

гастроэнтерологической патологии ($<0,05$).

Для идентификации трихомонад, грибов, микоплазм и условно-патогенной бактериальной флоры рекомендуется проведение культурального исследования; для идентификации хламидий, ВПГ и ЦМВ – реакции иммунофлюоресценции. Определение IgG к *T.vaginalis*, IgG к *M.hominis*, IgA к *U.urealyticum* может быть использовано в качестве вспомогательных тестов. Определение IgA к *M.hominis*, IgG к *U.urealyticum*, IgG к ВПГ/ЦМВ имеет наименьший практический интерес.

В комплексной оценке инфекционного фактора у женщин репродуктивного периода, столкнувшихся с проблемой наступления беременности, диагностируется хронический цервицит, для подтверждения которого необходимо отдавать предпочтение тестам, диагностическая чувствительность и специфичность которых позволяет выявить возбудителя или его антиген непосредственно в очаге воспаления (культуральный метод, иммунофлюоресценция, бактериоскопия), а результаты серологической диагностики будут носить ориентировочный характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кирилова, Е.Н. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки и эндометрия: учеб.-метод. пособие / Е. Н. Кириллова, С. А. Павлюкова. – Минск: БГМУ, 2013. – 43с.
2. Арестова, И.М. Рецидивирующая герпетическая инфекция в репродуктивной и перинатальной патологии / И.М. Арестова, С.Н. Занько, В.М. Семенов. – Витебск: БГМУ, 2003. С.146.
3. <https://emedicine.medscape.com/article/253402-overview> / Дата доступа 01.11.2017.
4. May W., Gulmezoglu A. M., Ba-Thike K. Antibiotics for incomplete abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD001779. DOI: 10.1002/14651858.CD001779.pub2.

МАТЕРИНСТВО В 40 ЛЕТ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА АКУШЕРСТВА

Ганчар Е.П.¹, Гурин А.Л.¹, Колесникова Т.А.², Демина О.В.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненский областной клинический перинатальный центр

Актуальность. В динамике последних лет возросло число женщин, выполняющих функцию материнства в возрасте 40 лет и старше. Изучение старшего репродуктивного возраста актуально в

связи с тем, женщины старше 40 лет представляют собой завершающую стадию развития репродуктивных процессов в популяции. Следует ожидать дальнейшего повышения частоты родов у женщин в возрасте 40 лет и старше благодаря успехам лечения бесплодия, невынашивания беременности и достижениям пренатальной диагностики, а также с планированием деторождения на более поздний возраст, так как желание иметь ребенка у некоторых женщин появляется только после достижения определенного материального благополучия.

До сих пор нет единого мнения о том, является ли возраст женщины старше 40 лет фактором риска. Большинство авторов указывают что беременность у женщин старше 40 лет протекает патологически, а роды сопровождаются рядом тяжелых осложнений как для матери, так и для ребенка. Однако есть сведения, что поздний возраст матери при отсутствии осложнений в антенатальном периоде не влияет на здоровье матери и исход беременности и может быть сведен к минимуму при квалифицированной акушерской помощи.

Несмотря на большой интерес к проблеме беременности и родов у женщин старше 40 лет, проблема остается актуальной.

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности и родов у женщин 40 лет и старше.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели проведен сравнительный ретроспективный анализ течения беременности и родов у 102 пациентов. Основную группу составили 72 женщины, родившие в возрасте 40 лет и старше, контрольную – 30 пациентов, родивших в наиболее благоприятном детородном возрасте с 20 до 30 лет. Было проведено анкетирование для выявления причин к деторождению в таком позднем репродуктивном возрасте, изучена первичная документация: амбулаторные карты беременных, истории родов, истории развития новорожденных. Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерных программ EXCEL, STATISTICA 6,0.

Результаты и обсуждение. Причиной наступления беременности в возрасте 40 лет и старше – 38,9% женщин назвали позднее вступление в брак, 31,9% сначала предпочли добиться профессиональных успехов, сделать карьеру, 16,7% как причину отметили материальное благополучие, 8,3% – бесплодие, 4,2% – экстрагенитальные заболевания. Большинство женщин – 94,4% позднего репродуктивного возраста положительно охарактеризовали

свою реакцию на факт беременности.

Средний возраст пациентов основной группы составил – $41,2 \pm 0,25$ года, контрольной – $24,4 \pm 2,6$ года ($p < 0,05$). Первородящих в основной группе было 11,1%, в контрольной – 63,3% ($p < 0,05$).

Выявлены достоверные различия по уровню образования: среди женщин основной группы высшее образование имели 48,6% опрошенных, среднее специальное образование – 34,7%, среднее – 16,7%, в контрольной группе – 36,7%, 43,3%, 20% соответственно ($p < 0,05$). Не работало 20,8% пациентов из основной группы, 13,3% из контрольной ($p < 0,05$). Брак был не зарегистрирован у 8,3% женщин из основной группы, у 20% из контрольной ($p < 0,05$).

Выявлены статистически значимые различия по частоте встречаемости экстрагенитальной патологии ($p < 0,05$). Экстрагенитальная патология у обследованных пациентов была выявлена в 91,6% случаев в основной группе и в 63,3% случаях в контрольной. Определились достоверные различия в частоте встречаемости отдельных нозологий ($p < 0,05$): заболевания сердечно-сосудистой системы (43,1% и 23,3%); хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (29,2% и 16,7%); заболевания эндокринной системы (26,4% и 10%); заболевания почек (20,8% и 10%); хронические заболевания органов дыхания (12,5% и 3,3%).

Выявлены достоверные различия в структуре гинекологических заболеваний в основной и контрольной группе ($p < 0,05$). Среди гинекологических заболеваний преобладали: патология шейки матки (48,6% и 10%), неспецифические и специфические воспалительные заболевания (40,3% и 13,3%), бесплодие (25% – данное осложнение выявлено только в основной группе), кисты яичников (12,5% и 3,3%), миома матки (11,1% – только в основной группе). Медицинские аборт в анамнезе имели 41,7% женщин из основной группы и 6,7% из контрольной ($p < 0,05$).

Среди осложнений настоящей беременности в основной и контрольной группе выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$). У женщин, родивших в возрасте 40 лет и старше, достоверно чаще беременность осложнялась преэклампсией (58,3%), угрозой прерывания беременности (48,6%), хронической плацентарной недостаточностью (27,8%), анемией (16,7%), многоводием (11,1%). В контрольной группе эти осложнения составили – 20%, 16,7%, 3,3%, 6,7%, 3,3% соответственно.

Достоверных различий в сроках родоразрешения в

сравниваемых группах не было выявлено ($p>0,05$). Частота встречаемости преждевременных родов в основной группе составила – 5,6%, в контрольной – 3,3% ($p>0,05$). Выявлены статистически значимые различия в способах родоразрешения женщин в сравниваемых группах ($p<0,05$). Женщины из основной группы родоразрешены в 55,6% случаев путем операции кесарева сечения, через естественные родовые пути в 44,4%, в контрольной группе 26,7% и 73,3%, соответственно. В структуре показаний к операции кесарева сечения у женщин 40 лет и старше преобладали экстрагенитальные заболевания, оперированная матка в анамнезе, бесплодие, преэклампсия, многоплодная беременность, плацентарная недостаточность. Статистически значимых различий в течение послеродового периода в исследуемых группах выявлено не было ($p>0,05$).

Средний вес плодов у женщин основной группы и у пациентов из контрольной группы достоверно не различим ($p>0,05$). Однако частота гипотрофии у новорожденных в основной группе была достоверно выше, чем в группе контроля и составила 11,1% и 3,3% соответственно, $p<0,05$. При первичном осмотре неонатологом новорожденных обеих групп подавляющее большинство детей – 87,5% основной группы и 90% контрольной группы были в удовлетворительном состоянии ($p>0,05$), и имели оценку по шкале Апгар – 8/9 баллов. 12,5% младенцев основной группы и 10% контрольной группы родились в состоянии средней степени тяжести ($p>0,05$). Состояние средней степени тяжести у младенцев было обусловлено: неврологической симптоматикой в виде синдрома умеренного угнетения ЦНС (5,6% и 3,3%), синдромом дыхательных расстройств (2,8% и 3,3%) и перенесенной хронической внутриутробной гипоксией (4,2% и 3,3%). Случаев тяжелой асфиксии в анализируемых группах не было. У 5,6% новорожденных основной группы выявлены пороки развития (в контроле данных осложнений выявлено не было): в 2 случаях (2,8%) пороки развития костно-суставной системы, в 1 случае (1,4%) порок почек и в 1 случае (1,4%) синдром Дауна.

Выводы:

1. Беременность и роды у женщин 40 лет и старше относятся к факторам высокого риска по возникновению акушерской патологии в связи с наличием отягощенного соматического и гинекологического анамнеза. У данного контингента женщин достоверно чаще

беременность осложняется преэклампсией (58,3%), угрозой прерывания беременности (48,6%), хронической плацентарной недостаточностью (27,8), анемией (16,7%), многоводием (11,1%).

2. Пациенты старшей возрастной группы достоверно чаще родоразрешаются путем операции кесарева сечения (55,6%) в связи с наличием экстрагенитальной патологии, отягощенного акушерского анамнеза.

3. Женщины 40 лет и старше представляют фактор риска по развитию перинатальной патологии (гипотрофии плода, врожденных пороков развития).

МЕТОД ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ганчар Е.П., Кажина М.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В последнее время предметом глубокого изучения стали вопросы качественной характеристики акушерской патологии у женщин с метаболическим синдромом (МС). На фоне МС у женщин довольно часто наблюдаются нарушения менструального цикла и бесплодие. В случае наступления беременности врачи сталкиваются с рядом осложнений: угрозой прерывания, преэклампсией, плацентарной недостаточностью, кровотечениями, высокой частотой оперативных вмешательств. В литературе описаны патогенетические факторы акушерских осложнений на фоне МС: гипергликемия, тромбофилия, гипергомоцистеинемия, дислипидемия, дефицит прогестерона, дефицит магния, витаминов А, Е, С, активация перекисного окисления липидов. Известно, что даже физиологически протекающая беременность характеризуется целым рядом метаболических сдвигов. Очевидно, что нормализация гомеостаза у беременных на фоне МС, не является реально воплотимой задачей. Несмотря на широкое распространение МС среди беременных и доказанную высокую частоту акушерских осложнений, в литературе нет достоверных данных об эффективной коррекции метаболических нарушений на прегравидарном этапе (т.е. этапе предшествующем беременности) с целью профилактики осложнений гестационного периода, родов и улучшения перинатальных исходов.