

Таким образом, на современном этапе МС в меньшей степени является интегрированным показателем состояния репродуктивного здоровья населения, а в большей – отражением качества медицинской помощи и уровня ее организации [1], что подтверждается значительным улучшением данного показателя в Хабаровском крае за счет разработки и реализации организационной модели перинатальной помощи.

Основными задачами на ближайшие годы мы считаем реализацию Концепции развития акушерско-гинекологической и неонатологической служб Хабаровского края на 2011–2020 годы; создание Центров помощи беременным, попавшим в кризисную ситуацию; симуляционного с формированием системы непрерывного обучения врачебного и среднего меди-

цинского персонала; совершенствование организации медицинской помощи при неотложных состояниях (внематочная беременность); обеспечение доступности и относительной безопасности аборта. Кроме того, неоднородность родовспомогательных учреждений не позволяет рекомендовать единые стандарты акушерской помощи и диктует необходимость дифференцированного подхода к родоразрешению беременных различного риска [3]. На всех уровнях родовспоможения необходимо осуществление строгого контроля за соблюдением этапности оказания акушерской помощи и своевременного направления беременных высокого риска в Перинатальный центр и межрайонные родовспомогательные отделения (г. Комсомольск-на-Амуре, г. Николаевск-на-Амуре).

Литература

1. Костин И.Н. Резервы снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации: автореферат дис. ... докт. мед. наук. – М., 2012. – 48 с.
2. О материнской смертности в Российской Федерации: Методическое письмо Минздравсоцразвития России. – М., 2011. – 40 с.
3. Серов В.Н. Профилактика материнской смертности // А. и Г. – 2011. – № 7. – С. 4–10.
4. Стародубов В.И., Цыбульская И.С., Суханова Л.П. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России // Современные медицинские технологии. – 2009. – № 2. – С. 11–16.
5. Юсупова А.Н., Токова З.З., Фролова О.Г. Предотвратимые случаи материнской смерти // А. и Г. – 2009. – № 2. – С. 53–57.

Координаты для связи с авторами: Ступак Валерий Семенович – канд. мед. наук, доцент, главный врач КГБУЗ «Перинатальный центр», врач высшей категории, тел.: 8-(4212)-45-40-66, 77-13-54, e-mail: vsstupak@rambler.ru.



УДК 618.51-06:[618.146-002.2+618.15-002]-07-08.001.8

Т.Ю. Пестрикова¹, Е.В. Батурина²

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-30-53-11, e-mail: rec@mail.fesmu.ru;

²Родильный дом № 1, 680000, ул. Ленина, 38, тел. 8-(4212)-21-38-64, e-mail: rd1-lenina67@mail.ru, г. Хабаровск

Резюме

Проведен анализ исходов беременности и родов у 98-ми женщин с хроническим цервицитом. Доказана эффективность предгравидарного мониторинга у 48-ми женщин с хроническим цервицитом. Установлено достоверное снижение частоты осложнения гестационного периода и родов. У 50-ти пациенток с хроническим цервицитом, которым не была своевременно проведена предгравидарная подготовка, достоверно чаще выявляются клинические, кольпоскопические и лабораторные признаки заболевания во время беременности, а также обнаруживаются возбудители инфекций, передаваемых половым путем. У этих женщин отмечена достоверно повышенная вероятность развития осложнений беременности и родов: фетоплацентарной недостаточности, гестоза, угрозы выкидыша, угрозы преждевременных родов. Сделан вывод о том, что тщательное заблаговременное проведение мероприятий предгравидарного мониторинга у 48-ми женщин с хроническим цервицитом способствует значительному улучшению показателей течения беременности и родов.

Ключевые слова: хронический цервицит, предгравидарный мониторинг, осложнения родов, преждевременные роды.

PREGRAVIDAR PREPARING OPTIMIZATION IN WOMEN WITH CERVIX AND VAGINA INFLAMMATORY PATHOLOGY

¹Far East State Medical University;

²Maternity hospital Nr. 1, Khabarovsk

Summary

Analysis of the outcomes of pregnancy and childbirth in 98 women with chronic cervicitis was carried out. Pre gravida monitoring in 48 women with chronic cervicitis has been proven to be effective. A significant reduction in the incidence of complications of gestation and delivery are observed. 50 patients with chronic cervicitis, who had not undergone pre delivery training had clinical, colposcopic and laboratory signs of diseases during pregnancy. Sexually transmitted diseases were diagnosed. These women have significantly increased risk of complications in pregnancy and delivery: fetoplacental insufficiency, histosis, threat of miscarriage, preterm labor. An early pre delivery monitoring in 48 women with chronic cervicitis contributes to a significant improvement in the indicators of pregnancy and delivery.

Key words: chronic cervicitis, predgravidarnyj monitoring, delivery complications, premature birth.

Хронический цервицит (ХЦ) — наиболее распространенное заболевание шейки матки, частота которого не имеет тенденции к снижению. Нарушения микробиоциноза влагалища, слизистая которого заселена множеством микроорганизмов, является фактором риска дестабилизации хрупкого равновесия между местной бактериальной флорой и защитными силами организма, и приводит к развитию восходящей инфекции, ХЦ. Особое значение имеет проблема ХЦ при беременности, поскольку в этот период высока вероятность невынашивания беременности, преждевременных родов, внутриутробного инфицирования плода, послеродовых гнойно-септических осложнений [2, 3, 6, 7]. Так, в последние годы наблюдается значительный рост фетоплацентарной недостаточности инфекционного генеза [1, 10]. Ряд специалистов утверждают, что лечение ХЦ должно быть комплексным и включать этиотропные средства, местное воздействие на патогенный очаг, иммуномодулирующие препараты [4, 5, 9]. Исследователи единодушны во мнении о связи адекватного и своевременного проведения мероприятий предгравидарного мониторинга (ПГМ) и снижением риска развития осложнений беременности, родов и перинатальных исходов [1–4, 8]. Однако, в литературе практически отсутствуют сообщения о результатах клинических исследований, подтверждающих это положение.

Цель работы – оценка эффективности двухэтапного лечения ХЦ у женщин в период предгравидарной подготовки.

Материалы и методы

Для решения поставленных задач в период с 2009 по 2011 г. было проведено обследование 98-ми женщин репродуктивного возраста с диагнозом ХЦ на базе МБУЗ «Родильный дом № 1» (г. Хабаровск).

Пациентки были подобраны нами методом сплошной выборки и распределены на 2 группы:

– основная группа (ОГ) – 48 пациенток с ХЦ, проведена предложенная нами ПГМ;

– группа сравнения (ГС) – 50 пациенток с ХЦ, которые в силу разных причин не получили курс мероприятий ПГМ, а обследовались и получали лечение по поводу ХЦ в процессе беременности.

Кроме того, в работе использовали данные обследования 38-ми здоровых женщин без клинических признаков ХЦ до беременности, которые составили контрольную группу (КГ). Полученные результаты использовали для сравнения особенностей течения беременности у пациенток с ХЦ.

Женщин ОГ обследовали до наступления беременности в периоде проведения ПГМ. Пациенток ГС обследовали в I-м триместре до начала проведения лечебных мероприятий по поводу ХЦ. В дальнейшем сравнивали исходы течения беременности и родов у пациенток групп обследования. Этапное лечение пациенток ОГ включало: антибактериальную, антимикотическую и иммуномодулирующую терапию. На 1-м этапе при наличии кандидозного вагинита (ВК) назначали антимикотические препараты (микосист, 50 мг в день в течение 7 дней). Затем проводили лабораторное обследование: определение pH влагалища, микроскопия мазка на флору (оценка наличия ключевых клеток), амино-тест. Оценивали данные клинического осмотра.

На 2-м этапе при выявлении бактериального вагинита (БВ) у пациенток ОГ проводили лечение: свечи нео-пенотран форте № 7 (по 1 свече на ночь во влагалище, 7 дней). В последствии, выполняли микроскопию мазков, определение pH влагалищного содержимого.

Целью 3-го этапа было лечение бактериальной инфекции (хламидиоза, уреоплазмоза, микоплазмоза). Для этого пациенткам ОГ назначали антибиотики тетрациклинового ряда (юнидокс соллютаб в первый день 200 мг однократно, затем по 100 мг 2 раза в день в течение 14 дней), ферменты (вобэнзим). Для профилактики ВК использовали (микосист, 150 мг дважды). На время проведения антибактериальной терапии пациенткам назначали гепатопротекторы (эссенциале форте), а также средства, восстанавливающие кишечную и влагалищную флору. При обострении герпетической инфекции пациенткам ОГ назначали противовирусные препараты (валацикловир по 500 мг через 12 ч. в течение 7-10 дней), витамины с антиоксидантным эффектом (С, Е, А).

С 1-го этапа лечения пациенткам ОГ в комплекс терапии назначали иммуномодулятор «Виферон» по

продолжительной схеме: 500 000 МЕ 2 раза в день, в течение 10 дней, затем по 500 000 МЕ 2 раза в день через день в течение 3-х месяцев.

Пациентки ГС получали стандартное лечение, со 2-го триместра беременности, включавшее антибактериальные препараты (амоксциклин / клавулат / 500 мг 2 раза в день, в течение 10-ти дней), ферменты (вобэнзим), местное лечение (свечи «Клеон-Д» по 1-й свече на ночь, в течение 10-ти дней).

Всем женщинам ОГ и ГС было проведено комплексное обследование, которое включало общеклиническое и гинекологическое исследование, простую и расширенную кольпоскопию, определение уровня кислотности влагалищной среды, бактериоскопическое и бактериологическое исследования, оценку наличия возбудителей с помощью метода полимеразной цепной реакции.

Статистическая обработка полученных данных выполнена на ПК при помощи пакета программ для статистической обработки данных STATISTICA for Windows 7.0. Определение достоверности различий между качественными показателями сравниваемых групп проводили с помощью критерия χ^2 (хи-квадрат) с учетом поправки Йетса для сравнения частот бинарного признака в двух несвязанных группах парных сравнений.

Результаты и обсуждение

Сравнительная оценка показала ряд отличий данных клинико-лабораторного обследования женщин после проведения мероприятий ПГМ. У женщин ОГ во время беременности не было отмечено обильных влагалищных выделений. Они достоверно реже предъявляли жалобы на наличие зуда, жжение, и т.д. по сравнению с пациентками ГС (рис. 1).

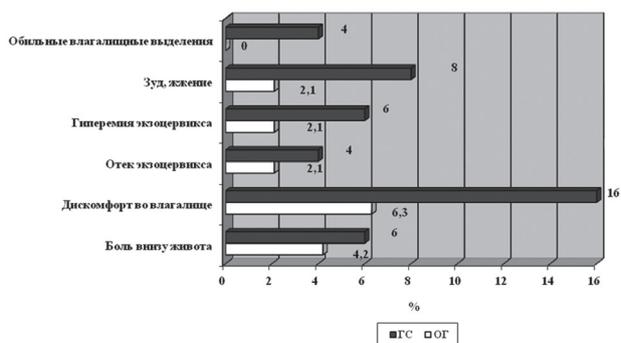


Рис. 1. Сравнение клинических признаков хронического цервицита у пациенток ОГ и ГС

У женщин ОГ достоверно реже были выявлены проявления ХЦ при кольпоскопическом исследовании, чем у пациенток ГС (рис. 2). В ОГ возбудители ИППП были выявлены у 13 (27,1 %), в ГС 5 (50,0 %) случаев. Частота выявления различных возбудителей была существенно ($p < 0,05$) выше в ГС.

Проведенные исследования показали, что у пациенток с ХЦ из ГС, которым не были выполнены предложенные нами мероприятия ПГМ, выявляются отличия ряда показателей, характеризующих повышенную частоту осложнений в периоде беременности (табл. 1).

Так, частота угрозы выкидыша у пациенток ГС составила 28,0 %, в то время как у женщин ОГ достоверно ниже – 10,4 % ($p < 0,05$), что не отличалось от аналогичного показателя в КГ (7,9 %). Также достоверно выше в ГС, по сравнению с ОГ, уровни таких показателей, как частота развития фетоплацентарная недостаточность, синдром внутриутробной задержки развития плода, хроническая внутриутробная гипоксия плода, анемия легкой степени, мало- и многоводие. В то же время у женщин ОГ, которым мероприятия ПГМ были проведены в полном объеме, наблюдалось снижение этих показателей практически до уровня соответствующих значений, по сравнению с данными здоровых женщин КГ.

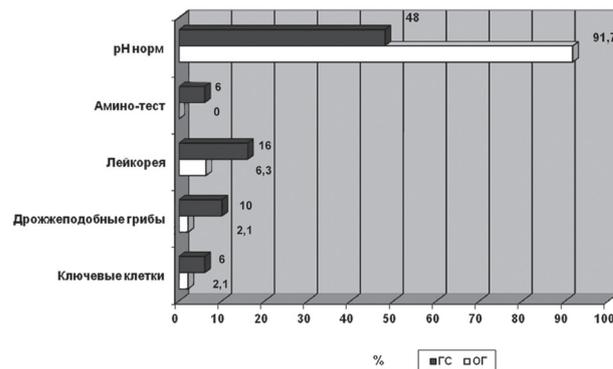


Рис. 2. Сравнение лабораторных показателей у пациенток с хроническим цервицитом в ОГ и ГС

Таблица 1

Частота и структура осложнений течения беременности у женщин ОГ и ГС

Осложнения	Контрольная группа (n=38)		ГС (n=50)		ОГ (n=48)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Угроза выкидыша	3	7,9	14	28,0*	5	10,4
ФПН	2	5,3	12	24,0*	4	8,3
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	2	5,3	11	22,0*	4	8,3
СЗРП	2	5,3	8	16,0*	3	6,3
Анемия:						
- легкой степени	3	7,9	12	24,0*	4	8,3
- средней степени	-	-	5	10,0	2	4,2
Многоводие (умеренное)	2	5,3	11	22,0*	4	8,3
Маловодие	1	2,6	8	16,0*	2	4,2

Примечание. * – различия достоверны (при $p < 0,05$) при сравнении с показателями контрольной группы; # – различия достоверны (при $p < 0,05$) при сравнении с показателями группы сравнения.

Сравнение показателей, характеризующих роды у обследуемых женщин, показало, что в КГ и ОГ частота своевременных родов была одинаковой, соответственно 34 (89,5 %) и 43 (89,6 %) случая, тогда как в ГС значение этого показателя было несколько ниже – 40 (80,0 %) случаев (табл. 2). При этом в последней группе достоверно ($p < 0,05$) чаще отмечены преждевременные роды, чем в остальных группах обследованных женщин.

Таблица 2

Частота исходов беременности и родов у женщин ОГ и ГС

Характеристика родов	Контрольная группа (n=38)		ГС (n=50)		ОГ (n=48)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Своевременные роды	34	89,5	40	80,0	43	89,6
Преждевременные роды	4	10,5	10	20,0*	5	10,4#
Роды через естественные родовые пути	37	97,4	39	78,0*	44	91,7#
Кесарево сечение	1	2,6	11	22,0*	4	8,3#
Перинатальная смертность	–	–	1	2,0	–	–
Перинатальная заболеваемость	2	5,3	14	28,0*	3	6,3

Примечание. * – различия достоверны (при $p < 0,05$) при сравнении с показателями контрольной группы; # – различия достоверны (при $p < 0,05$) при сравнении с показателями группы сравнения.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что патологическая трансформация эпителия шейки матки и эндометрия у обследованных женщин с ХЦ является фоном для осложненного течения беременности: общей реакцией организма, выражающейся в изменении течения беременности, ряда показателей клинико-инструментального обследования беременных, а также состояния новорожденных.

Таким образом, проведение ПГМ у пациенток ОГ позволило достоверно снизить частоту осложнений гестационного периода и родов. Мониторинг у данной

категории пациенток должен включать рациональную подготовку и планирование беременности, своевременную диагностику и патогенетически обоснованную терапию ХЦ. Использование предложенного алгоритма ПГМ, комплексная клиничко-лабораторная оценка и лечение до беременности и мониторинг системы «мать–плацента–плод» в течение беременности способствует снижению частоты осложнений беременности и родов у женщин с хроническим цервицитом.

Выводы

Частота клинических проявлений ХЦ после целенаправленного проведения мероприятий предгравидарного мониторинга достоверно снизилась ($p < 0,05$), что подтверждается данными клинических, кольпоскопических и лабораторных методов исследования.

У пациенток с ХЦ ГС, которым не были своевременно выполнены предложенные мероприятия ПГМ, отмечается увеличение частоты развития осложнений в период беременности и родов: достоверно выше частота проявлений угрозы выкидыша, угрозы преждевременных родов, гестоза, анемии беременных, фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода.

Частота перинатальной заболеваемости у женщин ОГ была достоверно ниже – 3 (6%), чем ГС – 14 (28%). Тщательное заблаговременное проведение мероприятий ПГМ у женщин с ХЦ способствует значительному улучшению показателей течения беременности, снижению перинатальной смертности и заболеваемости.

Литература

1. Алесина И.Л., Уварова Е.В. Роль консультирования в работе служб охраны репродуктивного здоровья семьи // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2009. – № 4. – С. 23–29.

2. Берлев И.В., Кира И.Ф. Роль условно-патогенной микрофлоры в развитии невынашивания беременности у женщин с нарушением микробиоценоза влагалища // Ж. акушерства и женских болезней. – 2002. – Вып. 2, Т. II. – С. 33–37.

3. Гомберг М.А. Репродуктивное здоровье и инфекции, вызванные *Chlamydia trachomatis* // Гинекология. – 2011. – № 1 (13). – С. 13–16.

4. Кондратьева Е.А. Алгоритм диагностики и ведения больных с патологией шейки матки // Гинекология. – 2003. – Т. 5, № 4. – С. 166–170.

5. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Вульвовагинальный кандидоз: клинические и терапевтические

аспекты // Гинекология. Consilium-medicum. – 2011. – Т. 13, № 11.

6. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Буданов П.В. Система обследования и лечения беременных с нарушениями микроценоза родовых путей, инфекциями, передаваемыми половым путем, и восходящим инфицированием плода // Акуш. и гин. – 2003. – № 1. – С. 47–52.

7. Knudtson E., Shellhas C., Stephens J. et al. The association of chronic endometritis with preterm birth // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2007. – Vol. 196 (4). – P. 337.

8. Pacarada M., Lulaj S., Kongjeli G. et al. Factors associated with pathologic colposcopic and cytologic changes in 500 clinically asymptomatic women // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2010. – Vol. 108 (1). – P. 7–11.

9. Wang T., Wu Y.M., Song F. et al. Clinical study on cervix biopsy guided by colposcopy in diagnosis of cervical diseases in pregnant women // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. – 2010. – Vol. 45 (7). – P. 497–500.

Координаты для связи с авторами: Татьяна Юрьевна Пестрикова – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ДВГМУ, тел.: +7-914-771-93-83, раб. 8-(4212)-30-53-11, e-mail: typ50@rambler.ru; Батурина Елена Валентиновна – врач акушер-гинеколог МБУЗ «Роддом № 1», тел.: +7-914-315-61-39, раб. 8-(4212)-23-28-24, e-mail: ev.baturina@mail.ru.

