

прием кордарона может изменить метаболизм тиреоидных гормонов. Учитывая невозможность прогнозирования изменения функции щитовидной железы при длительном лечении кордароном, необходимо в динамике исследовать уровень тиреоидных гормонов, а также гемодинамические показатели сердца. Возможно, рефрактерность к проводимой медикаментозной терапии у пациентки вызвана изменением электрофизиологических свойств сердца под действием длительного приема кордарона, вмешательство его в синтез гормонов щитовидной железы через

механизмы повышения тонуса симпатического отдела нервной системы, а также непосредственно токсическим воздействием.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Мюжика, Ж. Новые перспективы в электрокардиостимуляции / Ж. Мюжика, Д. Ф. Егоров, С. Барольд. — СПб., 1995. — 124 с.
2. Амиодарон в лечении жизнеопасных желудочковых аритмий / Ю. В. Шубик [и др.] // Вестник аритмологии. — 1997. — № 6. — С. 79–84.
3. The various effects of amiodarone on thyroid function / F. Bogazzi [et al.] // Thyroid. — 2001. — Vol. 11. — P. 511–517.
4. The effects amiodarone on the thyroid / E. Martino [et al.] // Endocrine Reviews. — 2001. — Vol. 22. — P. 240–254.

Поступила 16.02.2012

УДК 618.21/.618.7-071.1-036.1:618.396

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА, КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

М. С. Недосейкина¹, Т. Н. Захаренкова¹, Е. И. Барановская²

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Преждевременные роды представляют собой одну из главных проблем сегодняшнего акушерства. Основная роль в их развитии принадлежит генитальной и внутриматочной инфекции.

При проведении данного исследования выяснялись особенности анамнеза у женщин, течение беременности, родов, послеродового периода и раннего неонатального периода. Также все женщины были обследованы на наличие возбудителей перинатальных инфекций в урогенитальном тракте и плаценте.

Течение беременности у женщин с преждевременными родами осложнялось воспалительными заболеваниями половой системы, развитием хориоамнионита. У недоношенных детей чаще отмечались инфекционные осложнения.

В ходе исследования была выявлена высокая инфицированность женщин с преждевременными родами возбудителями перинатальных инфекций.

Ключевые слова: преждевременные роды, генитальная инфекция, хориоамнионит, перинатальные инфекции.

FEATURES OF ANAMNESIS, CLINICAL COURSE OF PREGNANCY, DELIVERY AND POSTPARTUM PERIOD IN WOMEN WITH PREMATURE BIRTH

M. S. Nedoseykina¹, T. N. Zakharenkova¹, E. I. Baranovskaya²

¹Gomel State Medical University

²Belarusian State Medical University, Minsk

Premature birth is one of the main problems of present-day obstetrics. Genital and intrauterine infections play the main role in the development of premature birth.

The present study made it possible to ascertain the anamnesis features in women, course of their pregnancy, childbirth, postpartum and early neonatal period. Moreover, all the women were screened for the presence of perinatal infectious pathogens in urogenital tract and placenta.

The course of pregnancy in the women with preterm childbirth was complicated by inflammatory diseases of reproductive system, development of chorioamnionitis. Premature babies were more likely to develop infectious complications.

The study revealed a high rate of perinatal infections in the women with preterm delivery.

Key words: premature birth, genital infection, chorioamnionitis, perinatal infections.

Введение

Преждевременные роды представляют на сегодняшний день важнейшую проблему в акушерской практике. На протяжении нескольких лет их частота колеблется по разным данным от 4 до 12 % [1, 2]. Невынашивание беременности и недоношенность на протяжении нескольких десятилетий определяют пока-

затели перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных.

При проведении ретроспективного исследования на наличие инфекционного процесса у беременных и частоты преждевременных родов была выявлена взаимосвязь между наличием манифестной инфекции и развитием преждевременных родов [3].

При сравнении различных сероваров *Ureaplasma parvum* и *Ureaplasma urealyticum* установлена роль *Ureaplasma parvum* serovar 3 в повышении экспрессии матричной РНК (мРНК) цитокинов амниоцитов (эксперимент *in vitro*). Под воздействием этого серовара происходит индукция синтеза ИЛ 6, ИЛ 8, ИЛ 1 β и ФНО α . Остальные исследуемые штаммы и *Ureaplasma urealyticum* вызывают меньшее воздействие на продукцию мРНК цитокинов [4].

Ожидание того, что проблема преждевременных родов будет решена в ближайшем будущем, кажется нереальным. Напротив, из-за различных этиологических аспектов этого синдрома и увеличивающегося потенциала факторов риска у беременных эта проблема еще долго будет значимой в клинической работе [5].

Цель работы

Изучить особенности течения беременности, родов, послеродового периода у женщин с преждевременными и срочными родами и раннего неонатального периода у их новорожденных детей; выявить инфицированность женщин возбудителями перинатальных инфекций; изучить морфологическое строение и определить наличие возбудителей перинатальных инфекций в последах женщин с преждевременными и срочными родами.

Материалы и методы

В основную группу исследования вошли 24 женщины с преждевременными родами в сроке беременности от 27 до 36 недель, начавшимися с развития регулярной родовой деятельности или преждевременного излития околоплодных вод. Группу сравнения составили 20 женщин со срочными родами с самостоятельно начавшейся регулярной родовой деятельностью. Критериями исключения из группы являлись тяжелые экстрагенитальные заболевания, способствующие невынашиванию беременности, резус-сенсбилизация, аномалии развития половых органов, миома матки больших размеров, многоплодная беременность, беременность после экстракорпорального оплодотворения, подтвержденный антифосфолипидный синдром. Также не учитывались случаи досрочного родоразрешения по поводу утяжеления степени гестоза, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и предлежания плаценты с кровотечением.

В группах исследования проводилось изучение акушерско-гинекологического анамнеза (возраст менархе, менструальная функция, репродуктивная функция, возраст начала половой жизни, наличие гинекологических заболеваний), наличия экстрагенитальных заболеваний, течения беременности (наличие воспалительных заболеваний мочеполовой системы, анемии, простудных заболеваний во время беременности, наличие угрозы прерывания бе-

реженности, гипоксии плода, токсикоза первой половины беременности и гестоза), родов (наличие несвоевременного разрыва околоплодных оболочек, гипоксии плода, кровотечений, травматизма матери и ребенка, наличие операций и пособий в родах) и послеродового периода (повышение температуры тела, наличие воспалительных послеродовых осложнений, расхождения швов в области послеоперационной раны) и раннего неонатального периода (наличие асфиксии новорожденного, назначение антибиотикотерапии, наличие признаков внутриутробного инфицирования, желтухи, внутримозговых кровоизлияний, применение препаратов сурфактанта) у их новорожденных детей.

Всем женщинам на 4–5 сутки послеродового периода производилось взятие соскоба из цервикального канала для определения возбудителей перинатальных инфекций методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), материал помещался после забора в транспортную среду. Выделение ДНК из клеток проводилось с помощью тест-системы «АмплиСенс®ДНК-сорб-АМ».

Взятие биопсийного материала плацент для определения возбудителей перинатальных инфекций методом ПЦР производилось после отделения плаценты и выделения последа. Выделение ДНК из клеток проводилось с помощью тест-системы «АмплиСенс®ДНК-сорб-В».

Идентификация возбудителей (*U. parvum*, *U. urealyticum*, *M. hominis*, *M. genitalium*) осуществлялась методом ПЦР с помощью тест-систем «АмплиСенс® Флороценоз / Микоплазмы-FL» и «АмплиСенс® *Mycoplasma genitalium*-FL».

Отдельно производился забор материала для гистологического исследования плаценты. Проводилась фиксация, парафинизация биоптатов, на микротоме делалось 4 среза (плодовая, материнская поверхности, средняя часть и оболочки), образцы окрашивались гематоксилином-эозином. Микроскопическое исследование образцов производилось на увеличении $\times 50$ и $\times 100$. В микропрепаратах оценивалась степень выраженности воспалительных изменений (виллузит, базальный децидуит, париетальный хориодецидуит, плацентарный хориодецидуит, мембранит, омфаловаскулит). В полях зрения оценивалось количество полиморфноядерных и мононуклеарных клеток.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью анализа долей (p%), стандартной ошибки доли (sp%), одностороннего критерия Фишера (p), коэффициента количественных ранговых корреляций Спирмена (r_s). Статистически значимыми считались результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В основную группу исследования вошли 24 женщины с преждевременными родами и новоро-

жденные. Группу сравнения составили 20 женщин со срочными родами и их новорожденные.

Средний возраст менархе в основной группе составил 14,7 года, а в контрольной — 13,5 года. Средний возраст начала половой жизни в основной группе составил 17,2, а в контрольной — 17 лет.

По паритету беременности и родов группы существенно не различались.

Нарушения менструальной функции (полименоррея, гиперменоррея, дисменоррея) отмечались у 4 (16,7 ± 7,6 %) женщин с преждевременными родами и у 1 (5 ± 4,8 %) женщины со срочными родами.

Наиболее часто встречающимся гинекологическим заболеванием в группах была псевдоэрозия шейки матки. Она наблюдалась у 9 (37,5 ± 9,8 %) женщин основной группы и у 10 (50 ± 11,1 %) женщин контрольной группы. У 1 (5 ± 4,8 %) женщины с преждевременными родами отмечался хронический сальпингоофорит. В контрольной группе отмечалось по одному случаю наличия миомы матки малых размеров (5 ± 4,8 %) и кондилом наружных половых органов (5 ± 4,8 %).

По наличию экстрагенитальной патологии группы не различались. Структура экстрагенитальной патологии в группах представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Экстрагенитальная патология в группах исследования

Экстрагенитальная патология	Основная группа	Контрольная группа
Вегетососудистая дистония	8 (33,3 ± 9,6 %)	4 (20 ± 8,9 %)
Артериальная гипертензия	0	1 (5 ± 4,8 %)
Малые аномалии развития сердца	1 (4,1 ± 4,07 %)	3 (15 ± 7,9 %)
Хронический пиелонефрит	7 (29,1 ± 9,3 %)	2 (10 ± 6,7 %)
Заболевания эндокринной системы	7 (29,1 ± 9,3 %)	7 (35 ± 10,6 %)
Заболевания ЖКТ	1 (4,1 ± 4,07 %)	0
Сифилис	1 (4,1 ± 4,07 %)	0
Гепатит С	1 (4,1 ± 4,07 %)	0
Фурункулез кожи	0	1 (5 ± 4,8 %)

Вредные привычки матери (курение, злоупотребление алкоголем) отмечались у 9 (37,5 ± 9,8 %) женщин основной и у 4 (20 ± 8,9 %) женщин контрольной группы.

Течение беременности у женщин с преждевременными родами чаще осложнялось развитием воспалительных заболеваний полового тракта матери ($p = 0,003$): вагиниты отмечались у 21 (87,5 ± 6,7 %) женщины основной группы по сравнению с 9 (45 ± 11,1 %) женщинами контрольной группы. Вагиниты у женщин с преждевременными родами чаще носили рецидивирующий характер: 15 (62,5 ± 9,8 %) случаев в основной группе в сравнении с 1 (5 ± 4,8 %) случаем в контрольной ($p = 0,0001$). Также в ходе исследования была выявлена взаимосвязь между наличием вагинита у беременной и развитием клинических проявлений хориоамнионита ($r_s = 0,42$, $p < 0,05$).

Угроза прерывания беременности наблюдалась у 17 (70,8 ± 9,3 %) женщин основной группы и у 10 (50 ± 11,1 %) женщин контрольной группы, но различие статистически не значимо.

В течение беременности анемия наблюдалась у 17 (70,8 ± 9,3 %) женщин с преждевременными родами и у 15 (75 ± 9,7 %) женщин со срочными родами.

Течение беременности у 2 (10 ± 6,7 %) женщин контрольной группы осложнилось развитием гестоза легкой степени тяжести.

Синдром задержки роста плода отмечался только у 6 (25 ± 8,8 %) женщин с преждевременными родами ($p = 0,02$), что, возможно, связано с одним из проявлений внутриутробной инфекции — хронической фетоплацентарной недостаточностью.

Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось только у 15 (62,5 ± 9,8 %) женщин основной группы, раннее излитие околоплодных вод — у 3 (12,5 ± 6,7 %) женщин с преждевременными родами и у 4 (20 ± 8,9 %) женщин со срочными родами. От увеличения длительности безводного промежутка была выявлена взаимосвязь между развитием воспалительных изменений в плаценте, таких как мембранит ($r_s = 0,36$, $p < 0,05$) и омфаловаскулит ($r_s = 0,41$, $p < 0,05$) и развитием пневмонии у новорожденного ($r_s = 0,57$, $p < 0,05$).

Гипоксия плода была диагностирована во время родов у 8 (33,3 ± 9,6 %) женщин с преждевременными родами и у 4 (20 ± 8,9 %) женщин контрольной группы, но по данному показателю группы не различались.

Хориоамнионит, диагностированный по клинико-лабораторным данным, был выставлен 7 (29,1 ± 9,3 %) женщинам с преждевременными родами и 1 (5 ± 4,8 %) со срочными родами ($p = 0,04$).

В основной группе 12 (50 ± 10,2 %) рожениц были родоразрешены через естест-

венные родовые пути, 12 (50 ± 10,2 %) — путем операции кесарево сечение. Показаниями к оперативному родоразрешению были неправильное положение плода, гипоксия плода в стадии субкомпенсации, оперированная матка при сомнении в состоятельности послеоперационного рубца.

В контрольной группе 18 (90 ± 6,7 %) женщин рожали через естественные родовые пути, 2 (10 ± 6,7 %) женщины были родоразрешены путем операции кесарево сечение по поводу тазового предлежания плода, предполагаемой массой более 3600 г и острой гипоксии плода.

Асфиксия новорожденного наблюдалась у 15 (62,5 ± 9,8 %) недоношенных детей и у 1 (5 ± 4,8 %) доношенного ребенка (p = 0,0001), что связано как с незрелостью дыхательной системы у недоношенных, так и с наличием внутриутробной инфекции. Один ребенок (4,1 ± 4,07 %) основной группы родился в асфиксии тяжелой степени.

По развитию послеродовых гнойно-септических осложнений (лохиометра, субинволюция матки, расхождение швов в области послеоперационной раны, лихорадка) группы статистически не различались. Структура послеродовых осложнений в группах представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Структура послеродовых осложнений в группах

Послеродовые осложнения	Основная группа	Контрольная группа
Субинволюция матки	10 (41,6 ± 10,1 %)	4 (20 ± 8,9 %)
Лохиометра	6 (25 ± 8,8 %)	2 (10 ± 6,7 %)
Фебрильная лихорадка	5 (20,8 ± 8,3 %)	0
Расхождение швов на послеоперационной ране	2 (8,3 ± 5,6 %)	0
Тромбофлебит	0	1 (5 ± 4,8 %)

Инфекционные осложнения (воспалительные заболевания слизистых оболочек, кожи, пневмонии, судорожный синдром инфекционно-

го генеза, септические состояния) чаще встречались в основной группе — 19 (79,1 ± 8,3 %) по сравнению с контрольной — 2 (10 ± 6,7 %) (p = 0,00001).

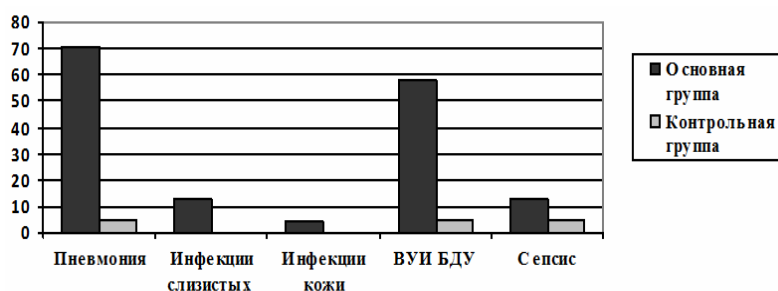


Рисунок 1 — Структура инфекционных осложнений у новорожденных детей

Развитие септических состояний у новорожденных было связано с наличием у матери клинических проявлений хориоамнионита (r_s = 0,50, p < 0,05).

При морфологическом исследовании плацент воспалительные изменения различной степени выраженности наблюдались во всех образцах (рисунок 2). Во всех плацентах у женщин основной и контрольной групп отмечался базальный децидуит. Виллузит наблюдался у 18 (75 ± 8,8 %) женщин с преждевременными родами и у 15 (75 ± 9,7 %) женщин после срочных родов. Такие выраженные воспалительные изменения при восходящем пути

инфицирования, как мембранит отмечался у 8 (33,3 ± 9,6 %) женщин основной группы и 3 (15 ± 7,9 %) женщин контрольной группы. Омфаловаскулит был выявлен в 8 (33,3 ± 9,6 %) образцах последов основной группы и в 2 (10 ± 6,7 %) контрольной. В группе женщин с преждевременными родами мембранит сочетался во всех случаях с омфаловаскулитом, что, вероятно, подтверждает восходящий путь инфицирования плаценты и плода. Наличие в последе мембранита (r_s = 0,42, p < 0,05) и омфаловаскулита (r_s = 0,45, p < 0,05) было связано с развитием хориоамнионита в родах.

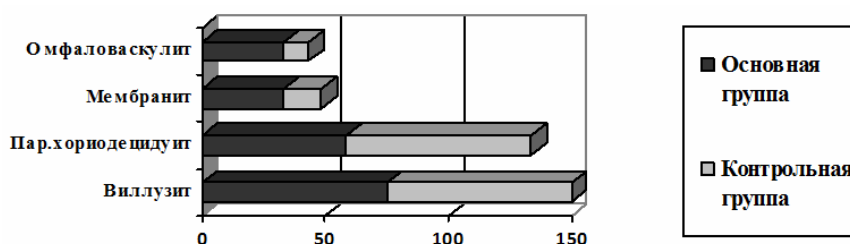


Рисунок 2 — Воспалительные изменения в последах

В ходе исследования все женщины были обследованы методом ПЦР для определения возбудителей перинатальных инфекций (*U. parvum*, *U. urealyticum*, *M. hominis*, *M. genitalium*) в половом тракте. У женщин с преждевременными родами чаще, чем у женщин со срочными родами выявляются в урогенитальном тракте *U. parvum*, *U. urealyticum*, *M. hominis*, *M. genitalium* ($p = 0,0045$). Из 24 женщин основной группы у 23 ($95,8 \pm 4,1$ %) были выявлены вышеперечисленные микроорганизмы. В контрольной группе из 20 женщин у 12 ($60 \pm 10,1$ %) результат был положительным.

В 7 ($29,1 \pm 9,3$ %) образцах плацент основной группы и в 5 ($25 \pm 9,7$ %) образцах контрольной группы методом ПЦР были выявлены *U. parvum*, *U. urealyticum*, *M. hominis*, *M. genitalium*. Наличие в последе мембранита было связано с выявлением в ткани плаценты *U. parvum* ($r_s = 0,36$, $p < 0,05$), *M. hominis* ($r_s = 0,54$, $p < 0,05$) и *M. genitalium* ($r_s = 0,54$, $p < 0,05$), а наличие омфаловаскулита — с выявлением *U. parvum* ($r_s = 0,54$, $p < 0,05$), *M. hominis* ($r_s = 0,58$, $p < 0,05$) и *M. genitalium* ($r_s = 0,58$, $p < 0,05$).

Заключение

При проведении исследования не было получено значимых различий между группами в данных акушерско-гинекологического анамнеза, наличия экстрагенитальной патологии.

Течение беременности у женщин с преждевременными родами чаще осложнялось развитием воспалительных заболеваний полового тракта матери ($p = 0,003$). Вагиниты у женщин с преждевременными родами носили рецидивирующий характер ($p = 0,0001$). Была выявлена взаимосвязь между наличием вагинита у беременной и развитием клинических проявлений хориоамнионита ($r_s = 0,42$, $p < 0,05$).

Синдром задержки роста плода отмечался у женщин с преждевременными родами ($p = 0,02$), что, возможно, связано с проявлениями внутриутробной инфекции.

При увеличении длительности безводного промежутка повышалась частота развития воспалительных изменений в плаценте, таких как мембранит ($r_s = 0,36$, $p < 0,05$) и омфаловаскулит ($r_s = 0,41$, $p < 0,05$) и пневмонии у новорожденного ($r_s = 0,57$, $p < 0,05$).

Хориоамнионит, диагностированный по клинико-лабораторным данным, чаще выявлялся в основной группе ($p = 0,04$).

У женщин с преждевременными родами чаще, чем у женщин со срочными родами выявляются в урогенитальном тракте *U. parvum*,

U. urealyticum, *M. hominis*, *M. genitalium* ($p = 0,0045$). Инфицированность женщин данными микроорганизмами в основной группе составила 95,8 %, а в контрольной — 60 %.

Асфиксия новорожденного наблюдалась чаще у недоношенных детей ($p = 0,0001$), что связано как с незрелостью дыхательной системы, так и с наличием внутриутробной инфекции. У них статистически значимо чаще диагностировались инфекционные осложнения ($p = 0,00001$).

Наличие у матери клинических проявлений хориоамнионита было связано с развитием септических состояний у новорожденных ($r_s = 0,50$, $p < 0,05$).

При морфологическом исследовании воспалительные изменения различной степени выраженности наблюдались во всех последах. У женщин с преждевременными родами мембранит сочетался во всех случаях с омфаловаскулитом, что, вероятно, указывает на восходящий путь инфицирования плаценты и плода. Наличие в последе мембранита ($r_s = 0,42$, $p < 0,05$) и омфаловаскулита ($r_s = 0,45$, $p < 0,05$) было связано с развитием хориоамнионита в родах.

Развитие в последе мембранита и омфаловаскулита было связано с выявлением в ткани плаценты *U. parvum* ($r_s = 0,36$, $p < 0,05$ и $r_s = 0,54$, $p < 0,05$ соответственно), *M. hominis* ($r_s = 0,54$, $p < 0,05$ и $r_s = 0,58$, $p < 0,05$ соответственно) и *M. genitalium* ($r_s = 0,54$, $p < 0,05$ и $r_s = 0,58$, $p < 0,05$ соответственно).

Вывод

Таким образом, необходимо тщательное обследование женщин во время беременности, своевременное выявление факторов риска развития преждевременных родов и внутриутробного инфицирования и их адекватная коррекция. Также необходимо расширить спектр инфекций, передаваемых половым путем, для обследования беременных женщин, с включением в перечень *U. parvum* и *M. genitalium*.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Камлюк, А. М. Невынашивание беременности — современный взгляд на проблему / А. М. Камлюк // Репродуктивное здоровье. — 2010. — № 4. — С. 15–21.
2. Stein, W. Zervixinsuffizienz / W. Stein, T. Hawighorst, G. Emons // Frauenheilkunde up2date. — 2010. — P. 399–411.
3. Gousaris, E. [et al.] // Geburtshilfe und Frauenheilkunde. — 2006. — № 1. — Posterbegehung Geburtshilfe 02–41.
4. Einfluss von verschiedenen Ureaplasma Serovaren auf Zytokin mRNA Expression in isolierten humanen Amnionzellen, ein in vitro Modell / L. Petricevic [et al.] // Geburtshilfe und Frauenheilkunde. — 2008. — № 4. — Posterbegehung 04.
5. Stepan, H. Frühgeburtlichkeit / H. Stepan, S. Verlohren // Frauenheilkunde up2date. — 2010. — № 4. — 235–247.