

НОВАЯ АПТЕКА

№12 2010

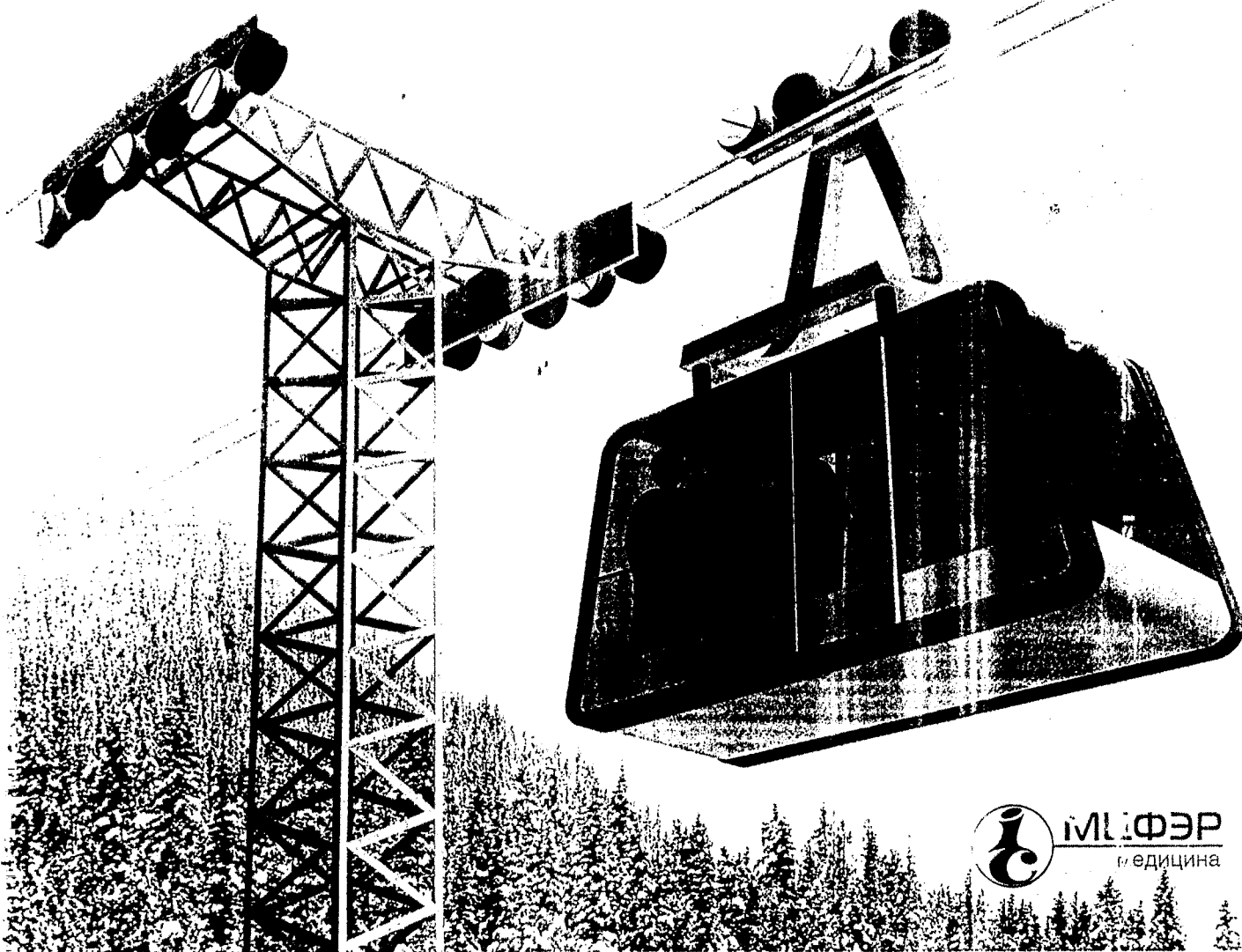
ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЯ


УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ
РЕШЕНИЯ

АССОРТИМЕНТНАЯ
ПОЛИТИКА

КАДРОВЫЙ
МЕНЕДЖМЕНТ

ПОВЫШЕНИЕ
КВАЛИФИКАЦИИ



 **МІФЭР**
медицина

40810

Осложнения беременности, родов и послеродового периода: роль генитальных микоплазм

А. В. БЕЛОВА,
аспирант кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета
Первого МГМУ им. И. М. Сеченова,

О. Р. АСПАТУРОВА,
канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог акушерского наблюдательного отделения
клиники акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева,

А. П. НИКОНОВ,
д-р мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета
Первого МГМУ им. И. М. Сеченова,
зав. наблюдательным акушерским отделением,
клиника акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева.

Т. А. ИВАНОВА,
младший научный сотрудник лаборатории молекулярной диагностики
и эпидемиологии инфекций органов репродукции,

А. Е. ГУШИН,
канд. биол. наук, руководитель лаборатории молекулярной диагностики
и эпидемиологии инфекций органов репродукции,
ФГУН "ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора"

В последнее время особый интерес представляют генитальные микоплазмы, которые, по данным эпидемиологических исследований, часто обнаруживаются у женщин репродуктивного возраста. Целью настоящего проспективного исследования явилось определение частоты обнаружения генитальных микоплазм в нижних отделах генитального тракта в II–III триместре беременности, а также уточнение роли данных микроорганизмов в развитии ряда осложнений беременности, родов и послеродового периода.

С февраля 2008 по май 2010 г. в клинике акушерства и гинекологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова на наличие вульвовагинальной и цервикальной инфекции было обследовано 677 пациенток на сроке беременности 24–40 недель. Были проведены: микроскопия мазков из цервикального канала и заднего свода влагалища с окраской по Граму, бактериологическое исследование содержимого зад-

него свода влагалища и цервикального канала, молекулярно-биологическое (ПЦР в реальном времени) исследование материала из цервикального канала и заднего свода влагалища на наличие *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *S. Trachomatis*. При этом использовались ПЦР-тест системы: "АмплиСенс®

N.gonorrhoeae/S.trachomatis/M.genitalium/T.vaginalls-МУЛЬТИПРАЙМ-PI" с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в формате реального времени.

Клинически оценивались частота преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод, рождения детей с низкой массой тела (< 2500 г), а также случаи проявления послеродовых инфекционных осложнений (послеродовый эндометрит, раневая инфекция).

Полученные числовые данные обработаны методом вариационной статистики с помощью программ Excell-7.0 и Statistica.

Из 677 обследованных беременных лишь у 126 (18,6%) в нижних отделах генитального тракта были выявлены

© Коллектив авторов, 2010

только *Lactobacillus* spp. в титре не менее 10^6 КОЕ/мл. У остальных 551 пациентки (81,4%) во влагалище и цервикальном канале помимо лактобактерий присутствовали и другие виды микроорганизмов.

Из них бессимптомное бактериальное носительство и кандидоносительство (*C. albicans* в титрах 10^2 – 10^5 КОЕ/мл) выявлено у 402 пациенток (59,4%). В 149 случаях (22%) отмечены различные клинико-лабораторные проявления вульвовагинальной и цервикальной инфекции (бактериальный вагиноз – 10,5%, кандидозный вульвовагинит – 10,3%, хламидийный цервицит – 1,2%). Гонорейная и трихомонадная инфекция не была обнаружена ни у одной из обследованных беременных женщин.

Генитальные микоплазмы во влагалище и цервикальном канале были выявлены у 304 пациенток, что составило 44,9% от всех обследованных: *U. Parvum* – 40,2%, *U. Urealyticum* – 7,1%, *M. hominis* – 4,6%, *M. genitalium* – 0,6% (в ряде случаев у одной и той же пациентки обнаруживалось сразу несколько видов генитальных микоплазм).

При этом у подавляющего большинства беременных – 232 пациентки (76,3%) – генитальные микоплазмы в нижних отделах генитального тракта сочетались с другими условно патогенными микроорганизмами (*Streptococcus agalactiae*, *Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus* spp., *G. vaginalis*, *C. albicans* и др.). И лишь в 72 случаях (23,7%) генитальные микоплазмы были выделены в виде монокультуры или в сочетании только с *Lactobacillus* spp.

С целью уточнения истинного этиологического значения генитальных микоплазм 612 родоразрешенных пациенток были разделены на 2 группы.

В первую группу включены 115 беременных с нормальным состоянием влагалищной флоры (присутствие во влагалище только *Lactobacillus* spp.) и исключенной специфической инфекцией. Вторую группу составили 497 пациенток с наличием во влагалище и цервикальном канале различных условно патогенных микроорганизмов, включая генитальные микоплаз-

мы и дрожжеподобные грибы в различных титрах. В данной группе выделены две подгруппы: 129 беременных с клиническими проявлениями вульвовагинальной и цервикальной инфекции (ВВИиЦИ) и 368 – с бессимптомным бактериальным и кандидоносительством (*Streptococcus agalactiae*, *Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus* spp., *G. vaginalis*, *C. albicans*, *Bacteroides* spp. и др.) (ББиКН). Отдельно была выделена группа, которую составили 271 обследованная женщина с носительством генитальных микоплазм в нижних отделах генитального тракта; в группе выделены 2 подгруппы: 66 пациенток с выявленными генитальными микоплазмами в виде моноинфекции и 205 – с сочетанием микоплазм с другими условно патогенными микроорганизмами (*Streptococcus agalactiae*, *Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus* spp., *G. vaginalis*, *C. albicans*, *Bacteroides* spp. и др.).

При анализе течения беременности, родов и послеродового периода у пациенток, прошедших скрининговое обследование, обнаружено значительное возрастание частоты ряда осложнений в группе беременных с наличием во влагалище и цервикальном канале бактерий и дрожжеподобных грибов в различных титрах. Так, по сравнению с группой обследованных с нормальным состоянием микроценоза нижнего отдела генитального тракта в подгруппах с вульвовагинальной, цервикальной инфекцией и бессимптомным бактериальным носительством:

- в 3–4 раза возрастает частота преждевременного излития околоплодных вод, в 5–6 раз увеличивается количество преждевременных родов;
- в 2–3 раза возрастает количество детей, рожденных с низкой массой тела < 2500 г;
- в послеродовом периоде в 6–7 раз увеличивается распространенность послеродового эндометрита и раневой инфекции.

В подгруппе пациенток с наличием генитальных микоплазм в виде монокультуры каких-либо статистически значимых различий в развитии выше-

указанных осложнений беременности, родов и послеродового периода по сравнению с группой беременных с нормальным состоянием влагалищной среды не выявлено.

С целью уточнения не только качественной, но и количественной роли (степени колонизации) генитальных микоплазм в развитии осложнений беременности, родов и послеродового периода все обследованные с носительством данных микроорганизмов в нижних отделах генитального тракта дополнительно были разделены на 2 подгруппы: 65 пациенток с низкой концентрацией ($\leq 10^4$ КОЕ/мл) генитальных микоплазм и 206 – с высокой концентрацией ($> 10^4$ КОЕ/мл) данных микроорганизмов в половых путях матери (табл.).

В данных подгруппах не наблюдалось статистически значимых различий в частоте выявления преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод, рождения детей с массой тела менее 2500 г, послеродового эндометрита и раневой инфекции. В то же время у беременных с высокой концентрацией генитальных микоплазм во влагалище и шейке матки отмечена четкая тенденция к увеличению частоты вертикальной передачи инфекции.

В повседневной практике, проводя обследование беременных на вульвовагинальную инфекцию, акушеры-гинекологи прежде всего основываются на результатах микроскопии влагалищного мазка. Развернутое бактериологическое исследование с количественным и качественным определением аэробных и анаэробных микроорганизмов производится крайне редко.

Полученные нами результаты скринингового исследования показали, что только у 18,6% беременных во влагалище были лактобактерии в виде монокультуры (т. е. «идеально» нормальная микрофлора). В остальных 81,4% случаев было обнаружено либо бессимптомное носительство различных условно патогенных микроорганизмов (59,4%), либо уже клинико-лабораторные проявления вульвовагинита и (или) цервицита (22%). При этом бактериальный вагиноз диагно-

Таблица

Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у пациенток в зависимости от концентрации генитальных микоплазм во влагалище и шейке матки

Исход беременности	Генитальные микоплазмы (U. parvum, U. urealyticum, M. hominis)	
	≤ 10 ⁴ КОЕ/мл N = 65	> 10 ⁴ КОЕ/мл N = 206
Преждевременные роды	6,2% (4/65)	7,8% (15/206)
Преждевременное излитие околоплодных вод	15,4% (10/65)	13,5% (28/206)
Вес новорожденных менее 2500 г	7,6% (5/66)	6,2% (13/211)
Осложнения в послеродовом периоде (эндометрит и раневая инфекция)	4,6% (3/65)	5,8% (12/206)
Вертикальная передача	4,6% (3/65)	11,2% (23/206)

стирован в 10,5% случаев, кандидозный вульвовагинит – 10,3, хламидийный цервицит – 1,2%. Эти показатели несколько ниже, чем в большинстве ранее проведенных эпидемиологических исследований (соответственно 12–20%, 20–35, 8–9%) (4), что отчасти можно объяснить высоким социально-экономическим уровнем обследованных нами пациенток и тщательным медицинским наблюдением во время беременности.

Генитальные микоплазмы в нижних отделах генитального тракта у беременных были представлены достаточно широко – в 44,9% случаев: U. parvum – 40,2%, U. Urealyticum – 7,1, M. hominis – 4,6, M. genitalium – 0,6%, что в целом соответствует данным мировой литературы (3, 12, 13).

Однако, по полученным нами результатам, в подавляющем большин-

стве случаев генитальные микоплазмы входят в состав микробных ассоциаций, а в монокультуре или в сочетании только с Lactobacillus spp. обнаруживаются редко – 10,6% случаев. Именно это обстоятельство становится ключевым в определении истинного этиологического значения генитальных микоплазм в развитии ряда осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Результаты проведенного исследования убедительно подтверждают тот факт, что вульвовагиниты и цервициты являются существенным фактором риска преждевременного излития околоплодных вод, преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тела (< 2500 г), а также послеродового эндометрита и раневой инфекции. Несколько неожиданным явилась тенденция приближения частоты вы-

шеуказанных осложнений беременности в группе пациенток с бессимптомным бактериальным носительством к частоте таковых в группе беременных с клинически выраженными формами вульвовагинальной и цервикальной инфекции.

Очевидно, отсутствие клинических проявлений инфекции не всегда является залогом нормального течения беременности, родов и послеродового периода, а бессимптомное бактериальное носительство в нижних отделах генитального тракта у беременных остается серьезной проблемой, требующей дальнейших углубленных исследований.

Заключение

Колонизация нижних отделов генитального тракта у беременных условно патогенными микроорганизмами является существенным фактором риска преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод, рождения детей с низкой массой тела (< 2500 г), послеродового эндометрита и раневой инфекции.

Генитальные микоплазмы (U. parvum, U. urealyticum, M. hominis) в составе микробных ассоциаций достаточно часто (44,9%) обнаруживаются во влагалище и цервикальном канале в III триместре беременности. Однако существенного значения в патогенезе неблагоприятных исходов беременности, родов и послеродового периода они, очевидно, не имеют в независимости от степени колонизации нижнего отдела генитального тракта.