

страненным заболеванием, требующим своевременной диагностики, комплексной и адекватной терапии. Так же следует помнить о том, что, при лечении женщины с БВ половой партнер так же нуждается в диагностике и лечении данной патологии.

Литература

1. Радзинский В.Е., А.А. Оразмурадова «Беременность ранних сроков от програвидарной подготовки к здоровой гестации». 2018.
2. Рахматулина М.Р. Опыт применения 5-нитроимидазолов в терапии бактериального вагиноза. Российский вестник акушера-гинеколога 2015. № 6. С. 92–97.
3. Menard JP, Fenollar F, Henry M, Bretelle F, Raoult D. Molecular quantification of *Gardnerella vaginalis* and *Atopobium vaginae* loads to predict bacterial vaginosis. Clin. Infect. Dis., 2008.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВ0 И РИСКОМ РАЗВИТИЯ ВТЭО

Ремизонова А.В.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Савицкая В.М.
Кафедра акушерства и гинекологии
Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность: частота венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) в акушерстве составляет от 0,5 до 2 на 1000 родов и является весьма актуальной проблемой. Каждый случай ВТЭО вне зависимости от локализации представляет собой серьезную проблему для лечащего врача.

Цель исследования: выявление связи между групповой принадлежностью по системе АВ0 и количеством тромбоцитов в периферической крови, а также активностью фактора Виллебранда и активностью фермента ADAMTS13

Материалы и методы: нами был проведен ретроспективный анализ историй 325 женщин за 2017–2018 гг. на базе УЗ «2 ГКРД» г. Минска. Проведено комплексное клинично-лабораторное обследование особенностей течения беременности, родов, послеродового периода. Изучены данные лабораторных методов диагностики.

Результаты: в нашем исследовании мы проанализировали взаимосвязь между групповой принадлежностью и количеством тромбоцитов в периферической крови. Было выявлено, что у женщин со II (А), III (В) и IV (АВ) группами крови содержание тромбоцитов оказалось выше, чем у лиц с I (0) группой крови. Далее мы решили более подробно изучить активность ADAMTS13 и количество тромбоцитов у небеременных, беременных и родильниц. У небеременных женщин активность ADAMTS13 в среднем оказалась 74%, количество тромбоцитов — $282 \cdot 10^9/\text{л}$. В период с 12–16 неделю беременности активность ADAMTS13 постепенно снижается до раннего послеродового периода, а количество тромбоцитов наоборот увеличивается. В позднем послеродовом периоде наблюдается вновь повышение активности ADAMTS13 (среднее значение — 102%) и количества тромбоцитов — $301 \cdot 10^9/\text{л}$. У не рожавших женщин выявлена меньшая активность ADAMTS13, чем у рожавших, а у впервые беременных женщин уровень активности ADAMTS13 ниже, чем у повторно беременных.

Выводы: результаты нашего исследования и данные литературы показывают, что изменение уровня протеазной активности во время беременности и послеродового периода, вызванное неопознанными механизмами, может сделать послеродовой период более уязвимым для развития венозных тромбоэмболических осложнений. Беременность является фактором риска ВТЭО, однако в пределах 4–6 недель после родов опасность развития тромбоза глубоких вен еще выше, чем во время беременности. Таким образом, для профилактики ВТЭО во время беременности следует использовать низкомолекулярные гепарины (НМГ) или нефракционированный гепарин (НФГ), средством выбора являются НМГ.

Литература

1. Гергесова Е.Е. Группы крови, агрегация тромбоцитов и лимфоцитарно-тромбоцитарная адгезия // Тромбоз, гемостаз и реология. 2009. № 3. С. 37–42.
2. Morelli V.M. ABO blood group genotypes and the risk of venous thrombosis: effect of factor V. Leiden / V.M. Morelli M. C.H. De Visser, H.S. Vos. 2005. P. 183–185.
3. Bertina R.M. Mutation in blood concentrations of activated factor VIII, a very similar coagulating factor V associated with resistance to activated protein C / Bertina R.M., Koeleman B, Koster T. Nature, 1994; P. 64–67.

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ВЗОМТ

Ретин И.А., Селихова М.С., Солтыс П.А., Смольянинов А.А., Хакпиша Н.А.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Селихова М.С.
Кафедра акушерства и гинекологии
Волгоградский государственный университет

Актуальность: основной путь инфицирования внутренних половых органов женщины является восходящий, что определяет значимость вагинальных инфекций в воспалительных поражениях матки, маточных труб и яичников. В связи с этим представляет определенный интерес изучения особенностей микрофлоры цервикального канала.

Цель исследования: целью явилось изучение микрофлоры цервикального канала у пациенток с верифицированным диагнозом ВЗОМТ и оценка проводимой антибиотикотерапии.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 523 историй болезни пациенток, госпитализированных в гинекологическое отделение ОКБ № 1 г. Волгограда с диагнозом ВЗОМТ. Пациентки поделены на 3 группы: острый воспалительный процесс гениталий обострение хронического процесса и tuboоварийные образования.

Результаты: все пациентки были в возрасте от 18 до 49 лет. Нарушения менструального цикла выявлены у каждой третьей пациентки. Диагноз ВЗОМТ был подтвержден данными лабораторного обследования, УЗИ. Анализ изучения микрофлоры влагалища выявил наличие вагинита у пациенток. При проведении микробиологических исследований у пациенток с обострением хронического воспалительного процесса органов малого таза часто определялись ассоциации условно-патогенных микроорганизмов. Анализ продолжительности использования антимикробной терапии в каждой группе показал, что в 1 группе у 62 пациенток принимали антимикробную терапию в течение 6 суток; у 48 пациенток — от 7 до 10 суток; у 7 пациенток — более 10 дней. Во 2 группе у 115 пациенток принимали антимикробную терапию в течение 6 суток; у 248 пациенток — от 7 до 10 суток; у 23 пациенток — более 10 дней. В 3 группе у 1 пациентки принимали антимикробную терапию в течение 6 суток; у 10 пациенток — от 7 до 10 суток; у 9 пациенток — более 10 дней. ($p < 0,001$).

Выводы: полученные данные свидетельствуют, что средний возраст пациенток с ВЗОМТ, требующих стационарного лечения, составляет 35.3 ± 7.1 года, у каждой третьей пациентки (31.5%) сопровождается нарушениями менструального цикла. Проведенное исследование свидетельствует о том, что на этапе стационарного лечения, пациентки получают не полный курс антибиотикотерапии, как рекомендовано в руководстве по рациональной антибиотикотерапии при ВЗОМТ. Рекомендуемый курс антибиотикотерапии при ВЗОМТ составляет 10–14 дней, не соблюдение данных рекомендаций может способствовать развитию рецидивов и снижать репродуктивный потенциал женщин.

Литература

1. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. М.: ТриадаХ, 2004. 176 с.
2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 4-е изд., перераб. и доп. / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1024 с.
3. Козлов Р.С., Голуб А.В. Стратегия использования антимикробных препаратов как попытка ренессанса антибиотиков // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. 2011. № 13(4). С. 322–334.