

УДК 618

Е.Б. Дружинина, А.Ю. Марьян, Н.В. Протопопова

ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

Кафедра акушерства и гинекологии ИГМУ (Иркутск)

В результате проведенного исследования не получено достоверных различий течения родов и послеродового периода как у женщин с уреаплазменной инфекцией и с высокой, и с низкой степенью контаминации, так и у женщин без урогенитальных инфекций.

Ключевые слова: беременность, роды, послеродовый период, микоплазмоз

DELIVERY OUTCOMES AT MYCOPLASMAL INFECTION

E.B. Druzhinina, A.J. Marjanjan, N.V. Protopopova

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

As a result of the carried out research, there are no received authentic distinctions of delivery course and postnatal period in women with mycoplasmal infection, both with high, and low degree of contamination, and in women without urogenital infections.

Key words: pregnancy, delivery, postnatal period, mycoplasmas

Среди возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовых органов большое внимание уделяется семейству *Mycoplasmataceae*, а именно *U. urealyticum*, *M. hominis* и *M. genitalium* [6, 11].

Актуальность проблемы урогенитального микоплазмоза обусловлена не столько значительным распространением этой инфекции в популяции, сколько неоднозначностью ее оценки эпидемиологами и клиницистами [2, 7]. По мнению большинства авторов, микоплазмы могут являться причиной ряда заболеваний урогенитального тракта (УГТ), этиологическим фактором преждевременных родов, невынашивания беременности, нарушения репродуктивной функции, случаев мертворождения [12, 14, 19]. С другой стороны отмечается воз-

можность бессимптомного носительства микоплазм у клинически здоровых лиц и отсутствие влияния на течение беременности [3, 9, 16, 17].

По мнению многочисленных зарубежных авторов [13, 15, 18], колонизация генитальными микоплазмами урогенитального тракта беременных женщин происходит на фоне гормональной перестройки вследствие повышения эстрогенов и прогестерона.

V.K. Paul et al. (1998) и T. Walther et al. (1998) в своих работах доказали, что нет связи между колонизацией *U. urealyticum*, *M. hominis* урогенитального тракта и частотой преждевременных родов [10, 16].

Частота выделения *Ureaplasma urealyticum* у беременных составляет 50 – 75 %, *Mycoplasma*

hominis — 20 — 25 %. Во время беременности высеваемость уреамикоплазм увеличивается в 1,5 — 2 раза, что объясняется изменением иммунного и гормонального статуса женщины [1, 3]. В последние годы появились работы, в которых авторы указывают на патогенность микоплазм в зависимости от степени контаминации [3, 8].

Вышеизложенное побудило нас предпринять собственное исследование, целью которого явилась изучение течения родов и послеродового периода у женщин с уреамикоплазменной инфекцией в зависимости от степени микробного обсеменения урогенитального тракта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В результате лабораторной диагностики исследуемую группу составили беременные женщины только с уреамикоплазменной инфекцией — 485 человек.

Для удобства мы выделили 3 группы:

1 группа (n = 92) — беременные женщины, у которых на момент обследования не было обнаружено возбудителей урогенитальных инфекций (контрольная группа).

2 группа (n = 373) — беременные женщины с уреамикоплазменной инфекцией УГТ в высоком титре (> 10⁴).

3 группа (n = 112) — беременные женщины с уреамикоплазменной инфекцией УГТ в низком титре (< 10⁴).

Возрастной состав обследованных женщин представлен в табл. 1. Средний возраст беременных женщин 1 группы составил 25 ± 5,2 года, 2 группы — 25,7 ± 4,6 лет, 3 — 26 лет, что при внутригрупповом сравнении не имеет достоверных отличий.

Лабораторную диагностику УГИ проводили согласно «Методическим указаниям по диагностике, лечению и профилактике заболеваний, передаваемых половым путём» (1997 — 1998 гг.) на базе лаборатории ИГЦМД. Обязательным являлся забор клинического материала из **3 точек у женщин** (уретры, влагалища и прямой кишки), для чего пользовались стерильными универсальными полипропиленовыми зондами *accelon multi* фирмы «Medscand AB» (Швеция).

Диагностику **уреа- и микоплазмоза** проводили культуральным методом, методом ПЦР и ИФА, **гонореи и трихомониаза** — микроскопическим и

культуральным методом, **анаэробной инфекции и кандидоза** — микроскопическим методом, **хламидиоза** — иммунофлуоресцентным и методом ПЦР. Диагностику вирусной инфекции проводили методом ПЦР и ИФА.

Метод световой микроскопии использовали в различных вариантах: исследование **нативного** препарата (для идентификации *T. vaginalis* — у 577 женщин) и **окрашенного** метиленовым синим, по Граму (для выявления *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *G. vaginalis*, *Mobiluncus*, *Leptotrix*, *Candida* — у 577 женщин) и Романовскому — Гимзе (для обнаружения *T. vaginalis* — у 577 женщин). При проведении световой микроскопии подсчитывали количество сегментоядерных лейкоцитов в поле зрения.

Культуральный метод. Выявление *Ur. urealyticum*, *M. hominis* у 577 женщин осуществляли при помощи тест-системы «Mycoplasma IST» (BioMerieux, Франция). Материалом для исследования являлось: отделяемое УГТ, соскоб со слизистой уретры, цервикального канала и стенок влагалища. Данная тест-система позволяла не только проводить количественную оценку патологической концентрации, но и определить чувствительность к антибиотикам: доксициклин, джозамицин, офлоксацин, тетрациклин, ципрофлоксацин, азитромицин, кларитромицин, пристиномицин.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Так, в контрольной группе срочные роды были почти у всех беременных, и составили 93,5 %, приближенным к нему оказались показатели во 2 и 3 группах — 94,6 % и 94,6 % соответственно.

Частота патологии родов была примерно одинаковой и у беременных женщин без УГИ, и при наличии уреамикоплазменной инфекции независимо от микробного числа. Так, преждевременные роды, одинаково часто были у женщин исследуемых групп — 6,5; 5,4 и 5,4 % соответственно (табл. 2).

Процент родоразрешений путем операции кесарева сечения был одинаков в контрольной группе и группе с уреамикоплазменной инфекцией в высоком титре — 16,3 % и 17,9 % соответственно, несколько больше этот показатель составил в третьей группе — 26,8 %, большую часть которого составили плановые операции по показаниям (миопия высокой степени, возрастная первородящая и бесплодие в анамнезе), что дало достоверные различия при сравнении с первой и второй группами.

Таблица 1

Распределение беременных по возрасту в исследуемых группах

Возраст	I группа (n = 92)		II группа (n = 373)		III группа (n = 112)	
	n	%	n	%	n	%
до 20 лет	16	17,4	43	11,5	18	16,1
21–30	59	64,1	269	72,1	67	59,8
31 и более	17	18,5	61	16,4	27	24,1
Средний	25 ± 5,2		25,7 ± 4,6		26	

Таблица 2

Сравнительная характеристика течения родов у беременных женщин с УГИ в высоком и низком титре и без УГИ

Параметры	Контрольная группа (n = 92)		Выс. титр (n = 373)		Низ. титр (n = 112)	
	n	%	n	%	n	%
Преждевременные роды	6	6,5	20	5,4	6	5,4
Срочные роды	86	94,5	353	94,6	106	94,6
Кесарево сечение	15	16,3	67	17,96	30	26,8 ⁺
ДИОВ	19	20,7	97	26,01	30	26,8
Дистресс плода	2	2,2	18	4,83	10	8,93
ХВГП непрогресс.	20	21,7	130	34,9	42	37,5
Дискоорд. родовой деятельности	12	13,04	53	14,21	22	19,6
Хориоамнионит в родах	0	0	9	2,4	1	0,9

Примечание: * – $p < 0,05$ критерий достоверности при сравнении I и III групп; + – $p < 0,05$ критерий достоверности при сравнении I и II групп.

Отслойка нормально расположенной плаценты была зарегистрирована только по 1 случаю в контрольной группе и по 2 случаям в группах с инфекцией.

Длительный безводный период развился только у беременных с уреамикоплазменной инфекцией с высоким микробным числом (2,9 %).

Плотное прикрепление плаценты в контрольной группе было у 2 женщин (2,2 %), у 10 (2,6 %) женщин с высоким титром уреамикоплазменной инфекции и не было отмечено в группе с низким титром инфекции.

Непрогрессирующая хроническая гипоксия плода в первой группе была зарегистрирована у 20 женщин (21,7 %), у 130 беременных во 2 группе (34,9 %) и у 42 – в 3 группе (37,5 %) ($p > 0,05$).

Диагноз дистресс плода установлен одинаково часто в контрольной и второй группах 4,3 % и 4,8 % соответственно и чаще в третьей группе (8,9 %), однако статистически достоверность различий не была подтверждена.

Дискоординация родовой деятельности диагностирована во всех группах – 13,04; 14,2; 19,6 %. При межгрупповом сравнении достоверность различий не выявлена ($p > 0,05$).

Такие осложнения родовой деятельности, как родовозбуждение без эффекта, несостоятельность рубца на матке, клинический узкий таз, хориоамнионит в родах, во всех группах наблюдались крайне редко и при сравнении между группами достоверных различий не давали.

Послеродовый период закономерно отражает течение всей беременности и родов. Действительно, нормальное течение этого периода, по нашим данным, наблюдалось у большинства родильниц всех групп и составило 96,7, 97,6 и 96,4 % соответственно.

В контрольной группе гематометра встречалось у двух родильниц, что составило 2,2 %, лохиометра – всего у одной женщины (1,1 %).

В группе с уреамикоплазменной инфекцией в высоком титре в четырех случаях диагностирован

как гематометра, так и эндометрит. В этом случае развитие эндометрита мы связываем с наличием остатков плацентарной ткани.

В группе с низким титром уреамикоплазменной инфекции течение послеродового периода осложнилось только лишь в четырех случаях гематометрой (3,5 %).

Таким образом, на основании наших данных мы можем предположить, что обнаружение **только микоплазм** в урогенитальном тракте беременных женщин, независимо от микробного числа, не оказывает влияние на течение родов и послеродового периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путем / В.П. Адашкевич. – Витебск, 1996. – 280 с.
2. Аковбян В.А. Рациональная терапия инфекций передающихся половым путем / В.А. Аковбян / Consilium medicum. – 2000. – № 2. – С. 159–161.
3. Клинические синдромы, ассоциированные с генитальными микоплазмами: диагностика и лечение / В.И. Кисина, Е.В. Ширшова, К.И. Забиров и др. // Вест. дерматовенерол. – 2004. – № 5. – С. 16–23.
4. Краснопольский В.И. Инфекция в акушерстве / В.И. Краснопольский // Сб. науч. труд. – М., 1995.
5. Кудрин М.И. Аспекты лабораторной диагностики урогенитального микоплазмоза / М.И. Кудрин, И.В. Колмогорова. – 2004. – № 6. – С. 13–16.
6. Некоторые механизмы патогенеза репродуктивных нарушений у мужчин с урогенитальным хламидиозом и микоплазмозом / А.А. Кубанова, К.И. Забиров, М.М. Васильев и др. // Вестн. последиплом. мед. образования. – 1999. – Вып. 53–54.
7. Скрипкин Ю.К. Роль дерматовенерологических учреждений в организации лечебной по-

мощи и борьбы с распространением болезней передаваемых половым путем / Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, М.В. Яцуха // Кожные и венерические болезни. — 1999. — № 1. — С. 763–782.

8. Современное состояние вопроса о значении *Ureaplasma urealyticum* в генезе урогенитальных заболеваний / В.И. Кисина, О.С. Загребина, К.И. Забиров и др. // ИППП. — 2002. — № 1. — С. 8–16.

9. Absence of phospholipase A₂ activity in genital *Mycoplasma hominis* / T. Walther, H. Stepan, L. Baumann et al. // J. Perinat. Med. — 1998. — Vol. 26, N 3. — P. 208–210.

10. Association of genital mycoplasma colonization with low birth weight / V.K. Paul, U. Gupta, M. Singh et al. // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 1998. — Vol. 63, N 2. — P. 109–114.

11. Detection using molecular biology techniques of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in urogenital samples / C. Fernandez, K. Alvarez, L. Muy et al. // Rev. Argent. Microbiol. — 1998. — N 30, Vol. 2. — P. 53–58.

12. Differential vaginal expression of interleukin-1 system cytokines in the presence of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in pregnant women / K. Doh, P.T. Barton, I. Korneeva et al. // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. — 1986 — N 2. — P. 79–85.

13. Hormonal status and mycoplasma colonization in the female genital tract / T. Iwsaka,

T. Wada, Y. Kedera et al. // Obstet. Gynecol. — 1986. — N 68, Vol. 2. — P. 263–266.

14. Increased intrauterine frequency of *Ureaplasma urealyticum* in women with preterm labor and preterm premature rupture of the membranes and subsequent cesarean delivery / A. Witt, A. Berger, C.J. Gruber et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — N 5. — P. 166–169.

15. Microbiology of the lower genital tract in postmenarchal adolescent girls: difference by sexual activity, contraception and presence of nonspecific vaginitis / M.A. Shafer, R.L. Sweet, M.J. Ohm-Smith et al. // J. Pediat. — 1985. — N 107, Vol. 6. — P. 974–981.

16. Midtrimester vaginal *Mycoplasma genitalium* in women with subsequent spontaneous preterm birth / G.S. Lu, J.R. Schwebke, L.B. Duffy et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2001. — N 1. — P. 163–165.

17. *Mycoplasma genitalium* is not associated with adverse outcomes of pregnancy in Guinea-Bissau / A.S. Labbe, E. Frost, S. Deslandes et al. // Sex Transm. Infect. — 2002. — N 4. — P. 289–291.

18. Sexual activity and vaginal colonization with genital mycoplasmas / W.M. McCormack, P.S. Almedia, P.E. Bailey et al. // JAMA. — 1972. — N 221, Vol. 12. — P. 1375–1377.

19. Volume of endocervical ureaplasma species colonization as a marker of preterm delivery / E. Bosquet Gonzalez, A. Gene, I. Ferrer et al. // Gynecol. Obstet. Invest. — 2005. — N 3. — P. 119–123.