

СТАТЬЯ

УДК 618.5-06:616.9

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**¹Бообекова А.А., ¹Жантайбекова Э.К., ²Орозова Ч.А., ²Калканбаева Ч.К.,
²Сатыбалдиева А.Ж., ²Джакыпова А.К.***¹Кыргызский государственный медицинский институт повышения квалификации и переподготовки, Бишкек, e-mail: aigul-b@list.ru;**²Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек*

Цель: изучить влияние урогенитальной инфекции на фоне экстрагенитальной патологии на течение родового процесса. Обследована 151 роженица, основная группа – 109 пациенток с экстрагенитальной патологией и урогенитальной инфекцией, группа контроля – 42 соматически здоровые пациентки. Осуществляли учет клинических данных и особенностей течения родов. Проводили статистическую обработку цифрового материала общепринятыми методами. У пациенток с урогенитальной инфекцией в структуре экстрагенитальной патологии заболевания желудочно-кишечного тракта встречались в 2,6 раза, хронический тонзиллит – в 2,3 раза, заболевания мочевыделительной системы – в 4,5 раза, ожирение – в 2,8 раза, диффузное увеличение щитовидной железы – в 2,7 раза достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем в контроле. У пациенток основной группы анемия I степени наблюдалась в 3,1 раза, а анемия II степени – в 6,5 раза достоверно чаще, чем в контроле; чаще, чем в контроле, имели место преждевременные (в 3,1 раза, $p < 0,05$) и оперативные роды (в 1,8 раза). Среди аномалий родовой деятельности достоверно чаще ($p < 0,05$) определялись дискоординация – в 3,8 раза, первичная слабость родовых сил – в 2,7 раза, патология прелиминарного периода – в 2,6 раза, вторичная слабость родовых сил и затяжные роды – в 2,3 раза. В родах достоверно ($p < 0,05$) чаще наблюдались гипертензивные нарушения (в 4,2 раза), преждевременное излитие околоплодных вод (3,8 раза), гипоксия плода (в 3,1 раза). Плотное прикрепление плаценты и преждевременная отслойка плаценты наблюдались только у пациенток основной группы. Сочетание экстрагенитальных заболеваний и урогенитальной инфекции оказывает негативное влияние на течение родового процесса.

Ключевые слова: осложнения родов, экстрагенитальная патология, урогенитальная инфекция**FEATURES COURSE OF LABOR IN WOMEN WITH UROGENITAL INFECTION ON THE BACKGROUND OF EXTRAGENITAL PATHOLOGY****¹Boobekova A.A., ¹Zhantaybekova E.K., ²Orozova Ch.A., ²Kalkanbaeva Ch.K.,
²Satybaldieva A.Zh., ²Dzhakypova A.K.***¹Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Improvement of Professional Skill,
Bishkek, e-mail: aigul-b@list.ru;**²Kyrgyz State Medical Academy named after IK Akhunbaev, Bishkek*

Objective: to study the effect of urogenital infection on the background of extragenital pathology on the course of the birth process. 151 women in labor were examined, the main group – 109 patients with extragenital pathology and urogenital infection, the control group – 42 somatically healthy patients. Clinical data and characteristics of the course of labor were recorded. Statistical processing of digital material was carried out using generally accepted methods. In patients with urogenital infection in the structure of extragenital pathology of the gastrointestinal tract disease were found 2.6 times, chronic tonsillitis – 2.3 times, diseases of the urinary system – 4.5 times, obesity – 2.8 times, diffuse an increase in the thyroid gland – 2.7 times significantly ($p < 0.05$) more often than in the control. In patients of the main group, anemia of the first degree was observed 3.1 times, and anemia of the second degree was 6.5 times significantly more likely than in the control; more often than in the control, preterm (3.1 times, $p < 0.05$) and operative labor (1.8 times) were observed. Among the anomalies of labor activity, discoordination was determined significantly more often ($p < 0.05$) – 3.8 times, primary weakness of labor forces – 2.7 times, pathology of the preliminary period – 2.6 times, secondary weakness of labor forces and prolonged labor – 2.3 times. In childbirth, significantly ($p < 0.05$), hypertensive disorders (4.2 times), prenatal amniotic fluid discharge (3.8 times), fetal hypoxia (3.1 times) were more often observed. Tight placenta attachment and premature placental abruption were observed only in patients from the main group. The combination of extragenital diseases and urogenital infection has a negative effect on the course of the birth process.

Keywords: birth complications, extragenital pathology, urogenital infection

Состояние здоровья беременных женщин из года в год ухудшается, что связано с увеличением в популяции хронических соматических заболеваний. Высокий удельный вес экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) способствует росту акушерских осложнений при беременности и в послеродовом периоде [1, 2]. Именно это обстоя-

тельство приводит к парадоксу XXI в.: в большинстве индустриально развитых стран в структуре причин материнской смертности преобладают не осложнения беременности и родов, а ЭГЗ [3, 4].

Наличие бактериально-вирусной инфекции также является фактором риска развития осложнений беременности, родов и послеро-

дового периода [5–7]. При урогенитальной инфекции высока частота дородового и раннего излития околоплодных вод, ранних послеродовых кровотечений, как следствие – действия инфекционного агента [8].

Цель исследования: изучить влияние урогенитальной инфекции на фоне экстрагенитальной патологии на течение родового процесса.

Материалы и методы исследования

В работе использованы данные обследования рожениц Клинического родильного дома № 2 города Бишкек за 2017–2019 гг. Всего обследованы 151 пациентка: основная группа – 109 пациенток с экстрагенитальной патологией и урогенитальной инфекцией, группа контроля – 42 соматически здоровые пациентки. Средний возраст обследованных составил $24,2 \pm 2,5$ года в основной группе и $23,4 \pm 2,1$ года в группе контроля. Карта обследования рожениц включала подробно собранный анамнез, данные из историй родов и индивидуальных карт беременной, что позволило осуществить учет клинических данных, особенностей течения родов, внесение их в электронные таблицы. Проводили статистическую обработку цифрового материала общепринятыми методами. Вероятность различия показателей выше 95% ($p < 0,05$) считалась достоверной.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе структуры экстрагенитальных заболеваний было выявлено значитель-

ное число заболеваний желудочно-кишечного тракта в основной группе, достоверно ($p < 0,05$) превышающее показатель группы контроля в 2,6 раза (рис. 1). При этом преобладающими являлись хронический гастрит (19,3%) и хронический холецистит (17,4%).

Заболевания дыхательной системы у пациенток основной группы составили 41,3% случаев, из них наиболее часто выявлялся хронический тонзиллит, достоверно ($p < 0,05$) превышая значение контроля в 2,3 раза.

Заболевания мочевыделительной системы без нарушения функции встречались в основной группе в 4,5 раза достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем в группе контроля. У пациенток основной группы хронический цистит выявлялся в 2,6 раза достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем в группе контроля, а хронический пиелонефрит отмечался только у пациенток основной группы.

У пациенток основной группы анемия I степени наблюдалась в 3,1 раза, а анемия II степени – в 6,5 раза достоверно чаще, чем в контроле, что в совокупности составило 42,2% случаев против 11,9% случаев в группе контроля. Достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в контроле, у пациенток основной группы встречались ожирение (в 2,8 раза) и диффузное увеличение щитовидной железы (ДУЩЖ) (в 2,7 раза). Варикозное расширение вен выявлено только у пациенток основной группы в 4,6% случаев.

Таким образом, в среднем на 1 пациентку основной группы приходилось 2,1, а группы контроля – 0,7 экстрагенитальных заболевания.

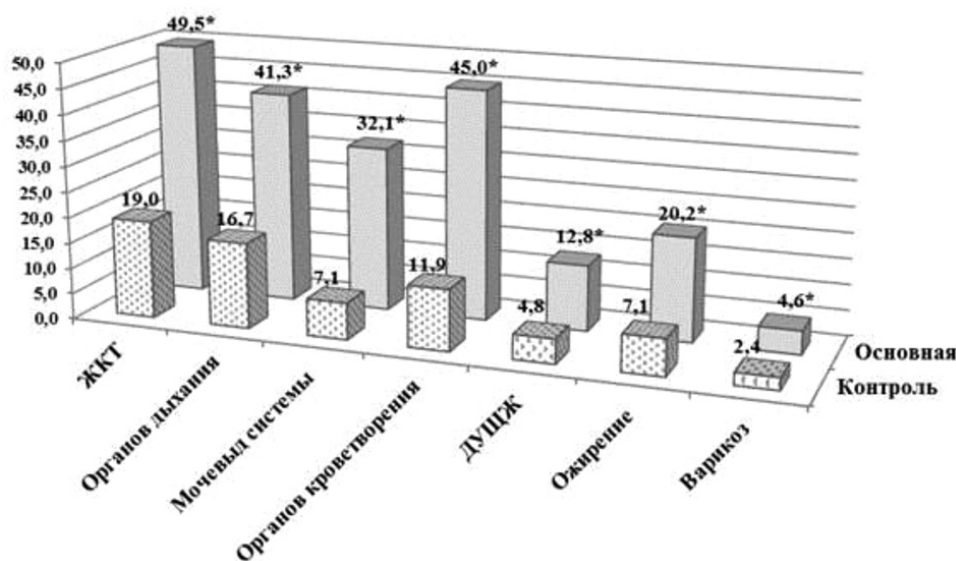


Рис. 1. Структура экстрагенитальной патологии ($M \pm m$ %).
Примечание: * – достоверное отличие от группы контроля при $p < 0,05$

При изучении структуры микробной флоры у пациенток основной группы достоверно ($p < 0,05$) чаще в сравнении с группой контроля выявлялись *Chlamydia trachomatis* (в 8,1 раза), *Gardnerella vaginalis* (в 5,4 раза), *Candida* (в 3,2 раза) и *Mycoplasma hominis* (в 3,0 раза). Анализ встречаемости микст-инфекции показал преобладание у пациенток основной группы *Trichomonas vaginalis* + *Chlamydia trachomatis* + УПП и *Trichomonas vaginalis* + УПП, которые встречались в 11,2 и 6,7 раза соответственно чаще, чем в группе контроля ($p < 0,05$) (табл. 1).

Наличие урогенитальной инфекции у пациенток основной группы приводило к увеличению частоты встречаемости гинекологических заболеваний: достоверно чаще, чем в контроле, отмечались кольпит (в 2,7 раза), эндоцервицит (в 2,6 раза), эрозия шейки матки (в 3,0 раза).

Беременность завершилась срочными родами у 84,4% пациенток основной группы, что достоверно ($p < 0,05$) отличалось от показателя группы контроля (табл. 2). У 14,7% пациенток основной группы роды были преждевременными, тогда как в группе контроля – у 4,8% женщин, что было в 3,1 раза достоверно ($p < 0,05$) чаще. Переносная беременность отмечалась только у одной пациентки в основной группе (0,9% случаев). Оперативные роды имели место

в 17,4% случаев в основной группе против 9,5% в группе контроля, без достоверного различия показателей.

Раннее начало родовой деятельности в основной группе было связано с дородовым излитием околоплодных вод.

Изучение продолжительности родового процесса в сравниваемых группах показало, что роженицы контрольной группы имели более короткие по продолжительности периоды родов по сравнению с женщинами основной группы (табл. 3) [9].

У первородящих рожениц группы контроля продолжительность первого периода родов составила 11,2 часа, тогда как в основной группе – 13,7 часа ($p < 0,05$). В основной группе также достоверно дольше длились второй (на 6,8 мин, $p < 0,05$) и третий периоды родов, что привело к удлинению продолжительности родов у женщин данной группы на 161,4 мин (табл. 3).

Общая продолжительность родов у повторнородящих рожениц основной группы была на 114,0 мин длиннее, чем в группе контроля, за счет увеличения продолжительности первого периода родов в 1,3, а второго и третьего – в 1,5 раза.

Таким образом, у рожениц основной группы продолжительность родов достоверно увеличивалась по сравнению женщинами из группы контроля.

Таблица 1

Показатели микрофлоры (M ± m%)

Показатели		<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Mycoplasma hominis</i>	<i>Gardnerella vaginalis</i>	<i>Candida</i>	<i>Trichomonas vaginalis</i> + <i>Chlamydia trachomatis</i> + УПП	<i>Trichomonas vaginalis</i> + УПП
Контрольная группа n = 42	Абс.	3	1	2	4	1	2
	%	7,1 ± 4,0	2,4 ± 2,4	4,8 ± 3,3	9,5 ± 4,5	2,4 ± 2,4	4,8 ± 3,3
Основная группа n = 109	Абс.	23	21	28	33	29	35
	%	21,1 ± 3,9*	19,3 ± 3,8*	25,7 ± 4,2*	30,3 ± 4,4*	26,6 ± 4,2*	32,1 ± 4,5*

Примечание: * – достоверное отличие от группы контроля при $p < 0,05$.

Таблица 2

Характеристика родов (M ± m%)

Показатели		Срочные	Преждевременные	Запоздалые	Самопроизвольные	Оперативные
Контрольная группа (n = 42)	Абс.	40	2	–	38	4
	M ± m%	95,2 ± 3,3	4,8 ± 3,3	–	90,5 ± 4,5	9,5 ± 4,5
Основная группа (n = 109)	Абс.	92	16	1	90	19
	M ± m%	84,4 ± 3,5*	14,7 ± 3,4*	0,9 ± 0,9	82,6 ± 3,6	17,4 ± 3,6

Примечание: * – достоверное отличие от группы контроля при $p < 0,05$.

Таблица 3

Продолжительность родов

Периоды родов	Продолжительность родов (мин, $M \pm m$)	
	Основная группа (n = 44)	Контрольная группа (n = 8)
Первородящие		
I	823,2 ± 50,1*	670,7 ± 53,5
II	25,9 ± 2,8*	19,1 ± 1,7
III	10,4 ± 0,8*	8,3 ± 0,5
Повторнородящие		
I	471,3 ± 37,8*	369,5 ± 22,9
II	23,1 ± 2,6*	15,8 ± 1,9
III	15,2 ± 1,8*	10,3 ± 1,4

Примечание: * – достоверное отличие от группы контроля при $p < 0,05$.

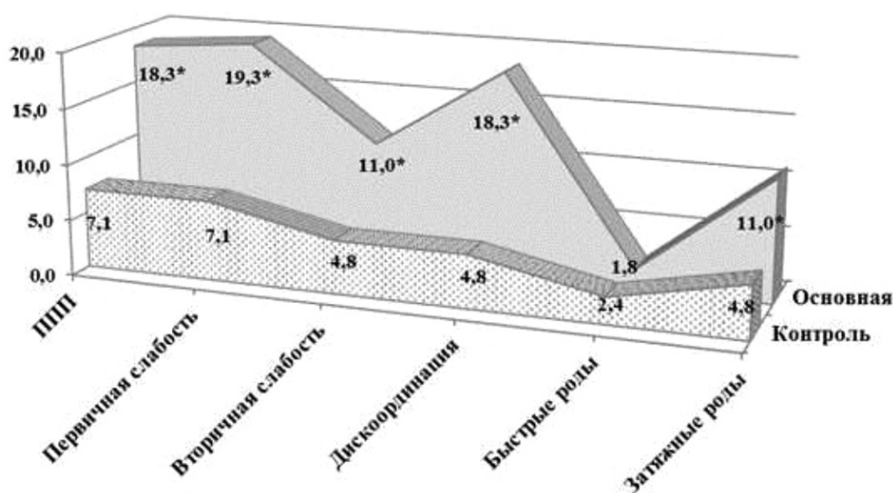


Рис. 2. Частота аномалий родовой деятельности ($M \pm m$ %).

Примечание: * – достоверное отличие от группы контроля при $p < 0,05$

Проведенное исследование показало увеличение частоты осложнений в родах у пациенток основной группы. Так, в данной группе родовой процесс осложнялся достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в группе контроля, развитием патологии родовой деятельности. Наиболее часто наблюдались дискоординация – в 3,8 раза, первичная слабость родовых сил – в 2,7 раза, патология прелиминарного периода – в 2,6 раза, вторичная слабость родовых сил и затяжные роды – в 2,3 раза. В контрольной группе в 1,3 раза чаще отмечались быстрые роды, но без достоверного различия с основной группой (рис. 2).

Наиболее характерной особенностью осложненного течения родов у пациенток основной группы явились гипертензивные нарушения в родах, которые наблюдались достоверно ($p < 0,05$) в 4,2 раза чаще, чем в группе контроля; дородовое излитие око-

лоплодных вод встречалось в 3,8 раз чаще, внутриутробная гипоксия плода – в 3,1 раза чаще (рис. 3).

Плотное прикрепление плаценты и преждевременная отслойка плаценты наблюдались только у пациенток основной группы.

Число осложнений на 1 женщину в основной группе составило 0,82, в группе контроля – 0,21, что превышало значение в основной группе в 3,9 раза.

Проведенное исследование показало негативное влияние сочетания экстрагенитальных заболеваний и урогенитальной инфекции на течение родового процесса.

Выводы

1. У пациенток основной группы чаще, чем в контроле, происходят преждевременные, оперативные и затяжные роды (в 3,1, 1,8 и 2,3 раза соответственно, $p < 0,05$).

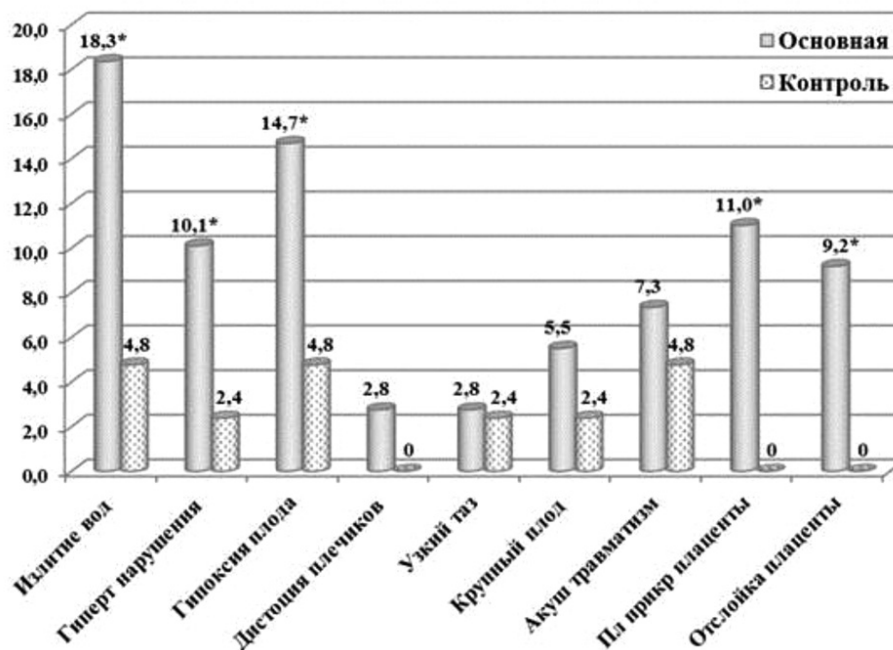


Рис. 3. Частота развития осложнений в родах ($M \pm m \%$).
Примечание: * – достоверное отличие от группы контроля при $p < 0,05$

2. У пациенток основной группы чаще, чем в контроле, наблюдаются патология прелиминарного периода – в 2,6 раза, первичная и вторичная слабость родовых сил – в 2,7 и 2,3 раза соответственно, дискоординированная родовая деятельность – в 3,8 раза ($p < 0,05$).

3. У пациенток основной группы в родах достоверно ($p < 0,05$) чаще наблюдались гипертензивные нарушения (в 4,2 раза), преждевременное излитие околоплодных вод (в 3,8 раза), гипоксия плода (в 3,1 раза). Плотное прикрепление плаценты и преждевременная отслойка плаценты имели место только у пациенток основной группы.

Список литературы

1. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях // Библиотека врача-специалиста. М.: жГЭОТАР-Медиа, 2009. 464 с.

2. Баринов С.В. Интенсивная терапия тяжелых акушерских осложнений и профилактика материнской смертности

в условиях крупного региона Западной Сибири: автореф. дис. ... докт. мед. наук. Челябинск, 2004. 43 с.

3. Апресян С.В. Гестационные осложнения и пути их профилактики у женщин с экстрагенитальными заболеваниями: автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2012. 47 с.

4. Репина М.А. Экстрагенитальные заболевания в структуре материнской смертности Санкт-Петербурга // Журнал акушерства и женских болезней. 2015. Т. LXIV. № 2. С. 92–96.

5. Вартапетова Н.В. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем – приоритетная задача современного здравоохранения // Андрология и генитальная хирургия. 2010. № 4. С. 65–68.

6. Тютюнник В.Л., Кан Н.Н., Ломова Н.А., Меджидова М.К. Терапия урогенитальных инфекций в период беременности // Медицинский совет. 2017. № 2. С. 62–65.

7. Mendz G.L., Kaakoush N.O., Quinlivan J.A. Bacterial aetiological agents of intraamniotic infections and preterm birth in pregnant women. Front. Cell. Infect. Microbiol. 2013. № 3. P. 58.

8. Занько А.С., Арестова И.М., Баркун Г.К. Структура акушерских и перинатальных осложнений у беременных с урогенитальным микоплазмозом // Охрана материнства и детства. 2011. № 2 (18). С. 25–31.

9. Орозова Ч.А., Калканбаева Ч.К. Течение родов и послеродового периода у пациенток с воспалительными заболеваниями репродуктивной системы // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2017. № 4. С. 137–140.