

Курносенко И.В., Востренкова С.В., Летягина Н.П., Смольникова Л.А., Феклюнина Е.С.

Течение и исходы беременности у женщин с цервицитами

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Кафедра акушерства и гинекологии, г. Челябинск

Kurnosenko I.V., Vostrenkova S.V., Letiagina N.P., Smolnikova L.A., Feklyunina E.S.

Course and outcome of pregnancy in women with cervicitis

Резюме

Проведено обследование 327 беременных женщин, взятых методом сплошной выборки, включающее: клинико-лабораторные, микробиологические, инструментальные (расширенная кольпоскопия, УЗИ), методы морфологического исследования последов. Цервицит был выявлен у 54 % беременных женщин. Достоверно чаще, чем в группе без генитальной инфекции, у пациенток с цервицитами имели место: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, осложненное течение настоящей беременности, преждевременные роды и более высокая заболеваемость новорожденных. Также было выявлено, что у женщин с цервицитами, чаще, чем в группе сравнения, при морфологическом исследовании последов выявлялись признаки внутриматочной инфекции (ВМИ) – в 58,2 % и хронической плацентарной недостаточности – в 36,7 % случаев. Таким образом, наличие цервицита у беременных женщин может стать одним из маркеров реализации ВМИ.

Ключевые слова: цервицит, беременность, преждевременные роды, внутриматочная инфекция.

Summary

A prospective study was made by using a continuous sampling method in 327 pregnant women that included clinical, laboratory, microbiological, instrumental (colposcopy, ultrasound examination) and placental morphological analysis. Cervicitis diagnosed in 54% pregnant women. Compromised obstetric-gynecological history, pregnancy complications, preterm delivery and higher morbidity of newborn validly more frequently took place in women with cervicitis in comparison with women without genital infections. Also it was revealed that women with cervicitis in comparison with control group, more frequently had a morphological features of intrauterine infections at placental morphological analysis – in 58,2% cases and chronic placental insufficiency in 36,7% cases. Thus, presence of cervicitis in pregnant women can be one of the markers of intrauterine infection implementation.

Key words: cervicitis, pregnancy, preterm labor, intrauterine infection.

Введение

По-прежнему, актуальной на современном этапе остается проблема воспалительных заболеваний шейки матки. Высокая частота встречаемости цервицитов, трудности в выборе эффективной терапии, большое количество рецидивов – факторы, приводящие к тому, что женщины, не получив адекватную прегравидарную подготовку, начинают вынашивать беременность на фоне воспалительного процесса в репродуктивном тракте. Достижениями научной и практической медицины доказано, что воспалительные процессы нижнего отдела гениталий у женщин являются одной из ведущих причин обширного круга акушерских и перинатальных осложнений [1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15]. Важно отметить, что инфекционный процесс шейки матки во время беременности снижает антимикробный потенциал «барьера» на пути восходящего инфицирования [13].

Материалы и методы

На базе МУЗ ГКБ № 8 города Челябинска и Областного перинатального центра, методом случайной выборки было обследовано 327 беременных женщин. Для постановки диагноза цервицита обязательным было наличие клинико-лабораторных проявлений инфекционно-воспалительного процесса. Всем женщинам на сроке 12-16 недель проводился осмотр в зеркалах, расширенная кольпоскопия и микробиологическое исследование. Признаки цервицита были выявлены у 177 женщин, что составило 53,8%. Женщины с цервицитами были взяты в I группу исследования (основную). Во II группу (сравнения) были включены 65 пациенток без генитальной инфекции. Таким образом, из исследования были исключены женщины с воспалительными и дисбиотическими процессами влагалища, если они не сопровождалась признаками цервицита. Проведен анализ течения беременности и ее исходов в обеих группах обследованных.

Результаты и обсуждение

Средний возраст беременных женщин в группах составил $28,97 \pm 0,66$ и $26,42 \pm 0,33$ лет. В I группе первобеременных было 38,4 %, повторнобеременных – 61,6%. Во II группе 55,4 % и 44,6 % соответственно. Из повторнобеременных пациенток I группы 28,2% женщин имели в анамнезе два и более искусственных аборта, тогда как во II группе – только 9,2 % ($p < 0,005$). У 29,9 % женщин из основной группы анамнез был отягощен самопроизвольными выкидышами, у 11,3 % - преждевременными родами, а у 4,3 % - антенатальной гибелью плода. В группе сравнения самопроизвольные выкидыши в анамнезе были у 4,6 % ($p < 0,005$), преждевременные роды – у 3,1 % пациенток ($p < 0,05$). При сборе гинекологического анамнеза обращало на себя внимание, что 45,2 % пациенток из основной группы перенесли воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), а 31,6 % - воспалительные процессы влагалища и шейки матки. В группе сравнения ВЗОМТ в анамнезе регистрировались – в 9,2 % случаев, инфекционные процессы нижнего отдела гениталий – в 12,3 % ($p < 0,005$).

При осмотре шейки матки в зеркалах и проведении расширенной кольпоскопии, помимо явлений цервицита, в основной группе женщин в 35 % случаев была установлена эктопия. В группе сравнения эктопия на шейке матки была выявлена в 13,8 % случаев ($p < 0,005$). При микробиологическом исследовании у женщин основной группы в преобладающем числе наблюдений выявлялись условно-патогенные микроорганизмы в титре > 104 КОЕ/мл. Из факультативных анаэробов чаще других обнаруживались: *Staphylococcus* spp. (53,7 %), сем. *Enterobacteriaceae* (9 %), *Streptococcus agalactia* (9 %), *Enterococcus faecalis* и *Staphylococcus epidermidis* (по 7,3%). В 17 – 25 % случаев было установлено присутствие ассоциаций таких анаэробов, как *Eubacterium* spp., *Prevotella bivia*, *Porphyromonas* spp., *Sneathia* spp., *Leptotrichia* spp., *Fusobacterium* spp., *Megasphaera* spp., *Lachnobacterium* spp., *Gardnerella vaginalis* и другие. *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* выявлялись в 9,6 % и 25,4 % случаев соответственно, *Chlamydia trachomatis* у 10 %, *Mycoplasma genitalium* – у 18 % женщин основной группы.

На фоне стойкой угрозы прерывания беременность протекала у 28,8% женщин с цервицитами и у 13,8 % пациенток из группы сравнения ($p < 0,05$). В первом триместре угроза прерывания имела место у 18,6 % пациенток основной группы и у 15,4 % группы сравнения, во втором триместре – у 39,5 % и у 16,9 % ($p < 0,005$), в третьем триместре – у 41,2 % и у 23,1 % ($p < 0,05$) соответственно.

По данным УЗИ патологическое количество околоплодных вод наблюдалось у половины обследованных I группы: многоводие – у 30,5 %, маловодие – у 23,2% женщин. Во II группе многоводие встречалось в 7,7 %, маловодие – в 10,8 % случаев, что было достоверно реже, чем в основной группе ($p < 0,05$). Почти в половине случаев из основной группы регистрировалось однократное или рецидивирующее нарушение маточно-плацентарного кровотока по данным доплерометрии – в 46,3 %. В группе сравнения нарушение маточно-плацентарного кровотока было установлено в 18,5 % случаев ($p < 0,005$). В 31,6 % случаев по

результатам УЗИ в основной группе пациенток был установлен СЗРП I-II степени, тогда как в группе сравнения – в 15,4 % ($p < 0,05$).

Системная воспалительная реакция по общему анализу крови (лейкоциты $> 12 \times 10^9$ /л, палочко-ядерный сдвиг лейкоцитарной формулы) была выявлена у 36,2 % женщин основной группы на разных сроках беременности. При этом у 15,8 % пациенток данные воспалительные изменения не были связаны с экстрагенитальными очагами инфекции. Во всех случаях проводилась системная антибактериальная терапия. В группе сравнения эпизоды воспалительной реакции крови хотя бы раз на протяжении беременности имели 15,4 % пациенток, при этом у 12,3 % - был выставлен диагноз инфекционного процесса экстрагенитальной локализации (ОРВИ, обострение хронического тонзиллита, пиелонефрита).

В основной группе своевременные роды произошли в 97,2 %, а преждевременные – в 2,8 % случаев. Все пациентки из группы сравнения родили в срок. В основной группе в 7,9 % случаев роды осложнились хориоамнионитом, в 11,9 % - плотным прикреплением последа. В группе сравнения данных осложнений не было. Из группы матерей с цервицитами удовлетворительную оценку по шкале Апгар (7–8 баллов) получили 91,5 % новорожденных; умеренная асфиксия (5–6 баллов) была установлена у 5,1 %, тяжелая асфиксия – у 2,8 % детей. В группе сравнения 95,4 % новорожденных имели при рождении оценку 7–8 баллов, и только у 4,6 % - состояние было расценено как умеренная асфиксия. Гипотрофия при рождении наблюдалась у 6,2 % новорожденных I группы и 4,6 % - из II группы. Диагноз ВУИ новорожденного был выставлен в 7,7 % случаев только в основной группе обследованных.

При патоморфологическом исследовании последов было выявлено, что у женщин с цервицитами в 58,2 % случаев имелись признаки внутриматочной инфекции, тогда как в группе сравнения воспалительные изменения в последе присутствовали только в 12,3 % ($p < 0,005$). Хроническая плацентарная недостаточность, по данным патоморфологического исследования, была установлена в 36,7 % случаев в основной группе и в 23,1 % - в группе сравнения ($p < 0,05$).

Обсуждение полученных данных: Выявлена большая частота встречаемости цервицита у беременных женщин (53,8 %). Полученные данные не противоречат результатам исследования других авторов [4]. Среди беременных с воспалительным процессом шейки матки чаще, чем при его отсутствии, встречаются пациентки с крайне отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и осложненным течением настоящей беременности. Пациентки с цервицитами представляют группу риска по реализации внутриматочной инфекции (ВМИ) во время беременности, следствием чего могут стать такие осложнения, как преждевременные роды, плацентарная недостаточность, ВУИ плода. В 58,2 % случаев у женщин с цервицитами выявлялась морфологически верифицированная ВМИ, что косвенно подтверждает, что шейка матки является основным барьером на пути восходящего инфицирования с доказанными физиологическими и иммунологическими механизмами антимикробной защиты [3, 6]. Только у 15,8

% пациенток с морфологическими признаками ВМИ, была установлена системная воспалительная реакция организма во время настоящей беременности, не связанная с другими причинами, что явилось прямым показанием для назначения антибактериальной терапии.

Заключение

Выявленная нами высокая частота встречаемости цервицитов среди беременных женщин еще раз подтверждает необходимость включения в программу прегравидарной подготовки лечебных мероприятий в отношении инфекционных процессов шейки матки. Учитывая преимущественно субклинический характер течения ВМИ во время беременности, необходим дальнейший поиск маркеров данного осложнения с целью профилактики осложнений. Одним из таких маркеров по данным нашего исследования может

стать наличие цервицита у беременных женщин.

Курносенко И.В. – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; *Востренкова С.В.* – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; *Летягина Н.П.* – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; *Смальникова Л.А.* – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; *Феклюнина Е.С.* – ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; Автор, отвечающий за переписку: *Курносенко И.В.*, 454091, г. Челябинск, ул. Российской, 2186 – 5; тел.: +7-961-795-63-61; e-mail: kurnosenko.ilona@gmail.com

Литература:

1. Газазян М.Г., Степаненко И.В., Юдина С.М. Прогнозирование состояния новорожденных у беременных с хронической генитальной инфекцией // *Репродуктивное здоровье семьи: материалы Второго Международного конгресса по репродуктивной медицине*. 2008. С. 60.
2. Доброхотова, Ю.Э. Инфекционные аспекты невынашивания: учебно-методическое пособие. М.: Изд-во РГМУ МЗ РФ, 2005. 16 с.
3. Долгушина В.Ф., Телешева Л.Ф., Долгушин И.И. Местный иммунитет половой системы у беременных с генитальной инфекцией // *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 2000. № 2. С. 92-95.
4. Коломеец Т.Д., Коломеец Е.В. Патология шейки матки и беременность: частота, материнские и перинатальные исходы // *Вестник Российского Государственного медицинского университета*. 2011. № 2. С. 157.
5. Кулаков, В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. М.: 2004. 494 с.
6. Макаров О.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 175 с.
7. Новикова, В.А., Пенжоян Г.А., Рыбалка Е.В. и др. Роль инфекции в преждевременном разрыве плодных оболочек // *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2012. № 6. С. 35-39.
8. Овсянникова, Н.И., Крюковский С.Б., Смирнова Т.И. Перинатальные исходы у беременных с высоким риском внутриутробного инфицирования плода // *Вестник новых медицинских технологий*. 2010. Т. 17, № 4. С. 39-41.
9. Посисеева, Л.В., Панова И.А., Сотникова Н.Ю. и др. Ранние прогностические критерии характера течения беременности у женщин с маркерами урогенитальной инфекции // *Акушерство и гинекология*. 2009. № 2. С. 23-27.
10. Сидельникова, В.М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему // *Акушерство и гинекология*. 2007. № 5. С. 24-27.
11. Тирская, Ю.И., Рудакова Е.Б., Шакина И.А. и др. Роль цервицитов в акушерско-гинекологической практике // *Лечащий врач*. 2009. № 10. С. 63-66.
12. Тютюнник, В.Л., Кан Н.Е., Ломова Н.А. и др. Роль врожденного иммунитета у беременных с вульвовагинальными инфекциями в развитии внутриутробной инфекции у новорожденного // *Бюл. экспериментальной биологии и медицины*. 2014. Т. 158, № 7. С. 82-84.
13. Conti, N., Torricelli M., Voltolini C. et al. Term histologic chorioamnionitis: a heterogeneous condition // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2015. P. 34-38.
14. Romero, R., Gotsch, F., Pineles B. et al. Inflammation in pregnancy: its roles in reproductive physiology, obstetrical complications, and fetal injury // *Nutr. Rev.* 2007. № 12, Pt. 2. P. 194-202.
15. Romero, R., Espinoza J., Goncalves L.F. et al. The role of inflammation and infection in preterm birth // *Semin. Reprod. Med.* 2007. № 1. P. 21-39.