

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ИНФЕКТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПО ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Статья содержит результаты собственных исследований за 2005-2006 гг. с представлением клиничко-анамнестической характеристики и инфектологического профиля беременных группы риска по развитию фетоплацентарной недостаточности при внутриутробной инфекции. На основании проведенных исследований обозначена роль наиболее значимых этиологических факторов риска развития фетоплацентарной недостаточности инфекционного генеза у беременных: верификация хламидийной и активное течение герпетической и цитомегаловирусной инфекции, искусственное прерывание беременности в ранние сроки, самопроизвольные выкидыши, в том числе синдром привычной потери плода, задержка внутриутробного развития плода, внутриутробная инфекция и перинатальные потери при предыдущих беременностях.

Нами было проведено проспективное обследование 230 беременных, находившихся под наблюдением в период с 2005 по 2006 год. У всех обследованных проанализирован акушерско-гинекологический и соматический анамнез, особенности течения беременности, родов и послеродового периода, состояние плодов и новорожденных.

Все пациентки были разделены на две клинические группы: первую группу (контрольную) составили 70 практически здоровых беременных, вторую (основную) — 160 пациенток с клиническими маркерами внутриутробной инфекции (ВУИ), в том числе фетоплацентарной недостаточностью (ФПН). Общая характеристика обследованных групп представлена в таблице 1.

Из общего числа обследованных пациенток под наше наблюдение поступили в сроке беременности 12-16 недель — 6 (3%); 16-20 недель — 28 (12%); 22-26 недель — 66 (29%); 28-32 недели — 98 (42%); 34-36 недель — 32 (14%) беременных.

С целью характеристики особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ВУИ, выявления наиболее значимых факторов риска развития плацентарной недостаточности, определения критериев своевременности лечебно-профилактических мероприятий нами были оценены исходные клинические характеристики пациенток. Возраст беременных составил от 17 до 42 лет, в среднем $27,8 \pm 6,6$ года. Возрастная характеристика обследованных представлена в таблице 2.

Как видно из табл. 2, частота ВУИ в возрасте 20-25 лет была достоверно выше ($p < 0,05$) таковой в группе контроля и составила соответственно 40 и 24,3 %, тогда как в возрастном периоде менее 20 лет практически здоровых беременных без признаков инфекции и фетоплацентарной недостаточности было достоверно ($p < 0,05$) больше, чем в группе с инфекци-

онной патологией. Наиболее часто клинические проявления ВУИ наблюдались в возрастном периоде от 20 до 25 лет (40 % случаев), что, по-видимому, связано со вступлением в период активной сексуальной жизни, частой сменой половых партнеров, неиспользованием и недостаточной осведомленностью о методах профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Средний возраст беременных в обеих обследованных группах был сопоставим и составил соответственно $26,6 \pm 2,3$ и $27,2 \pm 3,1$ года.

Как известно, источник инфекции в генезе развития фетоплацентарной недостаточности у беременных, помимо генитального очага, тесным образом связан и с наличием или отсутствием патологических процессов в различных органах и системах [1, 2, 3, 4, 5]. Нами был проведен анализ сопутствующей беременности экстрагенитальной и урогенитальной инфекционной патологии, результаты которого представлены в таблице 3.

Полученные данные, представленные в таблице 3, свидетельствуют о том, что к наиболее часто встречающейся инфекционной патологии относятся заболевания органов дыхания, мочевыделительной системы и урогенитальные заболевания инфекционного генеза, причем последние встречались наиболее часто. Все эти три группы заболеваний достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались в группе беременных с наличием ВУИ и признаками фетоплацентарной недостаточности. Полученные результаты определенно согласуются с данными некоторых исследователей [1, 6, 7]. Частота же встречаемости других заболеваний (верхних дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения) в сравниваемых группах значимо не отличалась.

В связи с высокой частотой урогенитальных заболеваний инфекционного генеза нами был проведен анализ этиологической структуры возбудителей при

Таблица 1

Характеристика клинических групп

Группы обследованных	Кол-во беременных
Группа I. Контрольная группа	70
Группа II. Беременные с ВУИ и ФПН	160
Из них: с бактериальной инфекцией	43
с вирусной инфекцией	57
с бактериально-вирусной микстинфекцией	60
Из них: беременные без признаков ВУИ у новорожденных в раннем неонатальном периоде	107
беременные с проявлениями ВУИ у новорожденных в раннем неонатальном периоде	53
Всего	230

Таблица 2

Возрастная характеристика обследованных беременных

Возраст (лет)	<20		20-25		26-30		31-35		>35	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Группа I (контроль)	5	7,1	17	24,3	23	32,9	18	25,7	7	10,0
Группа II	2	1,3*	64	40,0*	43	26,9	36	22,5	15	9,4

* – достоверные различия между показателями, $p < 0,05$.

Таблица 3

Частота экстрагенитальной и урогенитальной инфекционной патологии в группах обследованных беременных

Экстрагенитальные заболевания	Группа I (контроль)		Группа II	
	Абс.	%	Абс.	%
Заболевания верхних дыхательных путей (хр. тонзиллит, гайморит и др.)	5	7,1	17	10,6
Заболевания органов дыхания (хр. бронхит, трахеит, пневмония)	8	11,4	37	23,1*
Заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматизм, пороки сердца и др.)	13	18,6	22	13,8
Болезни органов пищеварения (хр. гастрит, язвенная болезнь, холецистит и др.)	11	15,7	28	17,5
Болезни мочевыделительной системы (хр. пиелонефрит, цистит, МКБ и др.)	14	20,0	76	47,5*
Урогенитальные инфекционные заболевания	26	37,1	123	76,9*

* – достоверные различия между группами, $p < 0,05$.

помощи молекулярно-биологических (полимеразная цепная реакция), культуральных, бактериоскопических и бактериологических методов исследования, результаты которых представлены в таблице 4.

Как видно из представленных данных, в обследованных группах беременных наиболее часто выявлялись бактерии условно-патогенной группы, дрожжеподобные грибы и представители латентных половых инфекций – уреа- и микоплазмы. Однако в группе с признаками ВУИ и ФПН достоверно чаще верифицировались урогенитальные хламидии ($p < 0,05$) в сравнении с группой контроля – 22,5% и 4,3% соответственно. Показатели встречаемости остальных возбудителей урогенитальных инфекционных заболеваний в клинических группах достоверно не отличались.

В последние годы появилось большое количество сообщений о роли вирусных инфекций в развитии фетоплацентарной недостаточности [8]. Данные о спектре выявленных возбудителей вирусных инфекций у обследованных женщин представлены в таблице 5.

Полученные данные продемонстрировали, что герпетическая, цитомегаловирусная и респираторные вирусные инфекции являются наиболее часто встречающимися вирусными инфекциями в обеих

клинических группах. При этом частота верификации вирусов простого герпеса и цитомегалии при первичном заболевании и реактивации хронической инфекции в группе с признаками ФПН достигала 75,6% и 68,1% соответственно, что достоверно ($p < 0,05$) отличалось от таковой в группе контроля, где частота активного течения хронического инфекционного заболевания не превышала 35,7% и 25,7% соответственно.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что инфекционная патология может играть ведущую роль в развитии фетоплацентарной недостаточности, причем в этиологии наибольшую значимость имеют такие вирусные и бактериальные агенты, как вирус простого герпеса, цитомегаловирусная инфекция, урогенитальный хламидиоз, факультативно-анаэробная условно-патогенная микрофлора, дрожжеподобные грибы, что позволяет отнести таких пациенток к группе высокого инфекционного риска по ВУИ у новорожденных.

Учитывая выявленные возможные этиопатогенетические факторы развития ФПН, мы провели анализ реализации внутриутробной инфекции у новорожденных в раннем неонатальном периоде, результаты которого представлены в таблице 6. С этой целью беременные с наличием клинических марке-

Таблица 4

Характеристика возбудителей урогенитальных инфекционных заболеваний
у беременных обследованных групп

Возбудители	Группа I (контроль)		Группа II	
	Абс.	%	Абс.	%
Урогенитальные хламидии	3	4,3	36	22,5*
Трихомонады (<i>T. vaginalis</i>)	1	1,4	4	2,5
Микоплазмы (<i>M. genitalium</i> , <i>M. hominis</i>)	15	21,4	41	25,6
Уреаплазмы (<i>U. urealyticum</i> , <i>U. parvum</i>)	17	24,3	53	33,1
Факультативно-анаэробная условно-патогенная микрофлора	24	34,3	72	45,0*
Дрожжеподобные грибы	23	32,9	69	43,1*

* – достоверные различия между исследуемыми группами, $p < 0,05$.

Таблица 5

Характеристика возбудителей вирусных инфекционных заболеваний
у беременных обследованных групп

Возбудители вирусных инфекций	Группа I (контроль)		Группа II	
	Абс.	%	Абс.	%
Вирус простого герпеса I и II типов	25	35,7	121	75,6*
Цитомегаловирус	18	25,7	109	68,1*
Энтеровирус	2	2,9	5	3,1
Вирус папилломы человека	2	2,9	6	3,8
Респираторные вирусные инфекции	33	47,1	117	73,1*

* – достоверные различия между исследуемыми группами, $p < 0,05$.

Таблица 6

Частота верификации возбудителей внутриутробных инфекций
у новорожденных в раннем неонатальном периоде

Возбудители	Группа I Контрольная группа		Группа II			
			подгруппа I без признаков ВУИ у новорожденных		подгруппа II с признаками ВУИ у новорожденных	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Вирус простого герпеса	25	35,7	32	29,9	24	45,3**
Цитомегаловирус	18	25,7 ²	26	24,3 ³	23	43,4**
Респираторные вирусные инфекции	33	47,1	42	39,2	18	34,0*
Урогенитальные хламидии	3	4,3 ²	8	7,5 ³	8	15,1**
Микоплазмы	15	21,4	12	11,2	7	13,2*
Уреаплазмы	17	24,3	17	15,9	10	18,9
Факультативно-анаэробная условно-патогенная микрофлора	24	34,3	24	22,4	12	22,6*
Дрожжеподобные грибы	23	32,9	23	21,5	11	20,8*

* – достоверные ($p < 0,05$) различия между контрольной группой и подгруппой II;

** – достоверные ($p < 0,05$) различия между подгруппами I и II.

ров были разделены на две основные подгруппы: 1 – беременные без реализации ВУИ у новорожденных в раннем неонатальном периоде (107 пациенток); 2-я подгруппа – беременные с реализацией ВУИ у новорожденных в раннем неонатальном периоде (53 пациентки).

В структуре реализации внутриутробной инфекции у новорожденных в раннем неонатальном периоде наиболее представленными и часто выявляемыми этиологическими факторами явились вирус простого герпеса, цитомегаловирус и респиратор-

ные вирусные инфекции. Из всех вирусных инфекций лишь в отношении цитомегаловируса подгруппа II (с признаками ВУИ у новорожденных) с частотой выявления инфекта порядка 43 % имела достоверные отличия ($p < 0,05$) не только от группы контроля, где частота выявления данной инфекции не превышала 26 %, но и с подгруппой I (без признаков ВУИ у новорожденных), где частота встречаемости цитомегаловирусной инфекции составила 24 %.

При оценке бактериальных агентов обращает на себя внимание достоверно более высокая ($p < 0,05$)

Таблица 7

Распределение беременных в исследуемых группах по количеству беременностей и родов

Группы обследуемых	Группа I (контроль)		Группа II	
	Абс.	%	Абс.	%
Первобеременные	51	72,9	47	27,6*
Повторно беременные:	19	27,1	113	66,5*
- первородящие	8	11,4	67	39,4*
- повторно родящие	11	15,7	46	27,1*

* – достоверные различия между исследуемыми группами, $p < 0,05$.

Таблица 8

Общая характеристика и частота осложнений предыдущих беременностей у повторно родящих женщин (анамнестические данные)

Осложнения	Группа I (контрольная)		Группа II (основная)	
	Абс.	%	Абс.	%
Искусственное прерывание беременности в ранние сроки	9	12,9	73	42,9*
Самопроизвольные выкидыши	0	0	19	11,2
Синдром привычной потери плода	0	0	7	4,1
Задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР)	1	1,4	13	7,6*
ВУИ	0	0	31	27,4
Перинатальные потери	0	0	7	4,1

* – достоверные различия между исследуемыми группами, $p < 0,05$.

частота выявления хламидийной инфекции при реализации ВУИ у новорожденных – 15% случаев по сравнению с 4,3 % случаев в группе контроля и 7,5% в группе без признаков ВУИ у новорожденных. По остальным инфекционным агентам каких-либо значимых различий по показателям в группах не наблюдалось.

Таким образом, к наиболее значимым инфекционным агентам, а вследствие этого и важнейшим факторам риска развития ФПН с реализацией в последующем ВУИ у новорожденных можно отнести цитомегаловирусную и хламидийную инфекции, а к наиболее часто выявляемым – вирус простого герпеса.

Далее мы проанализировали распределение обследуемых по количеству беременностей и родов (таблица 7).

Из 230 обследованных мы получили следующее распределение: первобеременные составили 73 % в группе I, что достоверно превышало значение показателя в группе II – 28 %. Среди повторно беременных наблюдалось иное распределение. Группа с ВУИ и ФПН значимо ($p < 0,05$) преваляровала над группой контроля, показатели составили 66,5 % и 27,1 % соответственно. Все повторно беременные в свою очередь подразделялись на две подгруппы: первородящие и повторно родящие. Обе категории повторно беременных женщин в группе с клиническими проявлениями ВУИ при настоящей беременности преваляровали над таковыми в группе контроля, однако среди повторно беременных первородящих, имевших осложненный акушерский анамнез, эти различия носили достоверный характер ($p < 0,05$) и составляли 39 % и 11 % соответственно.

Таким образом, наличие проявлений ВУИ, в том числе признаков ФПН, достаточно часто встречалось в группе повторно беременных, что, по-видимому, может быть связано с возможным инфицированием во время искусственного прерывания

предыдущих беременностей либо осложненным их течением. В связи с этим, а также учитывая необходимость исследования всех возможных факторов, отрицательно влияющих на течение настоящей беременности и состояние фетоплацентарного комплекса, в группе повторно родящих женщин по анамнестическим данным нами была осуществлена оценка вариантов течения и осложнений предыдущих беременностей. Полученные данные представлены в таблице 8.

Данные, представленные в таблице 8, свидетельствуют о наличии у повторно родящих беременных основной группы более высокой частоты случаев искусственного прерывания беременности в ранние сроки по сравнению с группой контроля – 43 % и 13 % соответственно. Самопроизвольные выкидыши, в том числе синдром привычной потери плода, ЗВУР, ВУИ и перинатальные потери в анамнезе у пациенток контрольной группы не встречались.

Таким образом, проведенный нами проспективный анализ анамнестических и клинических данных подтвердил роль наиболее значимых этиологических факторов риска развития фетоплацентарной недостаточности инфекционного генеза у беременных: верификация хламидийной и активное течение герпетической и цитомегаловирусной инфекции, искусственное прерывание беременности в ранние сроки, самопроизвольные выкидыши, в том числе синдром привычной потери плода, ЗВУР, ВУИ и перинатальные потери при предыдущих беременностях.

Учет данных факторов позволяет сформировать определенную концепцию не только по выявлению групп беременных, которым показано более тщательное и углубленное обследование для выявления клинко-лабораторных признаков ВУИ, но и по основному направлению и тактике проведения лечебно-профилактических мероприятий.

1. Антонов А.Г., Байбарина Е.Н., Бубнова Н.И. и др. // «Внутриутробная пневмония»: Метод. рекомендации. — М. — 1997. — 20 с.
2. Анохин В.А. Современные принципы клинко-лабораторной диагностики герпетической инфекции // Казанский мед. журнал. — 1999. — т. LXX. — № 2. — С. 127-129.
3. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. — М. — 2003. — 439 с.
4. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.А. Плацентарная недостаточность и инфекция. — М. — 2004. — 494 с.
5. Макаров О.В., Бахарева И.В., Идрисова А.С. Значение исследования околоплодных вод в диагностике состояния плода при внутриутробной инфекции // Рос. вестник акуш.-гинекол. — 2004. — № 4. — с. 24-29.

6. Lopez-Gomez L., Castro P., Bernardo A.B. et al. Early assessment in perinatal hypoxia. — Prognostic markers // Rev. Neurol. — 2000. — Vol. 31, № 12. — P. 1142-1146.
7. Moore Th.R., Cayle J.E. The amniotic fluid index in normal human pregnancy // Amer. J. Obstet. Gynecol. — 1990. — Vol. 162, № 5. — P. 1168-1179.
8. Тютюнник В.А. Хроническая плацентарная недостаточность при бактериальной и вирусной инфекции (патогенез, диагностика, профилактика, лечение): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — М., 2002. — 48 с.

КРИВЧИК Галина Владимировна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии Центра повышения квалификации и последипломной подготовки специалистов.

Статья поступила в редакцию 03.11.06 г.
© Кривчик Г. В.

УДК 18.3+618.5+618.7]-06

Г. В. КРИВЧИК

Омская государственная
медицинская академия

БЕРЕМЕННОСТЬ ВЫСОКОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИСКА: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Статья содержит результаты собственных исследований за 2005-2006 гг. с представлением особенностей течения периода гестации, родов и послеродового периода у беременных высокого инфекционного риска. Проведенное проспективное исследование показало, что в большинстве случаев фетоплацентарная недостаточность при наличии инфекционного процесса, а вследствие этого и реализация внутриутробной инфекции у новорожденных развиваются при наличии микстинфекций, частых рецидивов инфекционных заболеваний в первом и третьем триместрах гестации. Данная патология достоверно повышает риск развития осложнений послеродового периода, преимущественно инфекционно-воспалительного характера.

Как известно, активное течение инфекции может внести существенный вклад в развитие фетоплацентарной недостаточности (ФПН) и, следовательно, повлиять на особенности течения беременности, родов и послеродового периода. По нашему мнению, лишь четкое знание этих особенностей может помочь сформировать систему лечебно-профилактических мероприятий, направленных на коррекцию ФПН.

Нами было проведено проспективное исследование в период с 2005 по 2006 год. У всех обследованных проанализирован акушерско-гинекологический и соматический анамнез, особенности течения беременности, родов и послеродового периода, состояние плодов и новорожденных.

Все пациентки были разделены на две клинические группы: первую группу (контрольную) составили 70 практически здоровых беременных, вторую (основную) — 160 пациенток с клиническими марке-

рами внутриутробной инфекции (ВУИ), в том числе фетоплацентарной недостаточностью (ФПН). Общая характеристика обследованных групп представлена в таблице 1.

Из общего числа обследованных пациенток под наше наблюдение поступили в сроке беременности 12-16 недель — 6 (3%); 16-20 недель — 28 (12%); 22-26 недель — 66 (29%); 28-32 недели — 98 (42%); 34-36 недель — 32 (14%) беременных.

Во время беременности у пациенток всех групп был выявлен ряд осложнений разной степени выраженности (таблица 2).

Как видно из таблицы 2, частота развития осложнений периода гестации была выше в группе пациенток с наличием инфекционного процесса и признаками фетоплацентарной недостаточности, при этом наиболее часто они наблюдались во второй подгруппе беременных с признаками реализации внутриутробной инфекции (ВУИ) у новорожденных в