

Долгушина В.Ф., Курносенко И.В., Асташкина М.В.,
Надвикова Т.В., Смольникова Л.А., Фортыгина Ю.А.

Генитальная инфекция у женщин при спонтанных своевременных и преждевременных родах

Кафедра акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск

Dolgushina V.F., Kurmosenko I.V., Astashkina M.V., Nadvicova T.V., Smolnikova L.A.,
Fortygina Yu.A.

Genital infection in women with spontaneous, timely and premature birth

Резюме

В последние годы активно изучается влияние генитальной инфекции на течение беременности и перинатальные исходы. Встает вопрос - почему генитальная инфекция во время беременности в одних случаях может стать причиной преждевременных родов, а в других практически не влияет на ее течение остается до конца не изученным. Цель работы: оценить особенности анамнеза, течения беременности, структуры инфекционной патологии и ее лечения у женщин со своевременными и преждевременными родами. Ретроспективно проанализировано 112 женщин с инфекционной патологией влагалища и шейки матки. Установлено, что структура инфекционной патологии нижнего отдела репродуктивного тракта у женщин со спонтанными преждевременными родами была представлена: цервицитом - 29,4%, вагинитом - 21,6%, их сочетанием (цервиковагинитом) - 17,6%, бактериальным вагинозом - 15,7%, дисбиозом влагалища - 15,7%. При очень ранних и ранних преждевременных родах самой частой формой инфекционной патологии нижнего отдела гениталий являлся цервиковагинит; при преждевременных родах - вагинит. Структура генитальной инфекции у пациенток со своевременными родами: цервицит - 27,9%, вагинит - 26,2%, дисбиоз влагалища - 16,4%, бактериальный вагиноз - 14,8%, цервиковагинит - 14,8%. Выводы: У женщин со спонтанными преждевременными и своевременными родами не было выявлено отличий по структуре инфекционной патологии нижнего отдела репродуктивного тракта. У пациенток с генитальной инфекцией, беременность у которых закончилась спонтанными преждевременными родами достоверно чаще, чем в группе сравнения имели место: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, заболевания мочевыделительной системы, стойкая угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность, железодефицитная анемия. У пациенток со спонтанными преждевременными родами процент морфологически подтвержденной внутриматочной инфекции был достоверно выше, чем у женщин, родивших в срок и установленные морфологические формы отличались более высокой степенью вовлеченности тканей последа в воспалительный процесс (мембранит, плацентит). **Ключевые слова:** генитальная инфекция, внутриматочная инфекция, спонтанные преждевременные роды, своевременные роды

Summary

In recent years, the influence of genital infection on pregnancy and perinatal outcomes has been actively studied. The question arises-why genital infection during pregnancy in some cases can cause premature birth, and in others practically does not affect its course is not fully understood. Objective: to assess the features of history, pregnancy, structure of infectious pathology and its treatment in women with timely and premature birth. 112 women with infectious diseases of the vagina and cervix were retrospectively analyzed. It was found that the structure of infectious pathology of the lower reproductive tract in women with spontaneous preterm labor was represented by: cervicitis-29.4%, vaginitis-21.6%, their combination (cervicovaginitis) - 17.6%, bacterial vaginosis - 15.7%, vaginal dysbiocenosis - 15.7%. In very early and early preterm labor, the most common form of infectious pathology of the lower genitals was cervicovaginitis; in preterm labor - vaginitis. Structure of genital infections in patients with the timely childbirth: cervicitis is 27.9%, vaginitis - 26.2%, desbiens vagina - 16.4%, bacterial vaginosis - 14.8%, cervicovaginitis is 14.8%. Conclusions: there were no differences in the structure of infectious pathology of the lower reproductive tract in women with spontaneous premature and timely delivery. In patients with genital infection, pregnancy in which ended spontaneous preterm birth significantly more often than in the comparison group there were: burdened obstetric and gynecological history, diseases of the urinary system, persistent threat of termination of pregnancy, placental insufficiency,

iron deficiency anemia. In patients with spontaneous premature birth percentage of morphologically confirmed intrauterine infection was significantly higher than in women who gave birth at term and the set of morphological forms were distinguished by a higher degree of involvement of the tissues of the placenta in the inflammatory process (membranes, placenta).

Key words: genital infection, intrauterine infection, spontaneous premature birth, timely delivery

Введение

В последние годы активно изучается влияние генитальной инфекции на течение беременности и перинатальные исходы [1,2,3,4]. Инфекционная патология репродуктивного тракта представлена большим спектром дисбиотических и воспалительных процессов влагалища и шейки матки, которые в свою очередь являются фактором риска развития внутриматочной инфекции (ВМИ) у беременных женщин [6, 9, 10, 12]. С генитальной инфекцией связаны такие акушерские проблемы, как невынашивание беременности, плацентарная недостаточность, ВУИ плода и новорожденного [5, 7, 8, 9, 13]. Однако, вопрос - почему генитальная инфекция во время беременности в одних случаях может стать причиной преждевременных родов, а в других практически не влияет на ее течение остается до конца не изученным.

Исходя из этого, была определена цель исследования: оценить особенности анамнеза, течения беременности, структуры инфекционной патологии и ее лечения у женщин со своевременными и преждевременными родами.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ акушерского и гинекологического анамнеза, течения и исходов беременности, результатов морфологического исследования последов у 112 женщин с инфекционной патологией влагалища и шейки матки, которые были разделены на 2 группы: I группа - 51 пациентка со спонтанными преждевременными родами, II группа - 61 женщина со своевременными родами.

Критерии включения: спонтанное начало родовой деятельности, установленная во время беременности инфекционная патология нижнего отдела гениталий и наличие заключений морфологического исследования последов.

Критерии исключения: индуцированная и многоплодная беременность, индуцированные роды.

Были изучены: акушерско - гинекологический анамнез, соматический статус, течение настоящей беременности. Форма и этиология инфекционной патологии нижнего отдела гениталий были установлены по результатам осмотра слизистой влагалища и шейки матки в зеркалах, микробиологического исследования, включа-

ющего микроскопию материала из заднего свода влагалища и цервикального канала, бактериологический посев из цервикального канала, ПЦП на *Chlamidia trachomatis* и *Mycoplasma genitalium*.

Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программ Microsoft Excel 2016 и IBM SPSS Statistics 22. Достоверность различий между группами определяли с помощью метода Хи - квадрата, критерия Манна - Уитни, критерия Фишера. Различия между сравниваемыми показателями признавали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В большинстве случаев форма и этиология генитальной инфекции были установлены в начале II триместра беременности. Структура инфекционной патологии нижнего отдела репродуктивного тракта у женщин I группы была представлена: цервицитом - 29,4%, вагинитом - 21,6%, их сочетанием (цервиковагинитом) - 17,6%, бактериальным вагинозом - 15,7%, дисбиозом влагалища - 15,7%. В 82,4% случаев цервицит и цервиковагинит носили неспецифический характер, при этом самыми частыми возбудителями были *Candida albicans*, сем. Enterobacteriaceae, *Gardnerella vaginalis*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*, *Eubacterium* spp. Цервицит уреоплазменной этиологии был установлен в 7,8%, микоплазменной - в 5,9%, хламидийной - в 3,9% случаев. При очень ранних и ранних преждевременных родах самой частой формой инфекционной патологии нижнего отдела гениталий являлся цервиковагинит; при преждевременных родах - вагинит.

Структура генитальной инфекции у пациенток II группы была представлена: цервицитом - 27,9%, вагинитом - 26,2%, дисбиозом влагалища - 16,4%, бактериальным вагинозом - 14,8%, цервиковагинитом - 14,8%. При этом у женщин из II группы (23%) достоверно чаще, чем у пациенток из I группы (17,6%), был диагностирован специфический цервицит ($p = 0,008$): хламидийной - 11,5%, уреоплазменной - 6,6%, микоплазменной этиологии - 4,9%. В 77% случаев цервицит и цервиковагинит у женщин II группы, так же, как и в I группе имели неспецифический характер.

Таблица 1. Структура инфекционной патологии влагалища и шейки матки у женщин при спонтанных преждевременных и своевременных родах

Форма	I группа (n=51)	II группа (n=61)	Достоверность $p < 0,05$
Цервицит	15 (29,4%)	17 (27,9%)	0,566
Вагинит	11 (21,6%)	16 (26,2%)	0,857
Цервиковагинит	9 (17,6%)	9 (14,8%)	0,891
Бактериальный вагиноз	8 (15,7%)	9 (14,8%)	0,919
Дисбиоз	8 (15,7%)	10 (16,4%)	0,678

Таблица 2. Результаты бактериологического исследования материала из цервикального канала у обследованных беременных женщин

Возбудитель	I группа (n=51)	II группа (n=61)	Достоверность p<0,05
Candida albicans	16 (31,4%)	9 (14,8%)	N/S
сем. Enterobacteriaceae	15 (29,4%)	6 (9,8%)	N/S
Gardnerella vaginalis	15 (29,4%)	10 (16,4%)	N/S
Enterococcus faecalis	13 (25,5%)	2 (3,2%)	< 0,001
Staphylococcus aureus	12 (23,5%)	2 (3,2%)	< 0,001
Eubacterium spp	10 (19,6%)	5 (8,2%)	N/S
Staphylococcus epidermidis	7 (13,7%)	5 (8,2%)	N/S
Fusobacterium spp.	6 (11,6%)	0	< 0,001
Streptococcus agalactiae	5 (9,8%)	0	< 0,001
Prevotella bivia	4 (7,8%)	0	< 0,001
Corynebacter spp.	4 (7,8%)	3 (4,9%)	N/S
Peptostreptococcus spp.	4 (7,8%)	0	< 0,001
Enterococcus saprophyticus	2 (3,9%)	8 (13,1%)	N/S
Clostridium spp.	2 (3,9%)	0	N/S
Leptotrichia spp.	2 (3,9%)	0	N/S

Таблица 3. Результаты морфологического исследования последов

Форма	I группа (n=51)	II группа (n=61)	Достоверность p<0,05
Париетальный децидуит	17 (33,3%)	13 (21,3%)	0,153
Базальный децидуит	6 (11,8%)	15 (24,6%)	0,055
Сочетание париетального и базального децидуита	9 (23,5%)	8 (13,1%)	0,152
Мембранит	9 (11,8%)	3 (4,8%)	0,030
Виллузит	4 (7,8%)	2 (3,3%)	0,409
Плацентит	4 (7,8%)	-	0,012
Плацентарная недостаточность	26 (50,9%)	18 (29,5%)	0,055

Таким образом, в исследуемых группах отсутствовали достоверные отличия в структуре инфекционной патологии нижнего отдела репродуктивного тракта. В обеих группах самой часто встречающейся формой являлся цервицит («изолированный») и в сочетании с вагинитом неспецифической этиологии.

Частота выявления условно – патогенных микроорганизмов при бактериологическом исследовании материала из цервикального канала у обследованных беременных представлена в таблице №2.

Как видно из таблицы, достоверно чаще у женщин из I группы в материале из влагалища и цервикального канала в значимых титрах высевались такие факультативные анаэробы, как Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis; ассоциации различных анаэробов и трудно культивируемых микроорганизмов: Prevotella bivia, Fusobacterium spp., Peptostreptococcus spp.

Местное лечение инфекционной патологии влагалища и шейки матки проводилось в I группе у 28 (54,9%) пациенток, во II группе - у 30 (49,2%) (N/s). Системную антибактериальную терапию в I группе получили 6 пациенток (11,8%), во II группе - 29 (47,5%) (p < 0,05). Лечение не проводилось в I группе у 17 (33,3%), во II группе – у 2 (3,3%) женщин (p < 0,05).

Был проведен анализ анамнестических данных, и особенностей течения беременности у данных женщин.

При анализе соматического статуса было установлено, что у женщин I группы достоверно чаще (35,3%), чем в группе сравнения (11,5%) встречались заболевания мочевыделительной системы (p=0,006). Невынашивание в анамнезе (преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность) имели 14 пациенток (27,5%) I группы и 6 (9,8%) II группы (p=0,005), два и более абортa в анамнезе - соответственно 9 (17,6%) и 6 (9,8%) (p=0,48). В анамнезе женщины I группы достоверно чаще (27,5%), по сравнению со II группой (11,5%), имели место воспалительные заболевания органов малого таза и нижних отделов репродуктивного тракта (p = 0,05).

Беременность осложнилась стойкой угрозой прерывания у 12 (23,5%) пациенток I группы, что было достоверно чаще, чем у женщин во II группе – 5 (8,2%); (p = 0,034). Железodefицитная анемия была диагностирована у каждой третьей беременной I группы - 16 (31,4%) и у каждой шестой во II группе - 11 (18%) (p = 0,12). Плацентарная недостаточность (СЗРП, нарушение маточно-плодового кровотока) была установлена в 41,2% случаев у женщин I группы и в 32,7% - во II группе (p < 0,05).

В I группе пациенток в 5,9% случаев произошли очень ранние преждевременные роды (22 – 27 недель и 6 дней), в 35,3% - ранние преждевременные роды (28 – 33 недель и 6 дней), 58,8% - преждевременные роды (34 – 36 недель и 6 дней).

По результатам морфологического исследования воспалительные изменения в последах имели место в 96% случаев в I группе и в 67,1% - во II группе пациенток ($p = 0,0001$). Плацентарная недостаточность по данным морфологического исследования была установлена в 50,9% случаев в I группе и в 29,5% - во II группе ($p < 0,05$). Данные морфологического исследования последов представлены в таблице №3

Таблица 3. Результаты морфологического исследования последов

Как видно из таблицы, гистологические формы внутриматочной инфекции, выявляемые при преждевременных родах, характеризовались более высокой степенью вовлеченности тканей последа в воспалительный процесс (мембранит и плацентит) по сравнению с таковыми при своевременных родах.

Выводы

1. У женщин со спонтанными преждевременными и своевременными родами не было выявлено отличий по структуре инфекционной патологии нижнего отдела репродуктивного тракта.

2. Женщины, беременность которых закончилась своевременными родами, в большем количестве наблюдений, получили адекватную этиопатогенетическую терапию генитальной инфекции.

3. У пациенток с генитальной инфекцией, беременность у которых закончилась спонтанными преждевременными родами достоверно чаще, чем в группе сравнения имели место: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, заболевания мочевыделительной системы, стойкая угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность, железодефицитная анемия.

4. У пациенток со спонтанными преждевременными родами процент морфологически подтвержденной внутриматочной инфекции был достоверно выше, чем у женщин, родивших в срок и установленные морфологические формы отличались более высокой степенью во-

влеченности тканей последа в воспалительный процесс (мембранит, плацентит).

Заключение

Таким образом, невынашивание беременности у женщин с генитальной инфекцией коррелировало не с формой инфекционной патологии влагалища и шейки матки, а с развитием у них внутриматочной инфекции, подтвержденной морфологическим исследованием. При своевременных родах достоверно чаще имели место случаи своевременной и адекватной терапии генитальной инфекции. Поэтому, надо полагать, что одним из мероприятий по профилактике невынашивания беременности должна стать своевременная (в I-м, начале II триместра) двухэтапная терапия генитальной инфекции: на I этапе - системное и местное назначение антибактериальных препаратов, исходя из формы и этиологии инфекционного процесса; на II этапе - коррекция биоценоза влагалища. ■

Долгушина В.Ф. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; *Курносенко И.В.* – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; *Асташкина М.В.* – ассистент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; *Надвигова Т.В.* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; *Смальникова Л.А.* – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; *Фортыгина Ю.А.* – студентка 6 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; Автор, ответственный за переписку - *Асташкина Марина Владимировна*, г. Челябинск 454004 ул. Бр. Кашириных 164 – 126. E – mail: vene4ka26@mail.ru моб. тел. +79222361630

Литература:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия, в. 2.0. – М.: Изд – во журнала Status Praesens, 2017. – 872 с., ил.
2. Голяновский О. В., Туркенич Е. В., Шемберко А. В. Комплексная терапия кольпитов у беременных группы риска //Здоровье женщины. – 2013. – №. 2. – С. 78.
3. Белова А.В., Асцатурова О.Р., Александров Л.С. и др. Генитальных микоплазмы (*U. parvum*, *U. urealyticum*, *M. hominis*, *M. genitalium*) в развитии осложненной беременности, родов и послеродового периода. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2014; 1 (2): 26–31.
4. Racicot K., Cardenas I., Wunsche V. et al. Viral infection of the pregnant cervix predisposes to ascending bacterial infection. //J Immunol. – 2013. – V. 2. – P. 934-941.
5. Крыжановская М. В. Роль инфекционного фактора в развитии преждевременных родов //Медико-социальные проблемы сит'ї. – 2011. – Т. 16. – №. 1. – С. 104-107.
6. Foxman B, Wen A, Srinivasan U et al. Mycoplasma, bacterial vaginosis-associated bacteria BVAB3, race, and risk of preterm birth in a high-risk cohort. // Am J Obstet Gynecol. 2014 Mar; 210(3):226.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2013.10.003. Epub 2013 Oct 4.
7. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности: Руководство для практикующих врачей. □ М. 2011. □ 536 с.
8. Кузьмин В.Н., Мурривева Г. А. Роль неспецифических урогенитальных инфекций в патогенезе самопроиз-

- вальных преждевременных родов //Журнал «Лечащий Врач». – 2013. – №. 6-2013. – С. 60.
9. Долгушина В.Ф., Курносенко И.В. Внутриматочная инфекция у беременных с различными формами инфекционной патологии влагалища и шейки матки // Практическая медицина 1(93) – февраль 2016 с. 68 – 71.
 10. Mesic Dogic L, Lucic N, Micic D at all. Correlation between cervical infection and preterm labor // *Med Glas (Zenica)*.2017 Feb 1; 14(1):91-97. doi: 10.17392/886-16
 11. Сидорова И. С., Макаров И.О., Матвиенко Н.А. Внутритрубная инфекция: ведение беременности, родов и послеродового периода: учеб. пособие - 3-е изд. – М.: МЕДпресс – информ, 2012. – 160 с.
 12. Mijovic G, Lukic G, Jokanovic N at all. Impact of vaginal and cervical colonisation/infection on preterm delivery. // *Vojnosanit Pregl*.2008 Apr; 65 (4):273-80.