

ВЛИЯНИЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ И ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Хворик Н. В.¹, Белуга В. Б.¹, Сурова Н. А.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»,

г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Беременность – это сложный многофакторный процесс, в развитии осложнений гестации большая роль принадлежит инфекционному фактору [1, 2, 5]. В настоящее время одна из актуальных проблем в медицине – широкое распространение инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта, которые оказывают неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию, а также ухудшают перинатальные исходы [1, 2]. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 330 млн урогенитальных инфекций, среди которых одно из лидирующих позиций занимает *Ureaplasma urealyticum* [3, 4, 5]. До настоящего времени нет единого мнения в отношении роли уреаплазм в этиологии урогенитальных инфекций, и большинство исследователей считают, что только высокие концентрации этих микроорганизмов способны вызывать заболевания. Признанный факт негативного влияния на течение беременности – хламидийная инфекция, в частности, установлена роль в развитии привычного невынашивания, фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода, повышается частота преждевременных родов, послеродовых осложнений. [1, 2, 3]. Однозначно распространено так называемое бессимптомное носительство уреаплазм в урогенитальном тракте женщин, в том числе и у беременных [3, 5].

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, послеродовый эндометрит. Существует и противоположное мнение, что данные микроорганизмы не более чем комменсалы и не оказывают никакого неблагоприятного воздействия на течение беременности, родов и послеродового периода. Уреаплазмы редко существуют в виде моноинфекции. Наиболее частые – 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, 5]. Передача уреоплазм 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.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй родов 121 женщины, среди которых 90 – с установленным фактом наличия инфекций как уреоплазменной, так и микст-инфекциями, и 31 женщина – с физиологически протекающей беременностью. Средний возраст женщин в основной группе составил $26,7 \pm 3,1$ года, в группе сравнения – $28,6 \pm 2,7$ года. В браке состояли 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. Женщины основной группы чаще были первобеременными – 47 (52,2%), тогда как в контрольной группе чаще встречалась третья по счету беременность – у 15 (48%) пациенток, первая по счету – у 7 (22,6%) женщин. В основной группе частота выкидышей (13 – 14,4%) и абортов (10 – 11,1%) была выше, чем в контрольной группе – 6 (19,4%) выкидышей и 5 (16,1%) абортов.

Во время настоящей беременности моноинфекция, связанная с уреоплазмами, диагностирована у 80 (88,9%) пациенток, у 10 (11,1%) – микст-инфекция (микоплазмоз генитальный, 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%) случаях, 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 отрицательные результаты. В большинстве случаев лечение оказалось неэффективным. Так, среди принимавших лечение женщин у 36 (56,3%) наблюдался преждевременный разрыв плодных оболочек, тогда как у не принимавших лечение раннее данное осложнение наблюдалось у 14 (53,8%). Помимо ИППП, у 60 (66,7%) женщин из основной группы имели место другие гинекологические заболевания: у 36 (40%) – цервикальная эктопия, у 8 (8,9%) – часторецидивирующий 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 – $275 \pm 5,7$ дня, в контрольной – $277 \pm 6,1$ дня. Причем в основной группе наблюдались 1 преждевременные роды. Установлено, что доля оперативного родоразрешения была выше в основной группе – 24 (26,7%), тогда как в контрольной группе она составила 3 (9,7%) случая. Средняя кровопотеря в родах в основной группе 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 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 частое осложнение в родах – преждевременный разрыв плодных оболочек, который практически в 2 раза чаще встречался у женщин основной группы. Данное осложнение встречалось в основной группе только у каждой 5 женщины. Физиологическое течение родов наблюдалось в 2 раза чаще в контрольной группе в отличие от основной.

При гистологическом исследовании плаценты 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 в основной группе 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.

Таким образом, пациентки с наличием условно-патогенной и патогенной флорой имеют увеличение частоты выкидышей и аборт в анамнезе. Течение родового акта на фоне инфицирования нижнего отдела полового тракта сопровождается преждевременным разрывом плодных оболочек, повышенным риском рождения детей с признаками внутриутробного инфицирования. Гистологическая структура плаценты имеет воспалительные изменения, что отражает необходимость пристального внимания к диагностике и лечению для предотвращения осложнений периода гестации.

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 родовое 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.
5. Мельникова, Т. А. Влияние инфицированности уреаплазмами на течение гестационного периода / Т. А. Мельникова // Пермский медицинский журнал. – 2014. № 6. – С. 63-67.