

УДК 618.2/3-055.1-022.7:576.2

ВЛИЯНИЕ МОЛЛИКУТ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН

Э.С. Горовиц, Т.А. Мельникова, М.М. Падруль, Г.И. Работникова, О.А. Тимашева,
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия»

Мельникова Татьяна Алексеевна – e-mail: melnikova.ta1111@mail.ru

Обсуждается влияние генитальных уреамикоплазм на течение беременности и родов. Под наблюдением находилось 158 беременных женщин. Молликуты диагностировали при бактериологическом обследовании. Установлено, что у женщин, инфицированных уреамикоплазмами в диагностически значимом титре, чаще регистрировались различные заболевания урогенитального тракта. Период гестации и родов у этих женщин протекал с различными отклонениями.

Ключевые слова: уреамикоплазмы, беременность, роды, осложнения.

Impact of genital ureamicoplasma infection on texitis is at issue. 158 pregnant women had been put on watch. Mollicutes were detected at bacteriological examination. It was shown, women, who were infected with diagnostically significant titer of ureamicoplasma, had various diseases of urogenital tract more often. Such women texitis progressed with different abnormalities.

Key words: Ureamicoplasma, pregnancy, partus, complications.

Представители семейства молликут широко распространены в природе. Они обитают во внешней среде, их выделяют от клинически здоровых людей, а также при различных заболеваниях человека [1, 2]. В этой связи уреамикоплазмы относят к условно патогенным микроорганизмам, которые при определенных условиях могут обуславливать некоторые заболевания человека [2, 3]. Чаще это патология урогенитального тракта (уретриты, циститы, воспалительные заболевания малого таза и т. д.), поскольку в большинстве случаев молликуты передаются половым путем [1, 3]. При этом во время беременности высеваемость уреамикоплазм возрастает в 1,5–2 раза [4]. Рядом исследователей отмечается также связь генитальной уреамикоплазменной инфекции матери с развитием хориоамнионита, самопроизвольным абортom, преждевременными родами [1, 4].

В то же время молликуты могут присутствовать в микрофлоре влагалища практически у всех женщин, однако подавляющее число видов являются сапрофитами, и их выделение ещё не свидетельствует об участии в патологическом процессе [5, 6]. На этом основании некоторые исследователи считают, что данные микроорганизмы не являются этиологическим фактором при заболеваниях мочеполового тракта [1, 7].

Цель настоящей работы – анализ течения беременности и родов у женщин, инфицированных молликутами.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов комплексного клинко-лабораторного обследования 158 беременных женщин на базе одного из лечебных учреждений г. Перми. Оно было выполнено до 16 недель гестации и включало изучение

данных анамнеза, амбулаторных карт и индивидуальных карт беременных, а также результатов клинико-лабораторного обследования. В дальнейшем эти женщины находились под нашим наблюдением: у них изучали особенности течения беременности, родов и послеродового периода.

В соответствии с результатами традиционного бактериологического обследования на уреаплазмы (материал забирали из влагалища специальным тампоном) были выделены две группы женщин. Группа А (76 человек), у которых изолировали уреаплазмы (учитывали только три основных вида: *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium* и *Ureaplasma urealyticum*). Группа В (82 женщины) – с отрицательными результатами бактериологического обследования.

По возрасту, половому дебюту, количеству половых партнеров существенных отличий у женщин обследованных групп выявлено не было (таблица 1).

ТАБЛИЦА 1.
Характеристика женщин групп наблюдения

Показатели	Группа А			Группа В (n=82)
	Подгруппа I (n=57)	Подгруппа II (n=19)	Всего (n=76)	
Возраст (годы)	26,5±0,50	27,3±0,42	26,9±0,46	26,5±0,50
Половой дебют (лет)	17,7±0,28	17,9±0,05	17,8±0,17	17,5±0,09
Количество половых партнеров	5,1±0,05	5,7±0,37	5,4±0,21	6,2±0,23

Проведение количественного бактериологического анализа позволило в группе инфицированных женщин выделить две подгруппы: первую, в которой молликуты определяли в диагностическом значимом титре $>10^4$ КОЕ/мл (57 женщин), и вторую, где их концентрация составила $<10^4$ КОЕ/мл (19 человек).

Результаты и их обсуждение

У 79,9% женщин, находившихся под нашим наблюдением, которые были инфицированы уреаплазмами, выявили ту или иную патологию урогенитального тракта, тогда как в группе сравнения данный показатель был достоверно ниже 46,3% (таблица 2).

ТАБЛИЦА 2.
Особенности урогенитальной патологии у обследованных женщин

Заболевания	Доля женщин с заболеваниями урогенитального тракта						Группа В (n=82)	
	Группа А							
	Подгруппа 1 (n=57)		Подгруппа 2 (n=19)		Всего (n=76)			
	Абс.	М+м	Абс.	М+м	Абс.	М+м	Абс.	М+м
Уретрит острый	7	12,3±4,4%	1	5,3±5,3%	8	10,5±3,5%	2	2,4±1,7%
Уретрит подострый	8	14,0±4,6%	2	10,5±7,2%	10	13,2±3,9%	3	3,7% *±2,1%
Вагинит	20	35,1±6,3%	5	26,3±10,4%	25	32,9±4,8%	14	17,1% *±4,2%
Бактериальный вагиноз	12	21,1±5,4%	3	15,8±8,6%	15	19,7±4,6%	9	11,0%±3,5%
Цервицит	27	47,4±6,6%	4	21,1±9,6%	31	40,8±5,6%	14	17,1% *±4,2%
Отсутствие клинических проявлений	11	19,3±5,2%	5	26,3±10,3%	16	21,1±4,7%	44	53,7%*±5,5%

Примечание: * - отличие ($p < 0,05$) достоверно между группами А и В.

В значительном проценте случаев это были цервициты и вагиниты, соответственно 40,8% и 32,9%. В то же время в группе неинфицированных женщин эти заболевания реги-

стрировали значительно реже – в 17,1% и 11,0% случаев. Подобная тенденция прослеживалась и в отношении других нозологий.

Самостоятельный интерес представляют данные в отношении частоты выявления различных заболеваний у беременных, в зависимости от уровня инфицированности. У всех обследованных женщин I подгруппы с высоким титром уреаплазм чаще обнаруживали ту или иную патологию, в сравнении с беременными II подгруппы. Однако, эти различия были статистически достоверными только при выявлении цервицита.

При сравнительном анализе особенностей течения беременности и родов у наблюдаемых женщин установлено, что у значительной части из них группы А (48,7%) беременность и роды протекали с различными осложнениями (таблица 3), при этом у некоторых из них 12,1% осложнения носили сочетанный характер.

ТАБЛИЦА 3.
Доля женщин с осложнениями беременности и родов в исследуемых группах

Осложнения беременности и родов	Группа А						Группа В (n=82)	
	Подгруппа 1 (n=57)		Подгруппа 2 (n=19)		Всего (n=76)			
	Абс.	М±m	Абс.	М±m	Абс.	М±m	Абс.	М±m
Гестоз	7	12,3±4,4%	1	3,7±4,4%*	8	10,5±3,5%	3	3,7%*±2,1%
Преждевременные роды	14	24,6±5,7%	0	0%	14	18,4±4,4%	6	7,3±2,9%
Слабость родовой деятельности	14	24,6±5,7%	1	3,7±4,4%**	15	19,7±4,6%	7	8,5%*±3,1%
Итого	35	61,4±6,4%	2	10,5±7,2%	37	48,7±5,3%	16	19,5±4,4%

Примечание: * - отличие ($p < 0,05$) достоверно между группами А и В, ** - отличие ($p < 0,05$) достоверно между подгруппами 1 и 2.

Слабость родовой деятельности и преждевременные роды у инфицированных женщин встречались практически с одинаковой частотой (19,7% и 18,4% случаев соответственно). У 10,5% женщин регистрировался гестоз. В группе сравнения осложнения беременности и родов отмечали существенно реже, в 19,5% случаев. У этой категории беременных также преобладали слабость родовой деятельности и преждевременные роды (8,5% и 7,3% случаев соответственно). Важно отметить и существенные различия в частоте встречаемости осложнений у женщин 1-й и 2-й подгрупп. У беременных, инфицированных молликутами в диагностически значимом титре, осложнения отмечали достоверно чаще, чем в группе сравнения. Это положение справедливо в отношении всего спектра осложнений. Так, слабость родовой деятельности, у них выявлена в 24,6% случаев против 3,7% женщин, инфицированных молликутами в малом титре, а преждевременные роды регистрировали у 24,6% беременных, тогда как во второй подгруппе не было ни одного подобного случая.

Выводы

1. У женщин, инфицированных молликутами, в анамнезе регистрировали чаще различные заболевания урогенитального тракта. Особенно существенны эти различия были в подгруппе беременных с высоким титром уреаплазм.

2. Колонизация урогенитального тракта уреаплазмами в титре более 10^4 КОЕ/мл неизбежно сопровождается осложненным течением беременности и родов.

3. В случае обнаружения уреамикоплазм в урогенитальном тракте женщин в низких концентрациях или при отрицательных результатах на ранних сроках гестации представляется целесообразным повторное обследование на УМП в 28–30 недель.



ЛИТЕРАТУРА

1. Беременность и роды при заболеваниях мочевыводящих органов. Под ред. ак. РАМН Сухих Г.Т. М. 2009. 432 с.

2. Борисенко К.К., Тоскин И.А., Кисина В.И. О значении колонизации мочеполовых органов *M. hominis* и *U. urealyticum*. ИППП. 1999. № 3. С. 28–32.

3. Фофанова И.Ю., Прилепская В.Н. Некоторые клинико-лабораторные особенности пациенток репродуктивного возраста с урогенитальным микоплазмозом. Тез. I научн. регион. форума «Мать и дитя». Казань. 2007. С. 351–352.

4. Остроумов О.А. Особенности течения беременности у пациенток с хламидийной и микоплазменной инфекцией: Дисс. ... канд. мед. наук. М. 2002. 131 с.

5. Мальцева Л.И., Андрушко И.А. и др. Патогенетическая роль нарушений системы гемостаза при урогенитальной микоплазменной инфекции у женщин. Арх. патол. 1995. № 5. С. 118–122.

6. Крамова А.Э., Поляков А.В. Цервицит и *ureaplasma urealyticum* Росс. журн. кожн. и венерич. бол. 2005. № 6. С. 69–71.

7. Taylor – Robinson D., Furr P. M. Genital mycoplasma infections. Wien Klin Wochenschr. 1997. № 109. V. 14–15. P. 578–583.