

Результати дослідження та їх обговорення. За віком ми розподілили обстежених пацієнток на групи. До I-ої групи (59 жінок) зараховано пацієнток молодого репродуктивного віку (від 18 до 35 років). До II-ої (175 пацієнток) увійшли хворі пізнього репродуктивного віку (від 36 до 45 років). III-тю групу (171 хвора) утворили пацієнтки у періоді періменопаузи (від 46 до 60 років).

У таблиці наведена віково-морфологічна характеристика хворих із клінічним діагнозом «лейоміома матки з геморагічним синдромом».

Таблиця.

Групи хворих	Кількість хворих	Середній вік (M±m)	ЗГЕ	ЗКГЕ	АГЕ	ПЕ
I група	59/14,6	30,9±3,9	43/72,9	4/6,8	17/28,8	17/28,8
II група	175/43,2	40,7±4,1	71/40,6	30/17,1	41/23,4	122/69,7
III група	171/42,2	51,0±4,3	122/71,3	51/29,8	66/38,6	122/71,3
Загаль-на кількість	405/100	43,6±5,1	236/58,3	85/21,0	124/30,6	261/64,4

Висновки.

1. Клінічний діагноз “лейоміома матки з геморагічним синдромом” гістологічно супроводжується високою частотою атипологічної гіперплазії ендометрію вже у жінок молодого репродуктивного віку (28,8%), а в періоді періменопаузи це вже хворі, яких треба зараховувати до групи високого ризику за раком ендометрію, про що свідчить висока частота виявлення в них усіх форм гіперплазій ендометрію (ЗГЕ – 71,3%, ЗКГЕ – 29,8%, АГЕ – 38,6%) і ПЕ – 71,3%.

2. Хворі пізнього репродуктивного віку належать до групи високого ризику розвитку раку ендометрію на підставі високої частоти виявлення в них АГЕ і ПЕ.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ЧИСТОТЫ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Исак Е.С., Амро И.Г., Кордик Ю.В.

Запорожский государственный медицинский университет
кафедра акушерства и гинекологии

В структуре гинекологической патологии 65% занимают воспалительные заболевания женских половых органов. Важную роль в возникновении воспалительных заболеваний женской половой сферы играет микрофлора влагалища. Чтобы не допустить возникновения воспалительного процесса в послеродовом периоде, женщинам рекомендуется сдавать анализ из мочеполовых органов.

Микрофлора влагалища также оказывает влияние на формирование микробиоценоза кожи и кишечника ребенка. При некоторых заболеваниях возможно внутриутробное заражение малыша. В некоторых случаях измененная микрофлора, которую покажет плохой мазок при беременности, может ухудшить течение послеродового восстановления, и даже вызвать появление инфекционных осложнений.

Цель исследования: изучить показания и качество здоровья женщин, определить степень чистоты влагалища и его влияние на течение беременности, родов и состояние плода.

Материал и методы: Нами было изучены обменные карты и истории родов у 31 беременной, которым была проведена операция кесарева сечения в КУ «Областной перинатальный центр» ЗОР г. Запорожья в 2016 г. В работе использованы стандартные методы статистической обработки

Результаты исследований и их обсуждение. Обследованные женщины были в возрасте от 19 до 38 лет. Средний возраст обследованных женщин составил $29,4 \pm 1,1$ года. Первые роды были у 12 (38,7%), повторные – у 19 (61,3%). Анамнез был отягощен абортми - у 8 (25,8%), самопроизвольным выкидышем – у 4 (12,9%). Эрозия шейки матки диагностирована у 10 (32,3%) женщин. Герпес в анамнезе встречался у 2 (6,4%).

Течение беременности осложнилось анемией в 9,6% случаях, гестационным диабетом – в 3,2%.

Проведена оценка степени чистоты влагалища у беременных перед родоразрешением: 1-я - степень чистоты влагалища была у 8 (25,8 %) пациенток, 2 - степень - у 20 (64,5%), 3- степень - у 3 (9,7 %). При этом смешанная флора отмечена в 32,2% мазков, дрожжевой грибок выявлен у 19,4% обследованных, кокковая флора – у 6,45%, генитальный герпес – у 6,5%.

Операция кесарева сечения проводилась в сроках 31-40 нед гестации, что в среднем составило $37,5 \pm 2,8$ нед. Первое кесарево сечение проведено 17 (54,8%) пациенткам, повторное – 12 (38,7%), третье – двум (6,5%). Стерпень перинатального риска соответствовала – 4,2 балла.

Показаниями к проведению кесарева сечения были: несостоятельность рубца на матке – 14 (45,2%), слабость родовой деятельности – 3 (9,7%), ножное предлежание – 3 (9,7%). Преэклампсия средней степени была у 7 (22,6%), ПОНРП – 2 (9,7%).

При анализе осложнений у новорожденных нами установлено, что у одного недоношенного ребенка в сроке 31 недели гестации диагностированы дыхательная недостаточность, выявлен бактериальный сепсис и бактериальный менингит. В единичных случаях был выставлен диагноз ВУИ, дыхательная недостаточность и микроцефалия.

Выводы:

1) Всем беременным высокой группы риска показано проведение бактериоскопического исследования отделяемого из влагалища.

2) Забор анализа необходимо проводить в 3 триместре с целью осуществления своевременной профилактической санации родовых путей.

3) При выявлении 3 и 4 степени чистоты влагалища показано дообследование с использованием бактериологических методов исследования, при необходимости ПЦР с тщательным мониторингом в послеродовом периоде с целью профилактики гнойно-септических осложнений.