

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ НА ФОНЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ УРЕАПЛАЗМЕННОЙ И МИКСТ-ИНФЕКЦИЯМИ

*Хворик Н.В.¹, Белуга В.Б.¹,
Никольская А.К.², Сурова Н.А.²*

¹*Гродненский государственный медицинский университет*

²*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно*

В настоящее время одной из актуальных проблем в медицине является широкое распространение инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта, которые оказывают неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию как женщин, так и мужчин, а также ухудшают перинатальные исходы у их потомства [1, 2]. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 330 млн урогенитальных инфекций, среди которых одно из лидирующих позиций занимает *Ureaplasma urealyticum* [3].

Истинное этиологическое значение этого микроорганизма в развитии неблагоприятных исходов беременности и родов не определено до настоящего времени. Ряд авторов полагают, что генитальные микоплазмы при определенных условиях могут быть причастны к таким осложнениям беременности и родов, как преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды, рождение детей с низкой массой тела, послеродовой эндометрит. Другие исследователи придерживаются абсолютно противоположного мнения, утверждая, что данные микроорганизмы не более чем комменсалы и не оказывают никакого неблагоприятного воздействия на течение беременности, родов и послеродового периода. Существует также мнение, что определяющую роль в патогенезе неблагоприятного воздействия генитальных микоплазм на мать, плод и новорождённого играет не столько сам факт обнаружения данных микроорганизмов в половых путях матери, сколько степень их колонизации, то есть чем выше концентрация генитальных микоплазм, тем чаще наблюдаются различного рода осложнения [3, 4]. Уреаплазмы редко существуют в виде моноинфекции. Наиболее частыми являются ассоциации с факультативно-анаэробными микроорганизмами, реже – с хламидиями, еще реже – с вирусами. Частота выделения *U. urealyticum* у беременных составляет 50-70%, что в 1,5-2 раза выше, чем у небеременных. Это объясняется изменениями иммунного и гормонального статуса у женщин в данный период [1, 4]. Передача уреаплазм от матери ребенку происходит как антенатально, так и в родах. Колонизация кожных покровов, слизистых оболочек полости рта, глотки, мочеполовых органов обычно не сопровождается выраженными клиническими симптомами.

Материал и методы. Проведен анализ историй родов 121 женщины, среди которых 90 – с диагностированными инфекциями как уреаплазменной,

так и микст-инфекциями, 31 женщина – с физиологически протекающей беременностью. Средний возраст женщин в основной группе – $26,7 \pm 3,1$ года, в группе сравнения – $28,6 \pm 2,7$ года. В браке состояло среди женщин основной группы 70 (77,7%), в «гражданском» браке – 20 (22,2%) женщин. В контрольной группе в браке состояла 31 (100%) женщина. 78 (86,7%) женщин из основной и 29 (93,5%) из контрольной группы – жители г. Гродно. Средний возраст наступления менархе у женщин основной группы составил $13,3 \pm 1,9$ года, у женщин из контрольной группы – $12,9 \pm 1,8$. Более раннее начало половой жизни отмечено у женщин основной группы – 17,5 лет, в сравнении с контрольной группой – 18,2 года. Женщины основной группы чаще были первобеременными – 47 (52,2%), тогда как в контрольной группе чаще встречалась 3 по счету беременность – у 15 (48%) пациенток, 1 по счету – у 7 (22,6%) женщин. В основной группе частота выкидышей (13 – 14,4%) и аборт (10 – 11,1%) была выше, чем в контрольной группе – 6 (19,4%) выкидышей и 5 (16,1%) абортов.

Во время настоящей беременности уреоплазменная моноинфекция диагностирована у 80 (88,9%) пациенток, у 10 (11,1%) – микст-инфекция (микоплазмоз, уреоплазмоз, хламидиоз). В I триместре была диагностирована урогенитальная инфекция методом посева – IST у 43 (47,8%) пациенток, во II триместре – у 34 (37,8%), в III триместре – у 13 (14,4%). Лечение проводилось в 64 (71,1%) случаев, остальные пациентки не принимали назначенные препараты – 26 (28,9%). Контроль излеченности был проведен у 16 (17,8%) пациенток, среди которого только у 4 (4,44%) были отрицательными результаты. В большинстве случаев лечение оказалось неэффективным. Также установлено, что лечение урогенитальной инфекции не влияет существенно на улучшение течения беременности и родов. Так, среди принимавших лечение женщин у 27 (42,2%) наблюдалось раннее излитие околоплодных вод, у 9 (14%) – преждевременное. Тогда как у не принимавших лечение раннее излитие околоплодных наблюдалось у 9 (34,6%) женщин, преждевременное – у 5 (19,2%). Помимо ИППП у 60 (66,7%) женщин из основной группы имели место другие гинекологические заболевания: у 36 (40%) – цервикальная эктопия, у 8 (8,9%) – часто рецидивирующий кольпит, у 5 (5,6%) – доброкачественные кистозные образования яичников. У 10 (32,3%) женщин из контрольной группы гинекологических заболеваний в анамнезе не было, у 15 (48,4%) – отмечалась цервикальная эктопия.

Средний срок наступления родов в основной группе составил $275 \pm 5,7$ дней, в контрольной – $277 \pm 6,1$ дня. Причем, в основной группе наблюдались 1 преждевременные роды. Анализируя способ родоразрешения было установлено, что доля кесарево сечения была выше в основной группе – 24 (26,7%), тогда как в контрольной группе она составила 3 (9,7%) случая. Средняя кровопотеря в родах основной группы составила $386,3 \pm 63,8$ мл, в контрольной – $323,2 \pm 49,8$ мл. Средняя масса новорожденных в основной группе составила $3317 \pm 223,4$ г, в контрольной же группе – $3657 \pm 287,6$ г. Следует отметить,

что только в основной группе у 12 (13,3%) новорожденных была выявлена врожденная инфекция и у 5 (5,6%) отмечена низкая масса тела (<2500 г).

Наиболее частым осложнением в родах явилось раннее излитие околоплодных вод, которое практически в 2 раза чаще встречалось у женщин основной группы. В то время как преждевременное излитие околоплодных вод встречалось только в основной группе у каждой 5 женщины. Физиологическое течение родов наблюдалось в 2 раза чаще в контрольной группе, нежели в основной.

При гистологическом исследовании плацент в основной группе в 1/3 случаев наблюдались воспалительные изменения в плаценте, в 2 раза реже – нарушения кровообращения, возрастные и сочетанные изменения. Среди воспалительных изменений в плаценте основной группы чаще всего встречался париетальный децидуит. В контрольной же группе в 13 (41,9%) случаях наблюдалась зрелая плацентарная ткань, в 5 (16,1%) – нарушение кровообращения, в 4 (12,9%) – воспалительные и возрастные изменения.

Вывод. Таким образом, у пациенток с уреаплазменной и микст-инфекциями отмечается увеличение частоты выкидышей и аборт в анамнезе. Инфицированность предрасполагает к более частой встречаемости других гинекологических заболеваний – цервикальной эктопии, часто рецидивирующих воспалительных процессов влагалища, доброкачественных образований яичников. Течение родового акта на фоне инфицированности нижнего отдела полового тракта осложняется несвоевременным излитием околоплодных вод, риск рождения детей с признаками внутриутробного инфицирования значимо выше у данной категории пациенток. Гистологические изменения плаценты отражают инфицированность матери, с более частой встречаемостью воспалительных изменений в плаценте.

Литература

1. Инфекции в акушерстве и гинекологии / под ред. О.В. Макарова, В.А. Алешкина, Т.Н. Савченко. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 464 с.
2. Тюрина, Н.А. Влияние инфекций, передаваемых половым путем, на дородовое излитие околоплодных вод и развитие преждевременных родов у беременных с невынашиванием / Н.А. Тюрина, М.А. Нарваткина // Научный альманах. – 2016. – № 11. – С. 417-420.
3. Donders, G.G. Mycoplasma/Ureaplasma infection in pregnancy: to screen or not to screen. / G.G. Donders [et al.] // J Perinat Med. – 2017. – Vol. 26, № 45. – P. 505-515.
4. Akhvlediani L. Prevalence of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum in pregnant and women with reproductive problems // Georgian Med. News. – 2012. – Vol. 208-209. – P. 59-63.