

УДК 618.3–06 :616.97(575.2)(04)

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ФАКТОРА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ

Г.В. Долгая – аспирант,
О.Ю. Вотнинова – аспирант

Рассматривается влияние инфекционных процессов на течение и исход беременности, в частности, при несостоявшемся выкидыше. Выявлен высокий процент недиагностированных латентно протекающих инфекций при беременности, осложняющих ее течение.

Ключевые слова: инфекция; плацента; несостоявшийся выкидыш; послед.

Историческое развитие общества подразумевает претерпевание изменений морально-этических норм поведения. Сегодня отмечается изменение сексуального поведения и сексуальной гигиены: ранняя половая внебрачная жизнь, многочисленные половые связи и, как следствие, распространение инфекции, передающейся половым путем, влияющей на репродуктивную функцию.

Доказано неблагоприятное влияние на течение беременности персистирующей патогенной и условно-патогенной флоры типа хламидий, уреаплазмы, микоплазмы, вируса простого герпеса, цитомегаловируса, токсоплазмы и др. [1–4]. Инфекционные заболевания беременных оказывают неблагоприятное влияние на плод или в результате непосредственного воздействия на него возбудителя, вызывая первичную фетопатию, или вследствие поражения плаценты, индуцируя плацентарную недостаточность и вторичную фетопатию [2–5]. Вирусные заболевания могут приводить к анэмбрионии, *неразвивающейся* беременности, самопроизвольным выкидышам, к порокам развития плода, внутриутробной инфекции, проявляющейся в постнатальном периоде. Практически нет пациенток с привычным невынашиванием, у которых не было бы персистенции нескольких вирусов [3, 5, 6].

В 62,5% случаях беременных с привычным невынашиванием, в анамнезе у которых были отмечены случаи несостоявшегося выкидыша, обнаружены специфические антитела к ЦМВ [3, 5]. Причины выкидыша многочисленны и часто комплексны. Затрудняет морфологическое и генетическое исследование мацерация тканей по-

сле смерти плода, при этом в 20–40% случаев причина остается до конца невыясненной [6–8].

Цель нашего исследования: влияние инфекционного агента на течение и исход беременности.

Нами было проведено ретроспективное изучение течения беременности 1016 женщин в возрасте от 19 до 45 лет, обратившихся в базовую клинику КРСУ. Из них 96 женщин поступили с диагнозом несостоявшийся выкидыш и самопроизвольный выкидыш. Всем этим женщинам была проведена процедура прерывания беременности методом мануальной вакуумной аспирации с последующим гистологическим исследованием тканей. Проведено гистологическое исследование 487 последов, в том числе после оперативных (n=243) и самопроизвольных (n=244) родов. На исследование отправлялись все последы после оперативного родоразрешения, самопроизвольных родов, течение которых осложнялось патологическим процессом при беременности или родах, а также те последы после физиологических родов, при объективном осмотре которых определялись патоморфологические изменения.

Патоморфологическое исследование эмбрионов и эндометрия при несостоявшемся выкидыше и последов после родов проводили на базе Республиканского патологоанатомического бюро. Морфометрические исследования проводили на препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином. В десяти полях зрения микроскопа “Reichert” при увеличении x40 проводили количественную оценку морфологических структур на одинаковых участках.

Среди обследуемых женщин кыргызской национальности было 64,6%, славянской национальности – 24,0%, корейской национальности – 6,3%, другие национальности составили 5,1%.

Раннее становление менструальной функции (в 11–12 лет) констатировано у 17,7% женщин. Из них нарушения менструального цикла отмечали 7,2% женщин, обильные менструации указывали 12,5% женщин.

Раннюю половую жизнь в 16–18 лет начинали 20,8%, в возрасте старше 30 лет – 4,2% женщин.

Первородящие женщины составили четверть всех женщин (23,95%), повторно беременные, имеющие в анамнезе одни роды – 27 женщин (28,12%), двое родов в анамнезе указывали 11 женщин (11,45%), трое родов – 9 (9,37%). Максимальное число родов в анамнезе, установленное нами, было у 4 (5,21%). Половина всех женщин имела в анамнезе аборты, их них 1–2 аборта было у 28,96%, более двух абортов имели в анамнезе 14,58% женщин.

В дальнейшем, изучая воздействие повреждающих факторов, было установлено, что 12,5% женщин курят (3–5 сигарет в день), 9,37% – в возрасте свыше 40 лет.

Было установлено, что наличие инфекционного процесса при беременности в мазке на влагалищную флору было у 3,7% женщин. При этом 8,79% женщин имели первую степень чистоты влагалища в мазке (видны только клетки плоского эпителия, лактобактерии, лейкоцитов нет, рН-3,8-4,5), вторая степень чистоты влагалища в мазке обнаружена у 53,12% женщин (эпителиальных клеток много, лактобактерий меньше, лейкоциты до 10 в п/з, рН-5,0-5,5), третья степень – у 34,37% женщин (лактобактерии единичные, лейкоциты – до 30 в п/з, флора кокковая, рН-6,0-6,5), четвертая степень – у 3,72% женщин (лактобактерий нет, флора бактериальная, может встречаться патогенная флора, большое количество лейкоцитов, единичные эпителиальные клетки, рН-6,0-6,5).

По результатам гистологического исследования случаев несостоявшегося и самопроизвольного выкидыша было выявлено, что на первом месте из факторов, приводящих к гибели эмбриона, стоит урогенитальная инфекция (вирусы герпеса и гриппа, ЦМВ, простейшие – микоплазмы, уреоплазмы, хламидии) – 39,24%; на втором месте – гормональные нарушения (недостаточность желтого тела) – 23,1%. Кроме того, было выявлено сочетание УГИ с гормональными нарушениями в 9,37% случаев. На третьем месте по частоте встречаемости (11,7%) – острая отслойка хорио-

на, приведшая к гибели эмбриона. Остальные нозологии распределились следующим образом: сочетание с пузырным заносом – 6,25%, анэмбриония – 5,21%, генетические нарушения развития эмбриона – 4,17%, антифосфолипидный синдром – 0,96%.

Из всех женщин, поступивших на роды, на инфекционный процесс в диагнозе указывали 8,0% женщин, из них диагноз подтвердился морфологически у 59,0% женщин.

При исследовании последствий после самопроизвольных и оперативных родов наличие инфекции было выявлено в 32,24% случаях. При этом в 31,0% морфологических исследований последствий было впервые выявлено наличие инфекционного процесса.

Морфологически выявлено наличие недиагностированной инфекции у 17,3% женщин с оперативным родоразрешением, у 22,5% – с осложнением беременности и родов каким-либо патологическим процессом и у 0,7% женщин – с физиологически протекающей беременностью и родами.

При изучении случаев с преждевременным излитием околоплодных вод у 37,9% женщин обнаружено распространение инфекционного процесса по результатам гистологического исследования, хотя при этом на инфекционный агент в анамнезе указывали 5 женщин – 3,1%.

По результатам патоморфологического исследования последствий в структуре инфекций на первом месте по встречаемости – микоплазмоз, 8,4% случаев, на втором месте вирусная инфекция – 15% случаев, на третьем месте – уреоплазмоз, 2,2%, хламидиоз встречался в 1,3%, трихомонады в 1,3% случаев. Воспалительные изменения неуточненной этиологии составили 41,1% случаев.

Таким образом, наличие скрытой протекающей хронической инфекции встречается в этиологии в 48,61% случаев самопроизвольного прерывания беременности ранних сроков и в 32,24% случаев родоразрешения, осложняя течение беременности в 22,5%. Данный факт указывает на необходимость прегравидарного обследования женщин на инфекционный процесс, а также обследования во время беременности на выявление урогенитальной инфекции с проведением патогенетической терапии.

Наличие каких-либо осложняющих беременность процессов требует, в первую очередь, исключения влияния латентно протекающей инфекции.

Следует выделить инфекционный процесс как один из ведущих факторов при преждев-

ременном излитии околоплодных вод (37,9% случаев). Необходимо проведение антибактериальной терапии при преждевременном излитии околоплодных вод с целью профилактического воздействия на распространение инфекционного процесса.

Литература

1. Баркаган З.С., Сердюк Г.В. Невынашиваемость беременности и мертворождаемость при нарушениях в системе гемостаза // Гематология и трансфузиология. – 1991. – № 4. – С. 36–41.
2. Кира Е.Ф., Бернев И.В., Мочаков О.Л. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с дисбиотическим состоянием влагалища // Акушерство и женские болезни. – 1999. – №3. – С. 8–11.
3. Сидорова И.С., Черненко И.Н. Внутриутробные инфекции: хламидиоз, микоплазмоз, герпес, цитомегалия // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. – 1998. – С. 7–13.
4. Фомичева Е.Н., Зарубина Е.Н., Маликов В.Е., Бурова А.А. Влияние длительности течения хламидийной инфекции на исходы гестационного процесса // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 1998. – №1. – С. 16–18.
5. Серова О.Ф., Милованов А.П. Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование прегравидарной терапии женщин // Акуш. и гин. – 2001. – № 3. – С. 19–23.
6. Зацепина Л.П. Профилактика и лечение невынашивания у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе: Дис... канд. мед. наук. – М, 1985. – 134 с.
7. Кулаженко В.П. Аномалия развития абортыв. Терапология человека / Под ред. Г.И. Лазюка. – М.: Медицина, 1991.
8. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Иммунологические аспекты привычного невынашивания беременности. Иммунология и иммунопатология системы мать – плод – новорожденный. – М., 2001. – С. 104.