

# Тактика ведения многорожавших женщин с хронической урогенитальной инфекцией и нарушением репродуктивной функции

**Д.Х. Саидова**

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты наших исследований свидетельствуют, что снижение частоты самопроизвольного прерывания беременности у многорожавших женщин с хронической урогенитальной инфекцией в анамнезе необходимо начинать с этапа лечения очагов инфекции с последующим переходом на восстановление репродуктивной функции. Учитывая тот факт, что основной самопроизвольного прерывания беременности у женщин этой группы является высокий риск интраамниального инфицирования, обусловленный целым комплексом негативного влияния перенесенной урогенитальной инфекции. Полученные результаты являются убедительным обоснованием усовершенствованной лечебно-профилактической методике. Существенное повышение частоты восстановления репродуктивной функции на фоне снижения уровня самопроизвольного прерывания беременности является основанием для широкого внедрения предлагаемой методики в практическое здравоохранение.

**Ключевые слова:** репродуктивная функция, урогенитальная инфекция, реабилитация.

В настоящее время хроническая урогенитальная инфекция (ХУГИ) является одной из основных проблем современной репродуктологии [1, 3]. Это предопределено постоянно растущей частотой данной патологии среди женщин репродуктивного возраста, широким спектром сочетанных форм различной инфекции, неэффективностью общепринятых лечебно-профилактических мероприятий и т.п. [2, 4].

Нарушение репродуктивной функции у женщин с ХУГИ происходит на фоне выраженных иммунологических и эндокринологических нарушений, а также изменения микробиоценоза половых путей [5, 6]. Широкое и не всегда обоснованное использование антибактериальных препаратов, часто в виде 2–3 разных антибиотиков, приводит к выраженным нарушениям микробиоценоза половых путей и пищеварительного тракта, угнетению местного иммунитета и появлению дисгормональных изменений, на фоне которых развиваются нарушения менструального цикла [5].

Особую группу риска по развитию урогенитальной инфекции с последующим нарушением репродуктивной функции составляют многорожавшие женщины (3 и более родов в анамнезе). При этом тактика ведения таких пациенток отличается от таковой у женщин с 1–2 родами в анамнезе вследствие более высокого уровня экстрагенитальной патологии, более выраженных дисгормональных изменений и др.

Беременность у многорожавших женщин с ХУГИ в анамнезе, как правило, протекает с высокой частотой невынашивания, что предопределено значительным уровнем интраамниального инфицирования и начальными иммунологическими и эндокринологическими нарушениями [2, 4, 6].

Все изложенное выше является обоснованием для проведения данного научного исследования.

**Цель исследования:** снижение частоты нарушений репродуктивной функции и невынашивания беременности у много-

рожавших женщин с ХУГИ в анамнезе на основе изучения клинико-микробиологических, иммунологических и эндокринологических изменений, а также усовершенствования алгоритма лечебно-профилактических мероприятий.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью нами были обследованы 100 многорожавших пациенток с различными формами урогенитальной инфекции в анамнезе, которые были распределены на две группы:

1-я группа – 50 многорожавших женщин, которым проводили общепринятые лечебно-профилактические мероприятия;  
2-я группа – 50 многорожавших женщин, леченных поэтапно по разработанной нами методике.

Контрольную группу составляли 50 гинекологически и соматически здоровых женщин репродуктивного возраста.

Ведение пациенток 1-й группы проводили по общепринятым рекомендациям:

- специфическая антимикробная терапия;
- противовирусная терапия;
- иммуномодуляция;
- дегельминтизация;
- санация хронических очагов инфекции;
- коррекция микрофлоры кишечника и влагалища.

Ведение пациенток 2-й группы проводили с дополнительным использованием антигомтоксической терапии и поэтапно. Так, сначала проводили лечение хронического сальпингоофорита с учетом выраженности дизурической симптоматики, а затем осуществляли восстановление репродуктивной функции.

В комплекс клинико-лабораторного и функционального обследования были включены такие моменты:

- клинический анамнез;
- общий и гинекологический обзор;
- лабораторное обследование: общий анализ крови, мочи, коагулограмма, печеночные пробы; глюкоза крови; креатинин; мочевина; мочевая кислота; общий белок и белковые фракции; агрегация тромбоцитов; лейкоцитарный индекс интоксикации;
- общий анализ мочи; анализ мочи по Нечипоренко и Зимницкому; определение кетоновых тел в моче;
- консультации смежных специалистов: уролога, эндокринолога, невропатолога, кардиолога и др.;
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза и фетоплацентарного комплекса;
- изучение эндокринологического статуса: до беременности – эстрадиол, прогестерон, ФСГ, ЛГ, пролактин (П), кортизол (К), альдостерон (Алд), тиреотропный гормон (ТТГ), трийодтиронин и тироксин; во время беременности – эстриол, К, хорионический гонадотропин, плацентарный лактоген, ТТГ, трийодтиронин и тироксин иммуноферментным способом;
- изучение показателей системного иммунитета: CD3+; CD4+; CD8+; CD19+; CD22+; содержание лизоцима: активность β-лизинов, показатели фагоцитоза (ФП – процент клеток, которые вступили в фагоцитоз от 100 клеток), фагоцитарное

число (ФЧ – среднее число объектов фагоцитоза, поглощенных одним фагоцитом; ФИ – фагоцитарный индекс, который вычисляли по формуле ФЧ/ФП×100%), содержание иммуноглобулинов (Ig) класса А, М, G;

- проведение микробиологических и вирусологических исследований.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что нарушения репродуктивной функции развиваются у многорожавших женщин со следующими вариантами ХУГИ: хронический сальпингоофорит (74,0%), воспалительные заболевания шейки матки (60,0%), хронический пиелонефрит (52,0%) и хронический эндометрит (16,0%).

Основными клиническими проявлениями ХУГИ у многорожавших женщин является: болевой синдром (62,0%); диспареуния (38,0%); субфебрилитет (30,0%); дизурический синдром (26,0%); цисталгия (22,0%) и боль в поясничной области (20,0%).

Этиология ХУГИ у многорожавших женщин характеризуется преобладанием сочетанных форм: вирусной, хламидийной, кандидозной инфекции со штаммами стафилококка (26,0%); вирусной, кандидозной, мико- и уреоплазменной инфекции со штаммами стафилококка (22,0%); хламидийной, мико- и уреоплазменной инфекции со штаммами стафилококка (20,0%); хламидийной и кандидозной инфекции (16,0%); вирусной и кандидозной инфекции (16,0%).

Изменения системного иммунитета у многорожавших пациенток с ХУГИ носят достоверный характер, а нарушение местного иммунитета характеризуется достоверным повышением ( $p < 0,05$ ) содержания IgM и  $\beta$ -лизинов при одновременном снижении ( $p < 0,05$ ) уровня IgA; основных параметров фагоцитоза (ФП, ФЧ и ФИ) и лизоцима.

ХУГИ у многорожавших женщин вызывает развитие нарушений менструальной функции в 32,0% случаев и достоверные дисгормональные изменения: в I фазу менструального цикла – снижение содержания Е и ФСГ при одновременном увеличении уровня ЛГ, Алд, К и ТТГ; во II фазу менструального цикла – снижение содержания П и увеличение уровня ЛГ, К и ТТГ.

Использование предложенных лечебно-профилактических мероприятий с последующей прегравидарной подготовкой способствует увеличению частоты наступления беременности в 2,1 раза и снижению уровня невынашивания беременности в 4,2 раза.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты наших исследований, снижение частоты невынашивания у многорожавших женщин с хронической урогенитальной инфекцией в анамнезе стоит начинать с этапа лечения хронических очагов инфекции с последующим переходом на восстановление репродуктивной

функции. Учитывая тот факт, что основой невынашивания беременности у женщин этой группы является высокий риск интраамниального инфицирования, предопределенный целым комплексом негативного влияния от перенесенной урогенитальной инфекции. Полученные результаты представились достаточно убедительным обоснованием для усовершенствованной нами лечебно-профилактической методики. Существенное повышение частоты возобновления репродуктивной функции на фоне снижения частоты невынашивания беременности является основанием для широкого внедрения предложенной методики в практическое здравоохранение.

### Тактика ведення багатонароджуючих жінок з хронічною урогенітальною інфекцією і порушенням репродуктивної функції

*Д.Х. Саїдова*

Результати наших досліджень свідчать, що зниження частоти мимовільного переривання вагітності в жінок, які багато народжували, з хронічною урогенітальною інфекцією в анамнезі варто починати з етапу лікування хронічних вогнищ інфекції з подальшим переходом на відновлення репродуктивної функції. З огляду на той факт, що основою наступного мимовільного переривання вагітності у жінок цієї групи є високий ризик інтраамніального інфікування, зумовлений цілим комплексом негативного впливу від перенесеної урогенітальної інфекції. Отримані результати стали достатньо переконливим обґрунтуванням для застосування вдосконаленої нами лікувально-профілактичної методики. Суттєве підвищення частоти відновлення репродуктивної функції на фоні зниження частоти мимовільного переривання вагітності є підставою для широкого впровадження запропонованої методики в практичну охорону здоров'я.

**Ключові слова:** репродуктивна функція, урогенітальна інфекція, реабілітація.

### Tactics of conducting multigiving birth women with chronic urogenital infection and infringement of reproductive function

*D.H. Saidova*

Results of our researches have shown that decrease in frequency of spontaneous interruption of pregnancy at multigiving birth women with chronic urogenital infection in the anamnesis is necessary for beginning with a stage of treatment of the centres of an infection with the subsequent transition to restoration of reproductive function. Considering that fact that as a basis of spontaneous interruption of pregnancy at women of this group the high risk intraamniacal infection, caused by the whole complex of negative influence transferred urogenital infections is. The received results are a convincing substantiation of an advanced treatment-and-prophylactic technique. Essential increase of frequency of restoration of reproductive function against decrease in level of spontaneous interruption of pregnancy is the basis for wide introduction of an offered technique in practical public health services.

**Key words:** reproductive function, urogenital infection, rehabilitation.

### Сведения об авторе

Саїдова Дильбар Холмуродовна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 401-15-12. E-mail: dsaidova@mail.ru

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богатирьова Р.В., Іркіна Т.К. Планування сім'ї в Україні //Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 2. – С. 51.
2. Вдовиченко Ю.П., Глазков І.С., Кіяшко Г.П. Роль порушень імунної системи у формуванні акушерських та перинатальних ускладнень // Перинатологія та педіатрія. – 2000. – № 3. – С. 14–18.
3. Венцівський Б.М. Роль планування сім'ї в зниженні материнської та перинатальної захворюваності і смертності //Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 2. – С. 52–54.
4. Глазков І.С. Особливості перебігу цитомегаловірусної інфекції у вагітних і новонароджених //Науковий вісник Ужгородського ун-та. Серія «Медицина». – 2000. – Вип. 12. – С. 188–190.
5. Ткаченко А.В., Глазков І.С., Беглице Д.А. Особливості бактеріального вагінозу у вагітних //Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2010. – № 2. – С. 35–37.
6. Шадлун Д.Р., Глазков І.С., Романенко Т.Г.В. Особливості перинатальних втрат у жінок з урогенітальною інфекцією // Зб. наук. праць «Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики». – Вип. 5. – Київ–Луганськ. – 2011. – С. 134–137.

Статья поступила в редакцию 12.07.2013