

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ

А.Ф. Куперт, Н.В. Акудович, М.А. Куперт

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, зав. — д.м.н., проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. Изучены особенности течения и беременности у женщин с вульвовагинальным кандидозом. Выявлены особенности беременности и послеродового периода в зависимости от вида грибов рода *Candida*. Изучены результаты лечения кандидоза по предлагаемой методике с использованием отечественного иммобилизованного, пролонгированного фермента имозимазы. Показано снижение послеродовых заболеваний после лечения кандидоза по предлагаемой методике.

Ключевые слова: вид, род, беременность, грибы, лечение, роды.

THE FEATURES OF PREGNANCY, LABOR AND POSTPARTUM PERIOD IN WOMEN WITH VULVOVAGINAL CANDIDOSIS

A.F. Kupert, N.V. Akudovich, M.A. Kupert
(Irkutsk State Medical University)

Summary. The features of pregnancy, labor and postpartum period in women with vulvovaginal candidosis have been studied. The features of pregnancy, and postpartum period depended on *Candida* kind was revealed. The results of candidosis treatment by proposed methods with native immobilize enzym - immosimasa were studied. The lowering of postpartum diseases after candidosis treatment by proposed methods have shown.

Key words: species, kind, pregnancy, *Candida*, treatment, labor.

Ведение беременности, родов и послеродового периода у женщин с воспалительными заболеваниями половых путей представляет актуальную проблему, широко обсуждаемую в современной научной литературе [1,4,5,6].

Целью нашей работы стал анализ особенностей течения родов и послеродового периода у женщин с кандидозными вагинитами, пролеченными во время беременности различными способами.

Материалы и методы

Нами проанализировано в сравнительном аспекте течение родов и послеродового периода у 164 пациенток с кандидозными вагинитами при беременности, которые получали традиционное лечение тержинаном (контрольная группа) и комплексное лечение с применением имозимазы (основная группа) во время беременности. Из них основную группу составили 76 (46,4%), контрольную 88 (53,6%) пациенток (табл. 1).

Осложнения настоящей беременности

Осложнения	Группы беременных			
	I		II	
	n	%	n	%
Угроза прерывания беременности	39	51,3	42	47,7**
ОРВИ в I триместре	7	9,2	2	2,3**
ОРВИ во II триместре	4	5,3	3	3,4
ОРВИ в III триместре	2	2,6	-	-
Отеки беременных	4	5,3	8	9,1
Ранний токсикоз	3	3,9	15	17,1
Преэклампсия легкой степени	9	11,8	23	26,1*
Преэклампсия тяжелой степени	-	-	2	2,3
Многоводие	3	3,9	11	12,5*
Маловодие	4	5,3	20	22,7*
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	11	14,5	32	36,4*
СЗРП	9	11,8	8	9,1

Примечание: ** - $p < 0,001$, * - $p < 0,05$.

Статистическая обработка включала использование критерия в программном пакете Primer of Biostatistics. Кри-

тический уровень значимости при проверке гипотез принимался равным $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При изучении особенностей течения настоящей беременности установлено, что у 102 (54,5%) пациенток она протекала с различными осложнениями.

Таблица 2

Частота угрозы прерывания беременности у пациенток с вульвовагинальной инфекцией

Триместр беременности	Группы беременных			
	I		II	
	n	%	n	%
I триместр	20	35,7	18	31,0
II триместр	33	58,9	32	55,2
III триместр	3	5,4	8	13,8
Всего	56	100	58	100

Примечание: $p < 0,01$.

Следует отметить, что у 35 (18,7%) пациенток имелось 2 и более осложнений беременности, соответственно по группам — 12 (15,8%), 18 (20,5%).

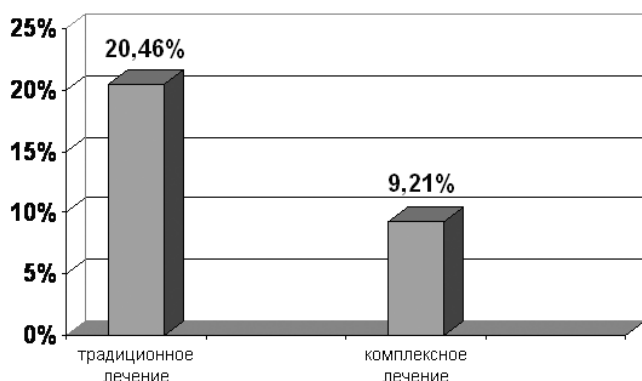
Из приведенной таблицы следует, что самым частым осложнением во всех группах явилась угроза прерывания беременности (табл. 2.).

Согласно представленных в таблице данных, гораздо чаще угроза прерывания наблюдалась во II триместре (55,7%). В то время, как в общей популяции частота невынашивания во II триместре равна 20,0% [6]. Вероятно, на увеличение частоты угрозы прерывания во II триместре у обследуемых женщин оказало воздействие инфицирование нижнего отдела гениталий грибами рода *Candida*.

Нами выявлено, что все женщины основной группы родоразрешались в срок, несмотря на то, что угроза

прерывания беременности возникала у каждой второй пациентки. Это, очевидно связано с высокой эффективностью комплексного лечения с применением имозимазы. В контрольной группе у 11 (12,5%) женщин произошли преждевременные роды ($\chi^2=8,28$; $p<0,001$). У 1 пациентки роды произошли в 28 недель, у 3 – в 34-35 недель, у 7 – в 36-37 недель.

Н.Н. Русанова и соавт. (1987), А.С. Анкирская и соавт. (1989) описали синдром «инфицирования околоплодных оболочек и вод», который развивается при воспалительных и дисбиотических процессах во влагалище у беременных [2,5]. Это приводит к воспалительным изменениям в оболочках и родовому излитию околоплодных вод и инфицированию плода и эндометрия.



Примечание: $p<0,05$.

Рис. 1 Частота родового излития околоплодных вод.

У пациенток основной группы родовое излитие околоплодных вод наблюдались реже в 2,2 раза, чем у пациенток контрольной группы (рис. 1) ($p<0,05$). Та-

ким образом, комплексный метод лечения кандидозных вагинитов у беременных снижает вероятность инфицирования околоплодных оболочек и, как следствие этого, частоту родового излития околоплодных вод.

Нами выявлены особенности течения родов у пациенток основной и контрольной групп. Средняя продолжительность родов у женщин обеих групп практически

одинаковая: в основной группе – 8 час 45 мин ± 2 час 50 мин; в контрольной – 8 час 55 мин ± 3 час 10 мин. Однако, длительность безводного периода в основной группе более, чем в 1,5 раза оказалась короче ($p<0,05$). Так, в основной группе, безводный промежуток – 4 час 35 мин ± 1 час 50 мин; в контрольной – 6 час ± 2 час 15 мин.

Приведенные в таблице 3 данные указывают на то, что травматические повреждения шейки матки и стенок влагалища встречаются значительно реже в основной группе, чем в контрольной (23,7% и 67,1% соответственно), поскольку воспалительный процесс во влагалище снижает резко эластичность тканей за счет отека и лейкоцитарной инфильтрации их, что приводит к увеличению вероятности травмы родовых путей.

На основании изучения течения родов у женщин, которые получали при беременности комплексное лечение вагинитов с применением имозимазы, выявлено что, по сравнению с пациентками, получавшими традиционное лечение, снижение частоты родового излития околоплодных вод и разрывов стенок влагалища и шейки матки.

В основной и контрольной группах ведение послеродового периода соответствовало общепринятому стандарту. Так, эхографическое исследование проводилось на 3-и сутки, а при подозрении на эндометрит с диагностической и лечебной целью проводилась гистероскопия. Диагноз эндометрита устанавливался на основании клинических, лабораторных данных, УЗИ и гистероскопии.

Частота эндометритов после родов в контрольной группе (женщины получали традиционное лечение вагинитов при беременности тержианом) составила

Таблица 4

Частота эндометритов после родов у пациенток, получавших лечение кандидозных вагинитов при беременности

Группы	Эндометриты, диагностированные в родильном доме				Всего	
	Роды через естественные родовые пути		После операции кесарево сечение			
	n	%	n	%	n	%
Основная (n=76)	1	1,3*	-	-	1	1,3**
Контрольная (n=88)	11	12,5*	1	1,14	12	13,6**
Итого (n=164)	12	13,8	1	0,61	13	14,9

Примечание: * ($p<0,02$), ** ($p<0,001$) в сравнении основной группы с контрольной.

12,5%, в то время как в основной группе (пациентки получали комплексное лечение вагинитов с применением имозимазы) – 1,3%, что почти в 12 раз меньше чем в контрольной группе (табл. 4) ($p<0,02$).

Таблица 3

Осложнения течения родов

Осложнения	Группы беременных			
	основная		контрольная	
	n	%	n	%
Слабость родовой деятельности	5	6,6	9	10,2
Дискоординация родовой деятельности	-	-	5	5,7*
Разрыв шейки матки	9	11,8***	27	30,7***
Разрыв стенок влагалища	4	5,3**	16	18,2**
Разрыв промежности I степени	5	6,6	12	13,6
Разрыв промежности II степени	-	-	4	4,6*
Кровотечение	-	-	3	3,4

Примечание: * - различия значимы ($p<0,05$); ** - $p<0,01$; *** - $p<0,001$.

Нами также изучены отдаленные результаты в течение 2 месяцев после выписки из родильного дома у пациенток обеих групп. При этом выявлены эндометриты у 3 родильниц, что составляет 18,8% от всех выявленных эндометритов после родов. При этом у родильниц основной группы эндометрит не развился больше ни у одной, а в контрольной группе – у 3 женщин (3,4%). Следовательно, после традиционной терапии эндометрит у родильниц развился в

17,1%, в то время как после комплексной терапии — только в 1,3% ($p < 0,001$).

Л.А. Кравчук и соавт. (2000) показали, что эндометрит после родов развивается чаще в 2–3 раза при кандидозном вагините при беременности, чем при неспецифическом вагините [4]. Необходимо отметить, что грибы рода *Candida* не являются возбудителями эндометрита, но они существенно снижают колонизационную резистентность слизистой оболочки влагалища, что способствует дополнительному заселению влагалища условно-патогенными микроорганизмами и развитию эндометрита [8]. Кроме этого, доказана антилизоцимная активность грибов рода *Candida* [7]. Поэтому лечение кандидозных вагинитов у беременных является важной мерой профилактики инфекционно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде.

Изучая типы воспалительных цитогрaмм влагалищного содержимого при беременности у пациенток основной и контрольной групп, нами выявлено, что у 43,8% пациенток с развившимся эндометритом, по цитогрaммам мазков влагалищного содержимого был зарегистрирован воспалительный тип В. Таким образом, почти половина пациенток с послеродовым эндометритом имела при беременности хронический вагинит. Анализируя видовой состав грибов рода *Candida* у пациенток с инфекционно-воспалительным заболеванием матки, было выявлено, что пациентки были инфицированы *Candida albicans* — 12 (75%), 1 (6,25%) — *C.glabrata*; 1 (6,25%) — *C.parapsilosis*; 1 (6,25%) — *C.tropicalis* и 1 (6,25%) — *C.kefyr*.

При этом количество койко-дней после родов в основной группе равнялось $5,02 \pm 2,19$, в то время как в контрольной группе — $7,16 \pm 4,39$ дней.

Итак, нами выявлено, что эндометрит после комплексного лечения вульвовагинального кандидоза при беременности развился только у одной пациентки, и частота эндометритов в этой группе составила 1,3%, что соответствует частоте эндометритов после физиологических родов в общей популяции [3]. После монотерапии «Тержинаном» эндометрит развился у 17,1% пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Перфильева Г.Н. Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике — СПб., 1994. — 422 с.
2. Анкирская А.С., Гуртовой Б.Л., Елизарова И.П. Внутриутробная бактериальная инфекция плода и новорожденного // Акушерство и гинекология. — 1989. — № 5 — С.70–78.
3. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. — М.: Русфармамед, 1996. — 141 с.
4. Кравчук Л.А. Лечение вагинитов у беременных — один из принципов профилактики эндометритов после родов: Автореф. дисс...канд. мед. наук. — Иркутск, 2000. — 21 с.
5. Русанова Н.Н., Медведев Б.И., Бибиков С.И. Профилактика и лечение хориоамнионитов и амниоального инфицирования плода при преждевременных родах,

Таким образом, нами выявлено, что пациентки основной группы (лечение тержинаном с применением имозимазы) и контрольной группы (традиционное лечение кандидозных вагинитов у беременных тержинаном) согласно шкале прогноза гнойно-септических инфекций [1] имели высокий и чрезвычайно высокий риск развития послеродового эндометрита. По анамнезу и течению беременности у пациенток обеих групп существенных различий не выявлено. Нами отмечено, что дородовое излитие околоплодных вод в 2,2 раза чаще встречалось у пациенток контрольной группы (20,5%).

При анализе течения родов у пациенток основной и контрольной групп выявлены существенные различия в частоте разрывов шейки матки, стенок влагалища и промежности ($p < 0,01$, $p < 0,001$), что связано с более эффективным комплексным лечением вульвовагинального кандидоза у беременных с применением имозимазы в послеродовом периоде эндометрит развился у 12 (7,3%) пациенток из всех обследованных 164 женщин. Из них, при изучении отдаленных результатов в течение 2 месяцев после выписки из родильного дома, эндометрит был выявлен у 3 (25%).

Нами выявлена зависимость частоты развития эндометрита от способа лечения кандидозных вагинитов при беременности. Так, у женщин, получавших традиционную монотерапию кандидозных вагинитов при беременности «Тержинаном» (контрольная группа), послеродовый период осложнился эндометритом в 15 раз чаще, чем у женщин, которым проводилось комплексное лечение с применением имозимазы (основная группа), составляя 17,1% и 1,3% соответственно. Анализируя видовой состав грибов рода *Candida* у пациенток с инфекционно-воспалительным заболеванием матки, было выявлено, что в подавляющем большинстве случаев пациентки были инфицированы *Candida albicans* — 13 (83,3%), либо 1 (8,3%) — *C.tropicalis*, либо 1 (8,3%) — *C.kefyr*.

Следовательно, эффективное лечение кандидозных вагинитов при беременности достоверно снижает частоту послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний матери.

осложненных длительным безводным промежутком // Вопросы охраны материнства и детства. — 1987. — № 2. — С.49–52.

6. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1989. — 512 с.
7. Шеремет З.А., Волосевич Л.И. Антилизоцимная активность дрожжей рода *Candida* // Микробиологический журнал. — 1990. — Т. 2. — С.52–56.
8. Marder S., Graves W., Huddleston Papanicolaou J. (PAP) smear identification of vaginitis as a risk factor for preterm delivery (PTD) and preterm premature rupture of membranes (PPROM) // Am. J. Obstetr. Gynecol. — USA. — 1997. — № 1. — P.36.
9. Kalmanczhey A., Smid I. Treatment of candidal vaginitis and vulvovaginitis with Pimafucin vaginal tablets and/or Pimafucort cream in pregnancy // Hungary Magyar Noorvosok Lapja. — 1998. — Vol. 61, № 1. — P.55–57.

Адрес для переписки:

664079, г. Иркутск, мкр Юбилейный, 100, Областной перинатальный центр.

Куперт Альберт Федорович — д.м.н., проф. кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета.