

Т.Ю. Пестрикова¹, Е.А. Юрасова¹, И.В. Юрасов², Т.Д. Ковалева³

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Дальневосточный государственный медицинский университет¹,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел./факс: 8-(4212)-32-63-93;

МУЗ «Городская клиническая больница №10»²,

680033, ул. Тихоокеанская, 213, тел./факс 8-(4212)-42-99-52;

МУЗ «Родильный дом №1»³, 680013, ул. Ленина, 67, тел./факс 8-(4212)-42-91-45, г. Хабаровск

В структуре гинекологических заболеваний воспалительные процессы женских половых органов занимают первое место, составляя 60-65% от всей гинекологической патологии [1, 2].

Несмотря на значительные успехи в организации лечебного процесса и медицинского наблюдения женщин репродуктивного возраста, во всем мире сохраняется высокая частота острых и хронических заболеваний гениталий воспалительного генеза. Воспалительные заболевания органов репродуктивной системы являются частой причиной бесплодия, невынашивания беременности, занимают значительный удельный вес в структуре материнской и перинатальной смертности, вопросы их профилактики и терапевтической коррекции продолжают оставаться чрезвычайно актуальными и представляют значительную проблему для здравоохранения [1, 3-5].

Вопросы лечения и реабилитации пациенток с воспалительными заболеваниями гениталий весьма актуальны, так как рецидивы и хронизация воспалительных процессов ухудшают прогноз в отношении генеративной функции, что является важной социальной и экономической проблемой.

Цель исследования — провести комплексную оценку и обосновать лечебно-профилактические мероприятия при проведении предгравидарной подготовки и при ведении беременности у женщин, имеющих воспалительные заболевания органов репродуктивной системы.

Материалы и методы

В основные клинические исследования были включены 187 беременных женщин, относящихся к группе высокого перинатального риска (степень перинатального риска более 10 баллов), имевших в анамнезе преждевременные роды (ПР), мертворождения.

В зависимости от тактики ведения нами были выделены следующие группы: основная группа (ОГ) включала 50 женщин, которые получали лечение, направленное на профилактику первичной и вторичной плацентарной недостаточности (ПН) (предгравидарная подготовка); в 1 группу вошли 67 женщин, которым проводились лечебные мероприятия, направленные на профилактику ПН, в сроке гестации до 16 нед.; во 2 группу были включены 70 женщин, которым проводились лечебные мероприятия, направленные на профилактику ПН в сроке гестации после 16 нед.

Для сравнения (группа сравнения — ГС) мы проанализировали данные клинического обследования 50 женщин, у которых беременность завершилась нормальными срочными родами (родились живые доношенные дети),

Резюме

Доказана эффективность лечебно-профилактических мероприятий с использованием антимикробных препаратов (в предгравидарном периоде и в сроке гестации до 16 нед.) у женщин групп высокого перинатального риска, имеющих воспалительные заболевания органов репродуктивной системы. Применение предлагаемого алгоритма позволило достоверно снизить частоту ранней неонатальной заболеваемости, а также устранить развитие декомпенсированной формы плацентарной недостаточности, преждевременных родов и случаев перинатальной смертности.

Ключевые слова: беременность, воспалительные заболевания, репродуктивная система.

T.Yu. Pestrikova, E.A. Yurasova,
I.V. Yurasov, T.D. Kovaleva

CURRENT PRINCIPLES OF PRE GRAVIDITY PREPARATION AND PREGNANCY MANAGEMENT IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF REPRODUCTIVE SYSTEM

Far eastern State Medical University,
Municipal Institution of Public Health city's clinical hospital
№10, Municipal Institution of Public Health
Maternity Hospital №1, Khabarovsk

Summary

Effectiveness of treatment-and-prophylactic measures using antimicrobial medication (at pre gravidity period and term of gestation until 16 weeks) in women of high perinatal risk groups with inflammatory diseases of reproductive system was proved. Application of the offered algorithm allowed decreasing the rate of early neonatal morbidity and eliminate development of decompensated form of placental insufficiency, premature births and perinatal mortality.

Key words: pregnancy, inflammatory diseases, reproductive system.

а по данным морфологического исследования последов признаков воспаления зафиксировано не было.

Средний возраст женщин ОГ составил 27,49±1,91 г.; 1 группа — 28,00±2,05 г.; 2 группа — 28,36±2,24 г.; ГС — 26,78±1,98 г. Достоверной разницы между возрастными данными обследуемых групп получено не было.

Алгоритм обследования женщин высокой группы перинатального риска включал следующие этапы:

I этап — проведение анализа причин перинатальной смертности по данным клинического течения беременности, родов и результатов патоморфологического исследования последа и трупа: выявление ведущей причины перинатальной смертности.

II этап — проведение диагностики при установлении диагноза с оценкой дифференциального диагноза: оценка клинических данных (жалобы, бимануальное исследование); изучение характера вагинального и цервикального содержимого; изучение микробного спектра цервикального канала и эндометрия; оценка pH влагалищных выделений, аминного теста, лейкоцитов; проведение УЗИ органов малого таза в динамике; выполнение гистероскопии и лапароскопии (по показаниям); анализ данных патоморфологического исследования (аспираты и биоптаты из цервикального канала и полости матки); изучение гемостазиограммы в динамике; определение спектра антифосфолипидных антител; консультация генетика; гормональное обследование (по показаниям).

III этап — диагностика в процессе проведения лечения с целью контроля за эффективностью лечения: определение продолжительности курса лечебной и реабилитационной терапии; нормализация психоэмоциональной обстановки; коррекция имеющейся гинекологической патологии; оценка в динамике результатов проведенного лечения; реабилитационные мероприятия.

IV этап — планирование беременности, ведение беременности.

Результаты и обсуждение

Лабораторно-диагностическое и клиническое обследование женщин основной группы, гестационный период у которых завершился ПР и перинатальной смертностью (ПС), проводилось через 6-8 нед. после родов.

Проведение мероприятий, направленных на выявление возбудителей ИППП в цервикальном канале, показало, что у пациенток ОГ представители класса Mollicutes (*Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalis*) были выявлены в $80,00 \pm 5,66\%$. На втором месте по частоте определения были *Candida albicans* ($40,00 \pm 6,93\%$), на третьем месте — *Gardnerella vaginalis* ($34,00 \pm 7,00\%$).

Моноинфекция была диагностирована в $20,00 \pm 5,66\%$, в остальных случаях ($80,00 \pm 5,66\%$) были выявлены ассоциации микробов ($p < 0,001$).

Частота обнаружения представителей класса Mollicutes (*Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalis*) в эндометрии у женщин ОГ соответствовала $34,00 \pm 7,00\%$. На втором месте по частоте распространения был *Cytomegalovirus* ($12,00 \pm 4,60\%$), на третьем месте — *Gardnerella vaginalis* ($14,00 \pm 4,91\%$).

Частота выявленной нами гинекологической патологии свидетельствует о том, что у женщин ОГ ($n=50$) преобладали заболевания воспалительного генеза (рис. 1).

Поскольку для проведения дальнейших диагностических и лечебных мероприятий у женщин ОГ необходимо было нормализовать биоценоз влагалища, нами были использованы разработанные ранее схемы лечения бактериального вагиноза (БВ), вагинита кандидозного (ВК) и сочетания БВ с ВК.

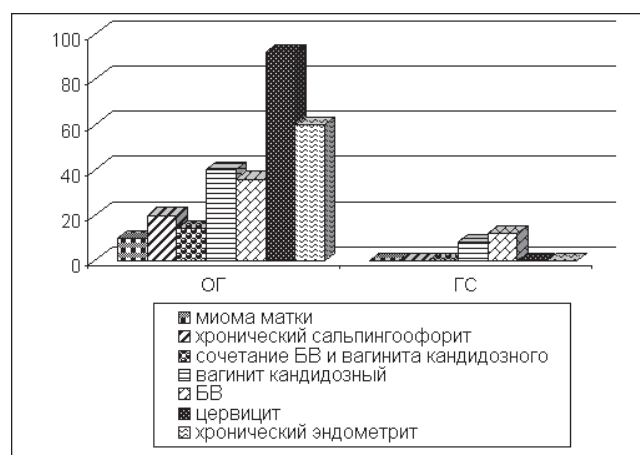


Рис. 1. Частота гинекологической патологии у пациенток основной группы и группы сравнения

Контроль за эффективностью лечения проводился на основе клинических, бактериоскопических методов исследования. Результаты, полученные через 1 мес., свидетельствовали об эффективности предложенной терапии и нормализации биоценоза влагалища у пациенток ОГ и ГС. Дальнейшая тактика ведения пациенток ОГ была направлена на лечение воспалительных процессов женских половых органов (эндометрит, сальпингоофорит, цервицит). С этой целью женщинам ОГ и их половым партнерам были назначены курсы антимикробной, этиотропной терапии препаратами тетрациклинового ряда, макролидами. Одновременно проводился курс иммуномодулирующей терапии. Вышеуказанные курсы антимикробной терапии назначались с первого дня менструального цикла, в течение 14 дн. Лечение проводилось на протяжении трех менструальных циклов. Контроль излеченности осуществлялся через 4 нед. после окончания курса лечения.

Проведение повторного курса антимикробной терапии не потребовалось, поскольку отсутствие микробного возбудителя было зафиксировано у всех 50 пациенток ОГ.

При проведении повторного бимануального исследования и УЗИ (после курса антимикробной терапии) у женщин ОГ было подтверждено наличие патологических образований в области придатков у $14,00 \pm 4,91\%$ (7 чел.), в этой связи им были осуществлены лапароскопические операции, результатом которых было удаление эндометриоидных кист яичников ($6,00 \pm 3,36\%$) (3 чел.), проведение адгезиолиза и фимбриопластики ($8,00 \pm 3,84\%$) (4 чел.).

Кроме этого, $24,00 \pm 6,04\%$ (12 чел.) пациенткам ОГ была проведена гистероскопия с последующим морфологическим исследованием биоптатов эндометрия и цервикального канала. Показаниями для проведения гистероскопии было наличие выделений в межменструальный период.

Результаты, полученные после проведения гистероскопии, свидетельствовали о том, что наличие хронического эндометрита было диагностировано у 12 чел. — $24,00 \pm 6,04\%$ пациенток ОГ. Данные морфологического исследования биоптатов из цервикального канала подтвердили наличие полипов с воспалительной инфильтрацией у 5 пациенток ОГ ($10,00 \pm 4,24\%$). При морфологическом исследовании биоптатов эндометрия наличие полипов с воспалительной инфильтрацией было отмечено у 8 чел. — $16,00 \pm 5,18\%$.

Таблица 1

**Воспалительные заболевания гениталий
и мочеполовой системы у женщин 1 и 2 групп**

Нозологическая форма	1 группа (n=67)	2 группа (n=70)
Вагинит кандидозный	10 (14,93±4,35)	11 (15,71±4,35)
БК	6 (8,96±3,49)	6 (8,57±3,35)
Вагинит кандидозный+БВ	6 (8,96±3,49)	7 (10,00±3,59)
Трихомонадный вагинит	3 (4,48)	3 (4,48)
Цервицит	43 (64,18±5,86)	46 (65,71±5,67)
Уретрит	4 (5,97±2,89)	5 (7,41±3,14)
Бактериурия бессимптомная	4 (5,97±2,89)	5 (7,41±3,14)
Герпетические высыпания на наружных половых органах	6 (8,96±3,49)	3 (4,48)

Примечание. В скобках — данные в процентах.

Через 12-14 мес. после родов, осложненных перинатальными потерями, при наличии положительной динамики после лечебной и реабилитационной (занятия с психологом) терапии супружеская пара планировала беременность. Полученные нами результаты ведения беременных женщин, гестационный период у которых завершился перинатальными потерями, представлены в виде алгоритма (рис. 2).

Проведение предгравидарной подготовки, по нашему мнению, было направлено на профилактику первичной ПН. Так как у женщин 1 и 2 группы предгравидарная подготовка не проводилась, мы изучили у них структуру воспалительных заболеваний гениталий и особенности микробного пейзажа (табл. 1, 2).

Беременным женщинам 1 группы курс этиотропной, антимикробной терапии проводился с 12-14 нед. гестационного периода, а пациентки 2 группы этиотропную, антимикробную терапию получали после 22-24 нед. беременности и в более поздние сроки. Обоснованием для проведения антимикробной терапии было наличие воспалительных заболеваний гениталий и мочеполовой системы (табл. 1, 2).

Частота выявления возбудителей, вызвавших развитие у пациенток 1 и 2 групп воспалительных заболеваний гениталий (вагинит, цервицит), представлена в табл. 2.

Как следует из данных, представленных в табл. 2, первое место в структуре микробного пейзажа занимали представители класса Mollicutes: 1 группа — 44,78±6,08%; 2 группа — 47,14±5,97%. Второе место составили *Candida albicans* (1 группа — 23,88±5,21%; 2 группа — 25,71±5,22%). Третье место по частоте распространения занимала *Gardnerella vaginalis* (1 группа — 17,91±4,68% и 2 группа — 18,57±4,65%).

Микробные ассоциации встречались у 49 (73,13±5,42%) женщин 1 группы и у 52 (74,29±5,22%) пациенток 2 группы.

Таким образом, результатом проведения первичной и вторичной профилактики ПН является отсутствие клинических проявлений невынашивания беременности в сроке до 16 нед. гестационного периода у женщин ОГ. Проведение вторичной профилактики ПН у женщин 1 группы показало, что в сроке беременности до 16 нед. угроза прерывания беременности была диагностирована у 6 (8,96±3,49%) женщин.

Таблица 2

**Частота выявления возбудителей воспалительных заболеваний
гениталий из цервикального канала у женщин 1 и 2 групп**

Вид возбудителя	1 группа (n=67)	2 группа (n=70)
<i>Candida albicans</i>	16 (23,88±5,21)	18 (25,71±5,22)
<i>Gardnerella vaginalis</i>	12 (17,91±4,68)	13 (18,57±4,65)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	6 (8,96±1,49)	5 (7,41±3,14)
<i>Ureaplasma urealyticum</i> (KOE>10 ⁴ мл)	14 (20,90±4,97)	16 (22,86±5,02)
<i>Ureaplasma parvum</i>	6 (8,96±1,49)	6 (8,57±3,35)
<i>Mycoplasma hominis</i> (KOE>10 ⁴ мл)	6 (8,96±1,49)	6 (8,57±3,35)
<i>Mycoplasma genitalis</i>	4 (5,97±2,89)	5 (7,41±3,14)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	3 (4,48)	3 (4,29)
<i>Staphylococcus spp.</i>	3 (4,48)	3 (4,29)
<i>Streptococcus spp.</i>	2 (2,99)	3 (4,29)
Herpes simplex virus I, II	6 (8,96±1,49)	3 (4,29)
HPV 16,18	-	1 (1,43)
Cytomegalovirus	-	2 (2,86)

Примечание. В скобках — данные в процентах.

Отсутствие профилактических мероприятий первичной и вторичной ПН у женщин 2 группы свидетельствовало о наличии угрозы прерывания беременности в сроке 10-16 нед. в 15 (21,43±4,90%) случаях, что явилось статистически достоверным ($p<0,05$).

При проведении профилактики первичной и вторичной ПН у женщин высокой группы перинатального риска (ОГ), имеющих воспалительные заболевания гениталий, случаев ПС зарегистрировано не было. Ранняя неонатальная заболеваемость составила 40,0%. При проведении вторичной профилактики ПН у женщин высокой группы перинатального риска (1 группа) случаев ПС зарегистрировано не было. Хроническая ПН (компенсированная форма) была в 8,96±3,49% случаев. Однако в данной ситуации имело место сочетание первичной и вторичной ПН. Наличие воспалительного компонента было отмечено в 2,98%. Ранняя неонатальная заболеваемость составила 29,9%. Во 2 группе (группа высокого перинатального риска) с воспалительными заболеваниями гениталий профилактика первичной и вторичной ПН не проводилась. В данной группе выполнялись лечебные мероприятия при уже имеющейся ПН. Хроническая ПН была диагностирована по данным морфологического исследования в 100,0% случаев (компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная форма). Случаев ПС зарегистрировано не было. Частота воспалительного компонента в плаценте составила 62,86±5,78%. Ранняя неонатальная заболеваемость составила 65,71±5,22%. Однако частота декомпенсированной формы ПН встречалась достоверно реже ($p<0,001$), чем в случаях завершения беременности и родов перинатальными потерями. Анализ морфологической ситуации последов в ГС (низкая группа перинатального риска) свидетельствовал о том, что наличие хронической ПН (компенсированная форма) было зарегистрировано в 7,69±4,27% случаев. Наличие воспалительного компонента в последе было в 5,12±3,53% случаев. В данной группе случаев ПС отмечено не было. Ранняя неонатальная заболеваемость составила 76,9%.

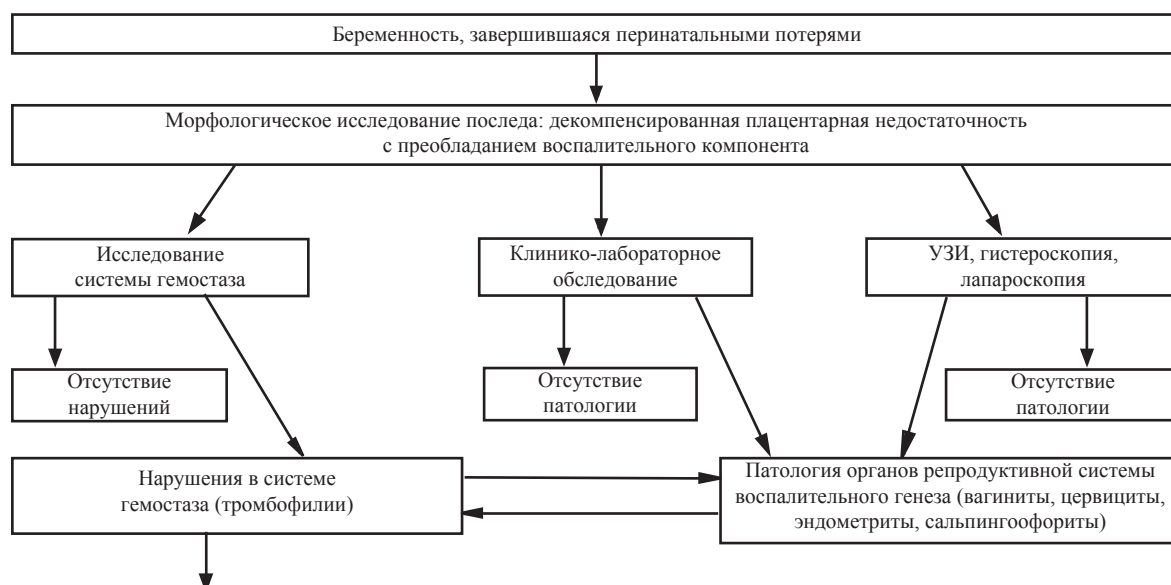


Рис. 2. Алгоритм предгравидарной подготовки женщин с перинатальными потерями

Следовательно, проведение профилактики первичной и вторичной ПН у женщин ОГ и I группы привело к отсутствию перинатальных потерь и достоверному снижению ($p < 0,001$) ранней неонатальной заболеваемости. Частота воспалительного компонента в последах (у данной категории женщин) была достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем в случаях, завершившихся ПС.

Проведение лечебных мероприятий во 2 группе (относящейся к высокой степени перинатального риска), направленных на коррекцию уже имеющихся ПН, также привело к отсутствию случаев ПС. Частота воспалительного компонента в последах была достоверно более низкой ($p < 0,001$) во 2 группе, по сравнению с группой, в которой беременность и роды завершились ПС. Однако показатель ранней неонатальной смертности оставался высоким (657,14%). Случаев развития инфекционных болезней новорожденных в данной группе не было, хотя имели место признаки внутриутробного инфицирования, зафиксированные клиническими и лабораторно-диагностическими методами.

Выводы

1. В структуре заболеваний органов репродуктивной системы у женщин, репродуктивный период у которых завершился перинатальными потерями, преобладала патология воспалительного генеза (вагиниты, цервициты, эндометриты, сальпингоофориты).

2. Доказана эффективность лечебно-профилактических мероприятий с использованием антимикробных препаратов (в предгравидарном периоде и в сроке гестации до 16 нед.) у женщин групп высокого перинатального риска, имеющих воспалительные заболевания органов репродуктивной системы. Применение предлагаемого алгоритма позволило достоверно снизить частоту ран-

ней неонатальной заболеваемости, а также устранить развитие декомпенсированной формы плацентарной недостаточности, преждевременных родов и случаев перинатальной смертности.

Л и т е р а т у р а

1. Гинекология: нац. рук-во [под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
2. Практическая гинекология: клин. лекции [под ред. акад. РАМН В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской]. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
3. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абакарова П.Р. и др. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: рук. для практикующих врачей. - М.: Литтерра, 2005. - 1152 с.
4. Сидорова И.С., Макаров О.В., Манухин И.Б. и др. Профилактика и лечение внутриутробных инфекций: мет. рек. - М., 2007. - 80 с.
5. Сильвия К. Роузвиза. Гинекология [под ред. акад. РАМН Э.К. Айламазяна]. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 520 с.

Координаты для связи с авторами: Пестрикова Татьяна Юрьевна — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ДВГМУ, тел.: 8-(4212)-21-39-52; Юрасова Елена Анатольевна — доктор мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ДВГМУ, тел.: 8-(4212)-21-39-52; Юрасов Игорь Владимирович — канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ДВГМУ, зав. гинекологическим отделением Городской клинической больницы №10; Ковалева Тамара Даниловна — канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ДВГМУ, врач родильного дома №1, тел.: 8-(4212)-23-28-24.

