

низкий уровни тревожности, показатели III триместра сложились следующим образом 62,5% средний, 25% высокий и 12,5% низкий уровни тревожности.

Выводы. На основании проведенного исследования высокий уровень ситуативной тревожности, как ответ на влияние стрессового фактора на организм, преимущественно наблюдается у женщин находящихся на II и III триместрах беременности и не относящихся к числу первородящих.

ЛИТЕРАТУРА

1. Материнский стресс и здоровье ребенка в краткосрочной и долгосрочной перспективе / Е. С. Акарачкова [и др.] // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2019. – №3. – С. 26–32.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С УРЕАПЛАЗМОЗОМ

Таргонская А. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Барцевич И.Г.

Актуальность. Беременность – это сложный многофакторный процесс, и в развитии осложнений гестации большая роль принадлежит инфекционному фактору. Многими авторами признан факт негативного влияния хламидийной инфекции на течение беременности, в частности, установлена роль данной инфекции в развитии привычного невынашивания, фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода, повышается частота преждевременных родов, послеродовых осложнений и др. [1]

Широкое распространение урогенитальных микоплазм и их частое выявление у практически здоровых женщин, в том числе вследствие низкой информативности серологических методов диагностики оставляют нерешенным вопрос о роли этих микроорганизмов на течение беременности. Отсутствие единой точки зрения на роль *Ureaplasma urealyticum* в инфицировании плода и трудности в дифференциальной диагностике внутриутробного и постнатального инфицирования часто приводят к позднему распознаванию и несвоевременному лечению врожденной инфекции. В то же время гипердиагностика и необоснованная антибактериальная терапия в антенатальном периоде потенциально увеличивают риск персистенции резистентной флоры и затрудняют терапию новорожденных, а также усиливают физиологический иммунодефицит беременных [2].

Цель. Выявить влияние уреаплазмоза на течение беременности и родоразрешения.

Методы исследования. Исследование основано на анализе выкопированных сведений из первичной медицинской документации перинатального центра и женских консультаций. Изучены материалы о 35 пациентках, у которых был выставлен диагноз уреоплазмоз.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин составил $28,1 \pm 0,7$ лет. Процент первородящих от общего числа рожениц составил 37,1%. Наличие осложненного акушерско-гинекологического анамнеза выявлено у 68,6% женщин, инфицированных уреоплазмами. Также у 14,3% беременных были диагностированы различные воспалительные заболевания органов малого таза. Среди сопутствующей соматической патологии у женщин имели место заболевания мочевыделительной системы (20,0%), патология поджелудочной железы (8,5%), нарушения со стороны зрительного анализатора (25,7%), болезни органов пищеварения (14,3), системы кровообращения (31,4%), острые респираторные заболевания (11,4%). Особенности течения беременности: угроза прерывания беременности в I триместре составила 2,9%, во II триместре – 5,7%, в III триместре – 8,6%; фетоплацентарная недостаточность выявлена у 5,7% беременных; гестоз у 8,5%. Анемия сопутствовала беременности у 14,3% рожениц. У 17,1% рожениц произошел преждевременный разрыв плодных оболочек.

Выводы. Течение гестационного периода у женщин с уреоплазменной инфекцией отличается большей частотой встречаемости осложнений, но не стоит отрицать, что высокая заболеваемость при невынашивании беременности может быть обусловлена акушерской и соматической патологией матери, а также морфофункциональной незрелостью плода, не связанной с уреоплазмозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мельникова, Т. А. Влияние инфицированности уреоплазмами на течение гестационного периода / Т. А. Мельникова // Пермский медицинский журнал. – 2014. – Том XXXI. – №6. – С. 63-67.
2. Роль уреоплазмозной инфекции в этиологии и патогенезе преждевременного разрыва плодных оболочек и преждевременных родов / П. В. Козлов [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – Т.2. – №2. – С. 33-36.