

Особенности течения беременности, родов, послеродового периода у женщин с хроническим эндометритом в анамнезе

В.Ф. Долгушина, И.В. Курносенко, К.С. Спиридонова, М.Н. Хитрова
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
родильный дом МБУЗ ГКБ №8, Челябинск

Цель исследования – изучение клинических особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с морфологически верифицированным хроническим эндометритом (ХЭ) в анамнезе. Все женщины получили лечение ХЭ в плане прегравидарной подготовки.

Материалы и методы. Проведено проспективное обследование 306 беременных женщин. В I группу (контрольную) вошли 60 беременных женщин с неотягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, во II группу (основную) – 246 женщин с ХЭ в анамнезе. Всем женщинам проводилось общеклиническое; микробиологическое (бактериоскопическое, бактериологическое исследование, ПЦР-диагностика содержимого влагалища и цервикального канала); инструментальное обследование (УЗИ, доплерометрия, расширенная кольпоскопия), морфологическое исследование последов.

Результаты и обсуждение. Беременность у женщин с ХЭ в анамнезе по сравнению с пациентками группы контроля достоверно чаще осложнялась угрозой прерывания (28,45%) и хронической плацентарной недостаточностью (25,2%). Только у пациенток основной группы зафиксированы воспалительные изменения в общем анализе крови (16,67%), не связанные с экстрагенитальной патологией, случаи преждевременных родов (10,16%), ВУИ новорожденных (5,69%), тяжелой асфиксии при рождении (7,72%) и один случай мертворождения (0,41%).

Вывод. Женщины с ХЭ в анамнезе даже при условии прегравидарной подготовки составляют группу высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений, причиной которых является внутриматочная инфекция.

Ключевые слова: хронический эндометрит, внутриматочная инфекция.

Study Objectives. To study clinical specificities of pregnancy, labour, postnatal period of women with history of chronic endometritis. All women received treatment for chronic endometritis as part of their pre-conception-care programs.

Material and Methods. This was a prospective study in a group of 306 pregnant women. The main group included 246 pregnant women with history of chronic endometritis. The control group included 60 apparently healthy pregnant women with no history of obstetrical or gynecological disorders. During pregnancy, all women had physical examination and ultrasonography and Doppler study, colposcopy with acetic acid or Lugols solution, bacterioscopy, bacteriological examination and polymerase chain reaction were performed on samples taken from the posterior fornix of the vagina and the cervical canal. Placental bacteriology and morphology were carried out after delivery.

Study Results. The pregnancy of women with history of chronic endometritis was complicated with interruption threat (28.45%) and chronic placental insufficiency (25.2%) more often than in the control group. Only at patients of the main group were recorded inflammatory changes in the general blood test (16.67%), which were not connected with extragenital pathology, cases of premature birth (10.16%), intrauterine infection of newborns (5.69%), heavy asphyxia at the birth (7.72%), one still birth case (0.41%).

Conclusion. Despite pre-conception care, patients with a history of CE are at high risk of obstetrical and perinatal complications.

Key Words: chronic endometritis, intrauterine infection.

Хронический эндометрит (ХЭ) у женщин, планирующих беременность, в настоящее время рассматривается как фактор риска развития ряда акушерских и перинатальных осложнений [2, 7, 8]. Однако большинство исследований посвящено проблеме ранних репродуктивных потерь у женщин с ХЭ в анамнезе [1, 3–6]. Менее изученными у данных пациенток остаются осложнения II и III триместра беременности и перинатальные исходы.

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение клинических особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ХЭ в анамнезе.

Материалы и методы

Проспективное исследование проводилось на базе родильного дома МБУЗ ГКБ №8 Челябинска. В исследовании участвовали 306 беременных женщин. I группу (контрольную) составили 60 бе-

ременных женщин с неотягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

II группу (основную) составили 246 беременных женщин с ХЭ в анамнезе, прошедшие прегравидарную подготовку. Пациентки в основную группу были отобраны с учетом критериев включения и исключения.

Критерии включения в основную группу:

- морфологически подтвержденный диагноз ХЭ до наступления настоящей беременности;
- согласие женщины на проведение исследования.

Критерии исключения:

- тяжелые экстрагенитальные заболевания;
- острые инфекционные заболевания во время беременности.

Всем женщинам проводились общеклиническое, микробиологическое (бактериоскопическое

и бактериологическое исследование содержимого влагалища и цервикального канала, бактериологический посев на микрофлору цервикальной слизи, ПЦР-диагностика на *Chlamidia trachomatis* и *Mycoplasma genitalium*), ультразвуковое, доплерометрическое исследование, расширенная кольпоскопия, морфологическое исследование последов.

Статистическую обработку полученных данных выполняли в программе Microsoft Excel, Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Все обследованные женщины были в возрасте от 16 до 43 лет. Средний возраст пациенток контрольной группы составил $26,2 \pm 4,8$ года, в основной – $32,8 \pm 5,1$ года ($p < 0,05$). По социальному статусу достоверные различия между группами имелись только по количеству служащих: в основной группе – 65,44%, в контрольной группе – 48,33% ($p < 0,05$).

При анализе паритета в сравниваемых группах первобеременные женщины были только в контрольной группе (73,33%), а повторнородимые – только в основной группе (29,27%). Количество повторнородящих женщин достоверно преобладало в группе пациенток с ХЭ в анамнезе (70,73%) по сравнению с группой контроля (26,67%) ($p < 0,05$).

При анализе акушерского и гинекологического анамнеза установлено, что своевременные роды в анамнезе достоверно чаще встречались в I группе (73,98%) по сравнению со II группой (26,67%). Только у женщин основной группы в анамнезе имели место искусственные аборты (60,98%), самопроизвольные выкидыши (34,55%), преждевременные роды (16,67%), перинатальные потери (7,72%), бесплодие (3,25%).

При изучении гинекологического анамнеза выявлено, что воспалительные заболевания нижнего отдела репродуктивного тракта в анамнезе достоверно чаще наблюдались у пациенток основной группы (86,18%) по сравнению с контрольной (10,0%) ($p < 0,05$). Эктопия шейки матки во II группе также выявлялась достоверно чаще (34,55%), чем в I группе (21,67%) ($p < 0,05$).

Частота экстрагенитальной патологии в сравниваемых группах достоверно не различались, за исключением заболеваний органов кровообращения (клапанные пороки, нарушение сердечного ритма и проводимости, артериальная гипертензия), которые наблюдались во II группе в 26,42%, в группе контроля в 8,33% ($p < 0,05$).

Что касается инфекций мочевыводящих путей, то они регистрировались практически с одинаковой частотой в исследуемых группах (в I – в 11,67%, во II – в 13,33%). Также не выявлено достоверных отличий между группами обследованных по частоте возникновения ОРВИ во время беременности.

Инфекционные заболевания нижнего отдела гениталий в основной группе были выявлены у 87,78%, в контрольной – у 30,0% ($p < 0,05$). При этом структура инфекционной патологии была различна в I и II триместрах у обследованных женщин.

Самой частой инфекционной патологией в основной группе пациенток являлся цервицит, который достоверно чаще регистрировался как в I, так и во II триместре с одинаковой частотой (79,27%) по сравнению с контрольной группой (3,33%) ($p < 0,05$).

В группе женщин с ХЭ в анамнезе в I триместре дисбиоз влагалища зарегистрирован в 1,22% (в группе контроля – в 3,33%), бактериальный вагиноз – в 7,32% (в группе контроля – в 1,67%), вагинит – в 14,64% (в группе контроля – в 11,67%). В группе женщин с ХЭ в анамнезе во II триместре дисбиоз влагалища наблюдался в 1,22% (в группе контроля в 1,67%), бактериальный вагиноз – в 4,88% (в группе контроля – в 1,67%), вагинит – в 28,86% (в группе контроля – в 5,0%).

Таким образом, по частоте встречаемости бактериального вагиноза и дисбиоза влагалища в I и II триместрах достоверных отличий между группами не выявлено. Вагинит достоверно чаще наблюдался во II триместре у пациенток основной группы по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$), при этом в 2 раза чаще, чем в I триместре.

Угрожающий выкидыш в I триместре наблюдался только в основной группе женщин (8,94%). Беременность достоверно чаще осложнялась угрозой прерывания во II триместре у пациенток основной группы (28,45%) по сравнению с контрольной группой (10,0%). При этом стойкая угроза прерывания беременности имела место только в группе женщин с ХЭ в анамнезе (19,11%).

Преэклампсия умеренной степени наблюдалась в основной группе в 4,47%, в группе контроля – в 1,67% ($p > 0,05$). Преэклампсия тяжелой степени выявлена только в группе женщин с ХЭ в анамнезе (2,03%).

Анемия легкой степени регистрировалась с одинаковой частотой как в I, так и во II группе (17,89 и 16,67% соответственно). Анемия средней степени чаще наблюдалась в группе женщин с ХЭ в анамнезе в (7,3%), чем в контрольной группе в (1,67%) ($p > 0,05$).

Воспалительные изменения в общем анализе крови во время настоящей беременности (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево), не связанные с экстрагенитальной патологией, встречались только в основной группе женщин (16,67%).

Хроническая плацентарная недостаточность достоверно чаще диагностировалась в основной группе женщин (25,2%) по сравнению с контрольной группой (5,0%) ($p < 0,05$).

По данным доплерометрического обследования пациенток с нарушением маточно-плацентарного кровотока во II группе было достоверно больше (21,54%), чем в I группе (3,33%) ($p < 0,05$). При этом стойкое нарушение кровотока, так же как и прогрессирующее, наблюдалось только в основной группе пациенток (6,67 и 1,11% соответственно). Нарушение кровотока IA степени достоверно чаще регистрировалось среди беременных с ХЭ в анамнезе (17,07%) по сравнению с контрольной группой (3,33%) ($p < 0,05$). Нарушение кровотока IB и II степени встречалось только в основной группе женщин (3,66 и 0,81% соответственно).

СЗРП также достоверно чаще был у беременных с ХЭ в анамнезе (15,85%) по сравнению с группой контроля (3,33%). При этом в группе контроля СЗРП только I степени наблюдался у 3,33% женщин, тогда как в основной группе – у 12,2% женщин, СЗРП II степени – у 3,65%.

По результатам УЗИ многоводие, маловодие, гиперэхогенные крупнодисперсные включения встречались только во II группе женщин (17,89, 8,94 и 7,73% соответственно).

Проанализированы исходы беременностей у всех пациенток.

Ранние и поздние выкидыши у беременных обеих групп не зарегистрированы. Своевременными родами завершилась беременность у всех пациенток группы контроля и у 89,84% женщин с ХЭ в анамнезе. Преждевременные роды произошли только в группе женщин с отягощенным анамнезом (10,16%), так же как и 1 случай мертворождения (антенатальная гибель плода).

Такие осложнения, как аномалии родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод на доношенном сроке, ухудшение состояния плода в родах, регистрировались с одинаковой частотой в основной и контрольной группах женщин. Среди осложнений III периода родов только во II группе встречались нарушения отделения последа (3,66%).

Тяжелая асфиксия при рождении регистрировалась также только в группе женщин с ХЭ в анамнезе (7,72%). Такие осложнения раннего неонатального периода, как респираторный дистресс-синдром, ВУИ новорожденного, встречались только у женщин с ХЭ в анамнезе (6,5 и 5,69% соответственно).

Пациенткам основной группы в 16,67% случаев был поставлен диагноз внутриматочной инфекции. Основанием для этого послужило сочетание осложненного течения беременности (стойкая угроза прерывания в 92,68%, нарушение маточно-плацентарного кровотока по данным доплерографии в 73,33%, изменения в плаценте и околоплодных водах по данным УЗИ в 60%) с воспалительными изменениями в общем анализе крови, не

связанными с экстрагенитальной патологией. При морфологическом исследовании последов в 100% имелись воспалительные изменения. У этих пациенток в 34,14% наблюдались неблагоприятные перинатальные исходы.

Нормальная плацента, соответствующая сроку гестации, достоверно чаще встречалась в I группе (86,67%) по сравнению со II группой (47,15%) ($p < 0,05$). Хроническая плацентарная недостаточность была верифицирована морфологически у 25,2% пациенток с ХЭ в анамнезе и у 3,33% пациенток из группы контроля ($p < 0,05$).

Воспалительные изменения в последах наблюдались достоверно чаще в группе с ХЭ в анамнезе (50,0%), чем в группе контроля (13,33%), и всегда сочетались с плацентарной недостаточностью ($p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, женщины с ХЭ в анамнезе, несмотря на прегравидарную подготовку, составляют группу высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений.

У женщин с ХЭ в анамнезе достоверно чаще, чем у пациенток без отягощенного анамнеза, во время беременности выявлялись инфекционная патология нижнего отдела репродуктивного тракта (самой частой формой которой был воспалительный процесс шейки матки), угроза прерывания беременности, хроническая плацентарная недостаточность. Только в этой группе были зарегистрированы случаи мертворождения, ВУИ новорожденных, преждевременные роды и тяжелая асфиксия при рождении.

Литература

1. Воропаева Е.Е., Медведев Б.И., Коваленко В.Л., Казачков Е.Л., Казачкова Э.А. // *Уральский медицинский журнал*. 2009; 3(57): 21-25.
2. Долгушина В.Ф., Надвикова Т.В., Трошина Н.А., Лютягина Н.П. *Уральский медицинский журнал*. 2014; 1(115): 56-59.
3. Радзинский В.Е., Димитрова В.И. Майскова И.Ю. *Неразвивающаяся беременность*. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009.
4. Сидельникова В.М. *Привычная потеря беременности*. М: Триада-Х. 2005.
5. Agraval V., Hirsch E. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2012; 17(1): 12-19 p.
6. Romero R., Espinoza J., Goncalves LF., Kusanovic JP., Friel L., Hassan S. *Semin. Reprod. Med*. 2007; 25: 21-39 p.
7. Sheinera E., Levy A. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod*. 2005; 118(10): 61-65 p.
8. Ugwumadu A. *Gynecol. Obstet. Invest*. 2010; 70: 281-285 p.