитие околоплодных вод чаще диагностировано во время беременности у пациенток при наличии стентированной почки — 9 (69,2 ± 12,8 %) против 6 (19,4 ± 7,1 %,  $\chi^2 = 8,04$ ,  $p = 0,005$ ).

Проанализировав антропометрические данные новорожденных, установлено, что у женщин основной группы медиана веса новорожденного составила 2850 (2560–3000) г, в контрольной группе — 3250 (3000–3595) г. Медиана роста новорожденных от женщин со стентированной почкой была 51 (48–53) см, а у новорожденных от женщин без заболеваний почек — 54 (51–54) см.

В основной группе 2 (15,4 ± 10 %) новорожденных родились в асфиксии легкой степени тяжести, остальные — без асфиксии. В контрольной группе все дети родились без признаков асфиксии.

На второй этап выхаживания переведены 6 (46,2 ± 13,8 %) детей из основной группы и 2 (6,5 ± 4,4 %,  $\chi^2 = 7,22$ ,  $p = 0,007$ ) из контрольной. Врожденная пневмония в 6,44 раз чаще диагностирована у новорожденных от женщин с наличием стента почки — у 4 (30,8 ± 12,8 %) против 2 (6,5 ± 4,4 %, OR = 6,44; 95 % CI 1,01–41,18) из контрольной группы.

#### **Выводы**

1. Стентирование почек в 84,6 ± 10 % ( $p < 0,001$ ) проводили первородящим женщинам, что объясняется неполноценностью адаптационных механизмов к гестации.

2. Течение беременности при наличии у пациенток стента в почке чаще осложнялось вагинитом, анемией и истмико-цервикальной недостаточностью — в 84,6 ± 10 % ( $p = 0,014$ ), 76,9 ± 11,7 % ( $p = 0,047$ ) и 30,8 ± 12,8 % ( $p < 0,035$ ) соответственно.

3. При наличии заболеваний мочевыводящих путей, требующих стентирования почки во время беременности, чаще диагностировано несвоевременное излитие околоплодных вод — у 69,2 ± 12,8 % ( $p = 0,005$ ) женщин.

4. Врожденная пневмония в 6,44 раз чаще диагностирована у новорожденных от женщин с наличием стента в почке — у 30,8 ± 12,8 % (OR = 6,44; 95 % CI 1,01–41,18).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Шурпяк, С. А. К вопросу менеджмента пациенток с рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей и дисгормональной патологией репродуктивной системы / С. А. Шурпяк, В.И. Пирогова // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. — 2017. — № 5. — С. 1118–1133.

2. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. — М.: Триана-Х, 2005. — 816 с.

3. Акушерство: Национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 1088 с.

**УДК 618.15-008.87:615.281.9**

### **ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ И МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА**

**Лашкевич Е. А.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Республика Беларусь, г. Гомель**

#### **Введение**

Инфекционно-воспалительные заболевания в период гестации являются наиболее частой причиной невынашивания беременности [1]. Вагиниты у бере-