

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ 3–10 ЛЕТ

Харламова Ю.А.

Научный руководитель: к. м. н. Шалонина Т.Г.
Кафедра акушерства и гинекологии
Южно-Уральский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: среди всех болезней женской репродуктивной системы в детском возрасте вульвовагиниты (ВВ) составляют 83,6%. Несмотря на современные возможности диагностики и лечения ВВ часто принимают рецидивирующий характер.

Цель исследования: проанализировать факторы риска возникновения рецидивирующего ВВ у девочек 3–10 лет.

Материалы и методы: анализ клинических случаев рецидивирующего ВВ у 50 больных (основная группа — ОГ) и 20 случаев ВВ без рецидива в последующие 6 месяцев наблюдения (контрольная группа — КГ) у девочек 3–10 лет, обследованных гинекологом детского и подросткового возраста в 2017–2018 гг.

Результаты: факторами риска, рецидивирующего ВВ у девочек явились укороченный период грудного вскармливания (1–3 мес.) — 19 чел. (38%) (КГ — 0), недоношенность — в 5 случаях (10%) (КГ — 0). Дети ОГ имели более высокий инфекционный индекс — 36 чел. (72%) (КГ — 3 чел. (15%)), хроническую соматическую патологию — 32 чел. (64%) (КГ — 3 чел. (15%)), среди которой воспалительные заболевания мочевыделительной системы — у 18 чел. (36%) (КГ — 3 чел. (15%)), ЛОР-органов — у 21 чел. (42%) (КГ — 3 чел. (15%)) и аллергические заболевания — 8 чел. (16%) (КГ — 1 чел. (5%)), а также получали антибиотикотерапию 2 и более раз в течении года — 37 чел. (74%) (КГ — 0). При анализе микробиологического пейзажа в ОГ было выявлено преобладание микрофлоры семейства кишечных: *E. Coli*- у 13 девочек (34%), *E. faecalis* — у 6 (12%), на втором месте *mix*- инфекция (2 и более возбудителя) — у 8 (16%), часто выявлялся *St. aureus* — у 6 (12%) и *K. Pneumoniae* — у 3 (6%), в 5 (10%) случаях - грибы рода *Candida*.

Выводы: рецидивирующее течение ВВ у девочек 3–10 лет часто сочеталось с укороченным периодом грудного вскармливания, недоношенностью, более высоким инфекционным индексом, хронической соматической патологией и частым приемом антибактериальных препаратов. Среди хронической соматической патологии важное значение имели воспалительные заболевания мочевыделительной системы и ЛОР-органов и аллергические заболевания. Микробиоценоз влагалища при рецидивирующем ВВ представлен преимущественно семейством кишечных и *mix* — инфекцией. Часто выявляется *St. aureus* и *Kl. pneumoniae*, а также грибы рода *Candida*.

Литература

1. Казакова А.В. «Прогнозирование и профилактика воспалительных заболеваний вульвы и влагалища у девочек»: дисс... доктора медицинских наук: 14.01.01 / Казакова Анна Владимировна; [Место защиты: ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации], 2019. 3 с.

РЕЗЕРВЫ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И ДАЛЬНЕЙШЕГО СНИЖЕНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

Храмова А.А., Антонова Е.С., Смирнова М.Ю.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Корнилова Т.Ю.
Кафедра акушерства и гинекологии
Ульяновский государственный университет

Актуальность: совершенствование перинатальной службы привело к резкому снижению ранней неонатальной смертности в течение последних нескольких десятков лет, однако, без снижения антенатальных потерь. Проблема мертворождений является актуальной для всех стран мира.

Цель исследования: выявить факторы, определяющие внутриутробную гибель плода при беременности, на которые можно воздействовать.

Материалы и методы: анализ медицинской документации (обменные карты, истории родов, протоколы патологоанатомического исследования плаценты и аутопсии плода, заключения ЛКК) 62 случаев антенатальной гибели плода (АГП) за период с 01.01.16 г. по 31.12.18 г.

Результаты: в 32% случаев АГП произошла у первобеременных, у 46% пациенток — в первых родах. Анализ основных причин АГП у первобеременных показал, что в 25% случаев плод погиб из-за тугого обвития пуповины вокруг шеи или перекрута пуповины около пупочного кольца, в 15% — на фоне ПОНРП и еще в 15% случаев причиной АГП стала монохориальная двойня с развившемся на ее фоне синдрома фето-фетальной трансфузии. Анализ данных качества антенатального наблюдения продемонстрировал, что только 10% пациенток не состояли на учете по беременности. Среди причин АГП у этих беременных зарегистрированы в 66% случаев ПОНРП и тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода, 17% плодов погибли из-за ВПР, и в 17% случаев имела место задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП). В 59% случаев новорожденные погибли антенатально, имея при рождении экстремально низкую и низкую массу тела. Вторая по частоте причина мертворождений при доношенном сроке (21% случаев) оказалась управляемой — ЗВРП.

Выводы: имеются резервы для повышения качества перинатальной помощи и дальнейшего снижения перинатальной смертности, включая антенатальную гибель плодов. Полученные данные еще раз доказывают, что формальное наличие антенатального наблюдения не гарантирует отсутствие неблагоприятного исхода. Одним из важнейших резервов является своевременная диагностика ЗВРП, родоразрешение в наиболее безопасных для плода условиях (перинатальные центры) и сроках. Актуальной остается профилактика преждевременных родов. Также представляется важным повышение качества работы патологоанатомической службы, например, в вопросах верификации инфекции или диагностики патологии пуповины/плаценты.

Литература

1. Волков В.Г. Перинатальная смертность среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2017. Т. 9, № 3. С. 98–102.
2. Волков В.Г., Гранатович Н.Н. Основные причины материнской смертности в Тульской области в XXI в. // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2017. Т. 16, № 2. С. 10–14.
3. Кукарская И.И., Ербактанова Т.А. Региональные аспекты мертворождаемости в Тюменской области в 2014 году // Медицинская наука и образование Урала. 2015. Т. 16, № 3 (83). С. 105–109.

ЦИСТАТИН С — СПЕЦИФИЧЕСКИЙ МАРКЕР ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Худовекова А.М., Старовойтова Л.А.

Научный руководитель: д. м. н., проф. Мозговая Е.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: при беременности средние сывороточные уровни цистатина С не зависят от возраста, роста, уровня глюкозы в крови. В интактном виде молекула не подвергается канальцевой реабсорбции, секреции. Поэтому Цистатин С может считаться практически идеальным маркером скорости клубочковой фильтрации.

Цель исследования: уточнить методы диагностики инфекций мочевыводящих путей (ИМП) у беременных с помощью биохимического маркера Цистатина С.