

Генитальная инфекция у беременных с хроническим эндометритом в анамнезе

И. В. Курносенко¹, В. Ф. Долгушина¹, К. С. Спиридонова¹, Г. Л. Горелик²

¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

² Городская клиническая больница № 8, г. Челябинск

Цель исследования: оценить частоту, нозологическую и этиологическую структуру инфекционных заболеваний нижнего отдела генитального тракта у беременных с хроническим эндометритом (ХЭ) в анамнезе и сопоставить полученные результаты с данными бактериологического и патоморфологического исследований последов.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование с участием 150 беременных женщин. В основную группу вошли 90 беременных с ХЭ в анамнезе, в контрольную — 60 практически здоровых беременных безотягощенного акушерско-гинекологического анамнеза. Все участницы основной группы получали лечение ХЭ на этапе прегравидарной подготовки. Во время беременности проводили бактериоскопическое, бактериологическое исследования, ПЦР-диагностику материала из заднего свода влагалища и цервикального канала, расширенную кольпоскопию; после родов — бактериологическое и морфологическое исследование последов.

Результаты. У 87,8% женщин с ХЭ в анамнезе, независимо от проводившихся прегравидарных мероприятий, были выявлены инфекции нижнего отдела генитального тракта. У 85,6% женщин основной группы наблюдали повышенную обсемененность микроорганизмами последов. Воспалительные изменения в последах имели место у 50,0% женщин с ХЭ в анамнезе, морфологические признаки хронической плацентарной недостаточности — у 33,3%.

Заключение. Несмотря на прегравидарную подготовку, пациентки с ХЭ в анамнезе составляют группу высокого риска развития акушерских и перинатальных осложнений, что необходимо учитывать при разработке тактики ведения беременности.

Ключевые слова: хронический эндометрит, инфекционные заболевания гениталий у беременных, воспалительные изменения последов.

Genital Infection in Pregnant Women with History of Chronic Endometritis

I. V. Kurnosenko¹, V. F. Dolgushina¹, K. S. Spiridonova¹, G. L. Gorelik²

¹ South Ural State Medical University, Chelyabinsk

² City Clinical Hospital No. 8, Chelyabinsk

Study Objectives: 1) To assess the frequency, nosological entities, and etiological factors of lower-genital-tract infections in pregnant women with a history of chronic endometritis (CE) and 2) to correlate these data with afterbirth bacteriology and pathology findings.

Materials and Methods: This was a prospective study in a group of 150 pregnant women. The main group included 90 pregnant women with a history of CE. The control group included 60 pregnant women with no history of obstetrical or gynecological disorders. In the main group, all women received treatment for CE as part of their pre-conception-care programs. During pregnancy, all women had colposcopy with acetic acid or Lugol's solution. In addition, bacterioscopy, bacteriologic examination and polymerase chain reaction (PCR) were performed on samples taken from the posterior fornix of the vagina and the cervical canal. Afterbirth bacteriology and morphology were carried out after delivery.

Study Results: Overall, 87.8% of women with a history of CE were diagnosed with lower-genital tract infections despite treatment provided before pregnancy. In 85.6% of women from the main group, afterbirth showed higher densities of microbial cells. Among women with a history of CE, inflammatory changes in afterbirths were seen in 50.0% and morphological changes indicative of chronic placental insufficiency in 33.3%.

Conclusion: Despite pre-conception care, patients with a history of CE are at high risk of obstetrical and perinatal complications. This should be kept in mind when developing management strategies for this group of pregnant women.

Keywords: chronic endometritis, reproductive-tract infections in pregnant women, inflammatory changes in afterbirths.

Многочисленные исследования последних десятилетий доказали, что инфекционные заболевания половых путей у женщин служат одной из ведущих причин целого ряда осложнений гестационного периода: невынашивания беременности, плацентарной недостаточности (ПН), внутриутробной инфекции (ВУИ), следствием которых могут стать перинатальные потери [3, 6, 8, 10]. В связи с этим в настоящее время сохраняет свою актуальность проблема хронического эндометрита (ХЭ) у женщин, планирующих беременность [1]. Значительная вариабельность данных о частоте ХЭ связана с его малосимптомным течением и трудностями верификации диагноза, что в совокупности с отсут-

ствием четких критериев излечения создает определенные сложности в выборе прегравидарных мероприятий и наблюдении беременных с ХЭ в анамнезе [1, 2].

Во время беременности морфологическим эквивалентом эндометрита можно считать воспаление децидуальной оболочки матки [4, 5]. В современной отечественной литературе термин «внутриматочная инфекция» у беременных не обсуждается, в зарубежной, напротив, данный термин распространен и широко используется [7, 9, 10]. Но из-за отсутствия четких клинико-лабораторных критериев диагностика этого состояния во время беременности, а следовательно, и тактика ведения вызывают много разногласий [2, 7, 9, 10]. Нередко диагноз ставится уже ретроспективно — на основа-

Горелик Григорий Леонидович — к. м. н., врач-патологоанатом МБУЗ ГКБ № 8. 454084, г. Челябинск, ул. Горького, д. 28. E-mail: redaktor@rusmg.ru

Долгушина Валентина Федоровна — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России. 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64. E-mail: redaktor@rusmg.ru

Курносенко Илона Владимировна — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России. 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64. E-mail: Kurnosenko_ilona@mail.ru

Спиридонова Ксения Станиславовна — аспирант кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России. 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64. E-mail: rrapoport83@mail.ru

нии морфологического исследования последов у женщин с неблагоприятными перинатальными исходами [9, 10].

По данным литературы, претерпела изменения и этиология воспалительных процессов эндометрия [2, 3, 6, 8]. Большое разнообразие существующих микробных ассоциаций, а также сложности их выявления в эндометрии во время беременности представляют собой нерешенную проблему при выборе лечебных мероприятий. В то время как сравнительный анализ микробиотопов цервикального канала и эндометрия у женщин с ХЭ вне беременности выявил в 75–97% случаев их идентичность [6], аналогичные данные у беременных женщин остаются малоизученными.

Цель исследования: оценить частоту, нозологическую и этиологическую структуру инфекционных заболеваний нижнего отдела генитального тракта у беременных с ХЭ в анамнезе и сопоставить полученные результаты с данными бактериологического и патоморфологического исследований последов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводили на базе родильного дома МБУЗ ГКБ № 8 г. Челябинска в период 2011–2013 гг. В исследовании участвовали 97 беременных женщин с ХЭ в анамнезе. Всем женщинам проводили прегравидарную подготовку. Для достижения поставленной цели дальнейший отбор пациенток выполняли в соответствии с критериями включения и исключения.

Критерии включения: морфологически подтвержденный диагноз ХЭ до беременности и согласие женщины на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- ранние репродуктивные потери (до 12 недель) — у 7 из 97 обследованных женщин (7,2%);
- тяжелые экстрагенитальные заболевания;
- острые инфекционные заболевания во время беременности.

Таким образом были сформированы две группы женщин. В основную группу вошли 90 беременных с ХЭ в анамнезе, у которых беременность не прервалась в I триместре, в контрольную — 60 беременных женщин без отягощенного акушерско-гинекологического и соматического анамнеза.

Всем участницам проводили микробиологическое обследование. Для определения количественного и качественного состава микрофлоры половых путей пациенткам выполняли бактериоскопическое исследование материала из заднего свода влагалища и цервикального канала, а также бактериологический посев на микрофлору с количественным определением условно-патогенной флоры, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* (значимая концентрация составляла 10^4 КОЕ/мл). Для выявления хламидий и *M. genitalium* применяли метод ПЦР. Наряду с микробиологическим исследованием всем беременным производили расширенную кольпоскопию. Последы подвергали бактериологическому и морфологическому исследованиям (для проведения обзорной световой микроскопии гистологические срезы плацент окрашивали гематоксилином и эозином).

Диагноз бактериального вагиноза основывали на клинической картине (характерные патологические выделения при отсутствии воспалительного процесса), на данных микроскопии (нормальное количество лейкоцитов, наличие «ключевых клеток») и бактериологического исследования (колонизация преимущественно облигатно-анаэробными бактериями).

Диагноз дисбиоза влагалища ставили при обнаружении в бактериологическом посеве из влагалища и/или нижней трети цервикального канала патогенных или условно-патогенных микроорганизмов в титре $> 10^4$ КОЕ/мл и отсутствии клинико-лабораторных критериев воспалительного процесса. Для постановки диагноза цервицита и вагинита обязательным условием было наличие клинико-лабораторных проявлений инфекционно-воспалительного процесса.

Статистическую обработку полученных данных выполняли в соответствии с принципами вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В основной группе нормальный микробиоценоз половых путей на протяжении всей беременности был выявлен только у 12,2% женщин, тогда как в контрольной — у 70,0% ($p < 0,05$).

Инфекционные заболевания нижнего отдела генитального тракта в основной группе обнаружены у 87,8%, в контрольной группе — у 30,0% беременных ($p < 0,05$).

Среди инфекций нижнего отдела генитального тракта были выявлены бактериальный вагиноз, дисбиоз влагалища, вагинит, цервицит. Все формы имели свои клинико-лабораторные характеристики.

В обеих группах имели место сочетания разных форм инфекционных поражений половых путей.

Бактериальный вагиноз чаще встречался в основной группе: у 16,7% женщин против 8,3% в контроле. Дисбиоз влагалища обнаружили в основной группе у 8,9%, в контрольной — у 6,7% пациенток. Вагинит в основной группе был диагностирован у 35,5%, в контрольной — у 11,7% женщин ($p < 0,05$). Бактериальный вагиноз и вагинит в группе беременных с ХЭ в анамнезе в 100% наблюдений сочетались с цервицитом.

Цервициты в основной группе выявили у 78,9%, в контрольной — у 8,3% пациенток ($p < 0,05$). При этом в основной группе у 16,7% женщин цервициты были хламидийной, у 22,2% — микоплазменной этиологии, у 40,0% пациенток этиологически значимыми являлись условно-патогенные микроорганизмы. Среди них наиболее часто выявляли *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus faecalis*. В 26,7% наблюдений в основной группе цервициты имели изолированный характер, что было статистически значимо чаще, чем в контрольной (2 случая, 3,3%) ($p < 0,05$). Сочетание цервицита с вагинитом в группе женщин с ХЭ в анамнезе также фиксировали чаще (35,5%), чем в контроле (5,0%), а сочетание цервицита с бактериальным вагинозом было выявлено только в основной группе (у 16,7% женщин).

При бактериологическом исследовании последов женщин основной группы условно-патогенные микроорганизмы в титрах, превышавших пороговые, были найдены у 85,6%, тогда как в контрольной группе — у 21,7% пациенток ($p < 0,05$). Чаще всего высевали *E. coli*, *S. epidermidis*, *E. faecalis*.

Морфологическое исследование последов показало воспалительные изменения в них у 50,0% женщин основной и у 15,0% участниц контрольной группы ($p < 0,05$). При этом в основной группе сочетание базального децидуита с виллузитом и интервиллузитом имело место у 8,9% женщин; паритетальный децидуит наблюдался у 26,7%, хориодецидуит — у 4,4%; сочетание мембранита, плацентарного хориоам-

нионита и фуникулита выявлено у 2,2%, базального и париетального децидуитов — у 24,5%, базального и париетального децидуитов с виллузитом — у 20,0%, базального и париетального децидуитов, виллузита и фуникулита — у 2,2%, базального децидуита и мембранита — у 6,7%, базального децидуита, виллузита и мембранита (плацентит) — у 4,4% женщин. В контрольной группе в 33,3% наблюдений выявляли базальный децидуит, в 66,7% случаев — париетальный децидуит.

Морфологические признаки хронической ПН обнаружены у каждой третьей пациентки (33,3%) основной и у каждой шестой женщины (16,7%) контрольной группы ($p < 0,05$). В контрольной группе во всех случаях имела место ее компенсированная форма, тогда как в основной группе компенсированная форма была зафиксирована в 21,1% наблюдений, субкомпенсированная — в 11,1% и декомпенсированная — в 1,1% случаев.

В основной группе роды закончились преждевременно у 8,9% женщин, в контрольной группе все роды были своевременными. При сравнении результатов морфологического исследования последов у женщин основной группы с преждевременными и своевременными родами было установлено, что при преждевременных родах в 100% случаев имели место воспалительные изменения в последе. При этом у 25,0% женщин зафиксировано сочетание базального и париетального децидуитов с виллузитом, у 12,5% — базального и париетального децидуитов, виллузита и фуникулита, у 37,5% — базального децидуита и мембранита, у 25,0% — базального децидуита, виллузита и мембранита (плацентит).

В основной группе зафиксировали 5,6% случаев ВУИ доношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде, в контрольной группе не одного такого наблюдения не было. При морфологическом исследовании последов матерей новорожденных с ВУИ в 4 из 5 случаев (80,0%) выявили воспалительные изменения: у одной женщины (20,0%) — сочетание мембранита, плацентарного хориоамнионита и фуникулита, у 3 (60,0%) — париетальный децидуит. У одной пациентки (20,0%) при отсутствии воспалительных измене-

ний зарегистрирована повышенная обсемененность плодных оболочек.

В основной группе имел место один случай мертворождения, в контрольной группе не было ни одного случая перинатальной смерти. При морфологическом исследовании последа выявлено сочетание продуктивного виллузита, серозного базального и париетального децидуитов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По нашим данным, независимо от прегравидарных мероприятий, у 87,8% женщин с хроническим эндометритом (ХЭ) в анамнезе во время беременности выявляются инфекции нижнего отдела генитального тракта.

Среди инфекционных заболеваний нижнего отдела генитального тракта у женщин с ХЭ в анамнезе чаще регистрируются воспалительные заболевания шейки матки (78,9%), при этом у 35,5% женщин имеет место сочетание цервицита с вагинитом и у 16,7% — с бактериальным вагинозом. Дисбиоз влагалища выявляется у 8,9% пациенток с ХЭ в анамнезе.

Согласно результатам исследования, у 85,6% участниц основной группы наблюдается патологическая обсемененность условно-патогенными микроорганизмами последов. Лидируют по частоте встречаемости *E. coli*, *S. epidermidis*, *E. faecalis*.


Морфологические признаки хронической плацентарной недостаточности (ПН) верифицируются у 33,3% пациенток с ХЭ в анамнезе, воспалительные изменения в последах — у 50,0% пациенток с ХЭ в анамнезе, что достоверно чаще, чем в контрольной группе. При этом воспалительные изменения в последах были обнаружены нами у всех женщин основной группы с преждевременными родами и мертворождением.

Таким образом, даже несмотря на прегравидарную подготовку, у женщин с ХЭ в анамнезе сохраняется высокий риск возникновения или обострения генитальной инфекции во время беременности, развития хронической ПН инфекционного генеза, что необходимо учитывать при разработке тактики ведения таких беременных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойчук Н. В. Особенности прегравидарной подготовки, течение беременности и родов у женщин с привычным невынашиванием на фоне хронического эндометрита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2008. 25 с.
2. Макаров О. В., Ковальчук Л. В., Ганковская Л. В., Бахарева И. В. и др. Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 1–172.
3. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия. М.: StatusPraesens, 2011. 688 с.
4. Рачкова О. В. Патоморфология эндометрия и плаценты при невынашивании беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2012. 21 с.
5. Самохин П. А., Цветкова Ю. В. Пренатальная патология. Учебное пособие для слушателей послевузовского и до-

полнительного профессионального образования. Челябинск: изд-во ЧГМА, 2010. С. 1–1604.

6. Сухих Г. Т., Шуршалина А. В. Хронический эндометрит. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. С. 1–64.
7. Agrawal V., Hirsch E. Intrauterine infection and preterm labor // *Semin. Fetal. Neonatal. Med.* 2012. Vol. 17. N 1. P. 12–19.
8. Romero R., Espinoza J., Gonçaves L. F., Kusanovic J. P. et al. The role of inflammation and infection in preterm birth // *Semin. Reprod. Med.* 2007. Vol. 25. N 1. P. 21–39.
9. Sheinera E., Levy A. Pregnancy outcome following recurrent spontaneous abortions // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod.* 2005. Vol. 118. N 10. P. 61–65.
10. Ugwumadu A. Chorioamnionitis and mid-trimester pregnancy loss // *Gynecol. Obstet. Invest.* 2010. Vol. 70. N 4. P. 281–285. 

Библиографическая ссылка:

Курносенко И. В., Долгушина В. Ф., Спиридонова К. С., Горелик Г. Л. Генитальная инфекция у беременных с хроническим эндометритом в анамнезе // Доктор.Ру. Гинекология Эндокринология. 2015. № 1 (102). С. 40–42.