

pre-beta-ЛП — липопротеинов очень низкой плотности ($p \leq 0,001$), наряду с сохраняющимися высоким уровнем beta-ЛП и относительным уменьшением липопротеинов высокой плотности — alpha-ЛП.

Выводы

1. Динамическое изменение биохимических параметров функционирования печеночной клетки следует рассматривать как проявление адаптации гепатоцита к растущим потребностям развивающейся беременности.

2. Сущность выявленных изменений сводится к известному повышению метаболической активности гепатоцита при прогрессировании беременности.

3. Рост активности биохимических процессов свидетельствует о напряженности приспособительных реакций к третьему триместру беременности, что при исходной несостоятельности резервных возможностей гепатоцита может реализоваться срывом адаптации в виде явных, либо скрытых форм гепатопатий, сопутствующих клиническим проявлениям различных осложнений беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безнощенко Г. Б. Некоторые показатели функционального состояния печени при позднем токсикозе беременных // *Вопр. охр. мат.*, — 1989. — № 6. — С. 92.
2. Воронин К. В., Вильгусевич Т. Е. Функциональные нарушения гепатобилиарной системы при беременности // *Вопр. охр. мат.*, — 1987. — № 9. — С. 64.
3. Логинов А. С. Передовые рубежи гепатологии // *Тер. арх.* — 1994. — Т. 66 — № 2. — С. 3—6.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

С. И. Воронова, М. А. Мурашко

Городская клиническая больница № 40, кафедра акушерства и гинекологии № 1 Уральской государственной медицинской академии, г. Екатеринбург.

К числу наиболее частых гинекологических заболеваний относятся вагинальные инфекции. Лидирующее место среди них занимает бактериальный вагиноз, частота которого у беременных достигает 30—52% [1, 3]. По определению А. С. Анкирской, бактериальный вагиноз — это общий инфекционный невоспалительный синдром, связанный с дисбиозом влагалищного биотопа, сопровождающийся чрезмерно высокой концентрацией облигатно и

факультативно анаэробных условно-патогенных микроорганизмов и резким снижением или отсутствием молочнокислых бактерий [2]. Клиническое значение бактериального вагиноза в период гестации обусловлено его взаимосвязью с такими осложнениями, как невынашивание, преждевременное излитие околоплодных вод, рождение маловесного ребенка, хориоамнионит и послеродовой эндометрит [1]. Здоровье новорожденного во многом определяется состоянием фетоплацентарного комплекса и клиническим течением беременности.

Цель работы: изучение влияния бактериального вагиноза на фетоплацентарный комплекс.

Материалы и методы исследования

В основную группу вошли 105 беременных с диагностированным бактериальным вагинозом и 40 новорожденных этих женщин. Контрольную группу составили 50 пациенток без генитальной инфекции и 27 рожденных ими детей. Среди обследованных отсутствовали женщины с Rh-конфликтной беременностью, тяжелыми экстрагенитальными и эндокринными заболеваниями, которые могли бы сами по себе привести к акушерской патологии.

Для определения генитального инфицирования использовались: микроскопия мазков, измерение pH влагалища, бактериологическое исследование материала из цервикального канала, точная цитометрия цервико-вагинальных смывов в совокупности с цитологическим исследованием образцов. Диагностика хламидиоза проводилась непрямым иммунофлюоресцентным методом с использованием тестов «Chlamiset Antibody», Orion Diagnostica (Финляндия) и «Хламискан», Диаплюс (Россия). Наличие уреазы определяли с помощью теста на уреазу путем культивирования на специальных жидких средах.

О состоянии фетоплацентарной системы судили на основании показателей ТБГ в сыворотке крови, суммарных эстрогенов и прегнандиола в моче, данных ультразвукового и доплерометрического исследования.

Для верификации данных о влиянии бактериального вагиноза на фетоплацентарный комплекс проведено морфологическое исследование материала соскоба из полости матки у 27 пациенток, беременность которых закончилась самопроизвольным выкидышем, и тканей последа после срочных родов у 36 пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При анализе анамнеза обследованных женщин установлено, что больные сопоставимы по возрасту, паритету, социально-эко-

номическому положению, характеру экстрагенитальной и генитальной патологии. Статистически значимых факторов риска развития бактериального вагиноза не обнаружено. Более чем у половины пациенток беременность наступила на фоне неблагоприятных социальных факторов, хронических инфекционно-воспалительных заболеваний, отягощенного акушерского анамнеза.

Ведущими осложнениями настоящей беременности у пациенток основной группы явились угроза прерывания (в 71%) и фетоплацентарная недостаточность (в 67%); в контрольной группе они встречались в 39% и 47% соответственно ($p < 0.05$). 50% женщин с бактериальным вагинозом переносят во время беременности обострения урогенитальной инфекции против 10% в контрольной группе ($p < 0.01$). Течение беременности у больных бактериальным вагинозом характеризуется частым и ранним развитием анемии и позднего гестоза (78% и 68% против 42,5% в контрольной группе, $p < 0.05$). Результатом является формирование гипотрофии (у 13,5% в основной группе против 7,6% в группе контроля, $p < 0.05$) и хронической гипоксии плода.

Показатели суточной экскреции эстрогенов в I и II триместре у женщин, бактериальный вагиноз у которых выявлен в ранние сроки, были достоверно ниже значений пациенток, бактериальный вагиноз у которых диагностирован в более поздние сроки ($p < 0.05$) и у женщин группы контроля ($p < 0.01$). В III триместре уровни эстрогенов соответствовали норме и достоверно не отличались между группами. Статистических отличий в значениях прегнандиола в динамике беременности между группами не выявлено.

В целом в период гестации уровень трофобластического глобулина (ТБГ) соответствовал сроку беременности у 43% пациенток с бактериальным вагинозом и был снижен у 57%, что достоверно не отличалось от показателей группы контроля.

При ультразвуковом исследовании у больных с бактериальным вагинозом достоверно чаще наблюдались: гипертонус миометрия ($p < 0.01$), изменения структуры плаценты (гидрофильность, расширение межворсинчатых пространств, высокотканые включения в паренхиме, неровный свободный край) ($p < 0.01$), многоводие ($p < 0.01$). Различные формы нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод при доплерометрическом исследовании выявлены у 18,9% женщин основной группы и 7,6% пациенток группы контроля ($p < 0.05$).

Своевременные роды произошли у 60% женщин основной группы и у 72% пациенток группы контроля. Частота индуцированных и оперативных родов достоверно не отличалась в основ-

ной и контрольной группах. В группе контроля большая часть операций кесарева сечения были плановыми (87,5%). Показаниями к операции явились: неправильное положение плода; возраст матери старше 30 лет в сочетании с отягощенным акушерским анамнезом, экстрагенитальной патологией или неподготовленными родовыми путями; нефропатия II. В основной группе плановых кесаревых сечений по аналогичным показаниям произведено у 53,8% женщин. Остальные были прооперированы в неотложном порядке в связи с осложненным течением родов: упорная слабость родовой деятельности, начавшаяся асфиксия плода ($p < 0.05$).

Наиболее частыми осложнениями в родах на фоне бактериального вагиноза явились: травмы родовых путей — у 55% женщин, несвоевременное излитие околоплодных вод — у 48,9%, аномалии родовой деятельности (первичная слабость, дискоординация родовой деятельности, дистония шейки матки, быстрые роды) — у 30,6% пациенток.

В состоянии гипоксии различной степени тяжести (оценка по шкале Апгар ниже 7 баллов) родились 35% детей основной группы и 25,9% в группе контроля ($p < 0.05$). В раннем неонатальном периоде у новорожденных от матерей с бактериальным вагинозом были выражены симптомы постгипоксического поражения ЦНС — в 92,5%, симптомы хронической интоксикации — в 22,5% и признаки физиологической незрелости — в 20%.

При морфологическом исследовании соскоба из полости матки у 82,5% женщин с бактериальным вагинозом обнаружены очаговые некрозы и дистрофические изменения эндометрия, лейкоцитарные (гнойные) инфильтраты децидуальной и хориальной тканей, скопления кокковой флоры. При морфологическом исследовании плаценты у 76,5% пациенток основной группы выявлены признаки декомпенсированной или субкомпенсированной плацентарной недостаточности на фоне воспалительных изменений (интервеллузит, децидуит, гнойный диффузный плацентит, гнойный тромбартериит, хориоамнионит). У пациенток контрольной группы наблюдались явления субкомпенсированной плацентарной недостаточности, которые у 2 человек сочетались с признаками гестоза (дистрофия, ангиосклероз, сужение просветов сосудов).

Обсуждение

В результате нарушения колонизационной резистентности микроценоза влагалища при бактериальном вагинозе создаются условия для восходящего инфицирования и повреждающего воздействия на фетоплацентарный комплекс. Крайней степенью является формирование инфекционной эмбриопатии и прерывание

беременности. Кроме непосредственного влияния микробного агента на фетальные органы и ткани, внутриутробное страдание плода при бактериальном вагинозе обусловлено формированием плацентарной недостаточности.

Итак, состояние фетоплацентарного комплекса при бактериальном вагинозе характеризуется снижением гормональной функции, нарушением маточно-плацентарного кровотока, воспалительными изменениями тканей плаценты и оболочек, хронической гипоксией и внутриутробной задержкой роста и развития плода. Полученные данные свидетельствуют о необходимости ранней системной антибактериальной терапии бактериального вагиноза во время беременности, даже в случае бессимптомного его течения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян Т. Э. // Акуш. и гин. — 1996. № 6. — С. 3—5.
2. Анкирская А. С. // Акуш. и гин. — 1995. — № 6. — С. 13—16.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: ПРОБЛЕМЫ ОСТАЮТСЯ

В. О. Ильюк, В. Н. Прохоров

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург.

Среди важнейших проблем современной акушерской науки операция кесарево сечение занимает особое место [2, 3]. В последние годы ее актуальность определяется нарастанием удельного веса абдоминального родоразрешения, недостаточной четкостью формирования показаний к операции и неудовлетворенностью исходами вмешательства для матери и новорожденного.

Частота абдоминального родоразрешения и в Российской Федерации, и за рубежом варьирует в настоящее время в достаточно широких пределах, достигая 10—30% и продолжая расти [2, 3]. По данным Е. А. Чернухи (1997 г.) увеличение частоты операции кесарево сечение в нашей стране за последнее десятилетие обусловлено, в первую очередь, стремлением к снижению перинатальных потерь. Следует, однако, отметить, что перинатальная смертность даже при высокой хирургической активности, достигнув в среднем уровня 16—18%, в последующем не имеет тенденции к снижению даже при дальнейшем увеличении частоты оперативных родоразрешений.