

факторы риска, которые возможно скорректировать с помощью медикаментозных препаратов, применяющихся для местной санации. К числу таких факторов риска относятся жалобы на бели, смещение pH влагалищного отделяемого в щелочную сторону. В соответствии с данными, указанными в патенте РФ № 2572340, влагалищные бели вносят вклад в суммарные значения риска в размере 0,118, щелочная среда влагалищного отделяемого – 0,383. Таким образом, добившись исчезновения данных факторов посредством назначения комбинированного препарата местного действия, можно снизить суммарный риск развития дисплазии шейки матки на 0,501, что особенно весомо для пациенток, находящихся в группе среднего риска с числовыми значениями, приближенными к 1, для перехода в группу низкого риска.

После курса лечения продолжительностью 9 дней препаратом Эльжина® были проведены повторное обследование и работа с «Программой...». В сравнении с первым этапом были получены следующие результаты: в группе низкого риска развития интраэпителиальной неоплазии оказалось 178 пациенток (86,13%), средний риск был получен у 29 женщин, что составило 23,87%, результаты, характерные для группы высокого риска, не были получены ни на первом, ни на втором этапе исследования. Таким образом, из группы среднего в группу низкого риска переместились 27 женщин, обратного явления не наблюдалось. Из 27 женщин у 19 снижение суммарного риска произошло за счет исчезновения белей и нормализации pH, у 8 – за счет исчезновения белей при сохранении щелочных значений pH. Кроме того, у 100% обследуемых произошло улучшение кольпоскопической картины после применения препарата: не наблюдалось неж-

ных патологических изменений и кровоточивости при контакте с инструментом, в 9,7% случаев йоднегативная зона при кольпоскопии определялась в меньшем объеме.

### Выводы

1. У всех женщин, находящихся на первом этапе в группе среднего риска, после применения препарата Эльжина® жалобы на бели исчезли, что говорит о высокой эффективности препарата в лечении вагинита.

2. У всех обследуемых отмечалось улучшение кольпоскопической картины в виде уменьшения явлений сосудистой реакции, уменьшения объема йоднегативной зоны, исчезновения нежных патологических изменений, что свидетельствует о возможности назначения препарата для подготовки к кольпоскопическому исследованию.

3. Снижение суммарных значений риска развития диспластической патологии шейки матки после применения препарата Эльжина® возможно благодаря исчезновению жалоб на бели (риск снижается на 0,118) и нормализации pH влагалищного отделяемого (возможно снижение риска на 0,383). Таким образом, при лечении вагинита у женщины препаратом Эльжина® существует возможность параллельно снизить риск развития диспластической патологии шейки матки.

С учетом соответствия полученных результатов поставленным задачам, высокой эффективности препарата, позитивного опыта препарат Эльжина® рекомендован к назначению как для лечения вагинитов, так и с целью снижения риска развития диспластической патологии шейки матки на этапе постскрининговых мероприятий.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

## Роль прегравидарной подготовки в улучшении перинатальных исходов у женщин с воспалительными заболеваниями половых путей

Профессор К.А. Хадарцева, Р.К. Кузибаева

ФГБОУ ВО «Тюльский государственный университет»

### РЕЗЮМЕ

Инфекции занимают значительное место в структуре гинекологической заболеваемости. Даже после проведения адекватной антибактериальной терапии возможно развитие серьезных осложнений, в их числе бесплодие, хроническая тазовая боль, пельвиоперитонит и развитие таких серьезных осложнений беременности, как преждевременные роды. В этой связи с особой актуальностью встает вопрос не только об оптимизации лечения воспалительных заболеваний половых путей, но и о разработке адекватной программы прегравидарной подготовки для группы женщин с этими заболеваниями.

**Цель исследования:** изучение влияния прегравидарной подготовки на перинатальные исходы у женщин, перенесших воспалительные заболевания половых путей.

**Материал и методы:** проведено проспективное когортное исследование «случай – контроль», в которое включены 167 женщин репродуктивного возраста. В I группу (n=85) включены пациентки, которым проводилась прегравидарная подготовка, во II группу (n=82) – женщины, не прошедшие подготовку перед беременностью. Группы были сопоставимы как по количеству и исходам предыдущих беременностей, так и по наличию инфекционно-воспалительных заболеваний половых путей в анамнезе (p>0,05).

**Результаты:** проведение прегравидарной подготовки у женщин, перенесших воспалительные заболевания половых органов, позволяет снизить риск воспалительных и инфекционных заболеваний урогенитального тракта во время беременности, угрозы прерывания беременности в I три-

местре (отношение шансов (ОШ) = 4,38, 95% доверительный интервал (ДИ) = [1,87; 9,49],  $p=0,001$ ), угрожающих преждевременных родов (ОШ = 10,76 при 95% ДИ = [3,74; 26,16],  $p=0,000$ ), укорочения шейки матки менее 25 мм (ОШ = 3,22 при 95% ДИ = [1,35; 7,15],  $p=0,010$ ), анемии беременных (ОШ = 2,51 при 95% ДИ = [1,08; 5,54],  $p=0,045$ ) и преждевременных родов (ОШ = 6,63 при 95% ДИ = [1,42; 30,95],  $p=0,015$ ). В группе женщин, не получивших прегравидарную подготовку, вес новорожденного был значимо ниже, чем в I группе ( $p<0,005$ ).

**Заключение:** полученные в результате исследования данные убедительно доказывают, что прегравидарная подготовка женщин, перенесших воспалительные заболевания половых органов, уменьшает частоту развития осложнений в период беременности и родов.

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания половых органов, прегравидарная подготовка, беременность, осложнения, преждевременные роды.

**Для цитирования:** Хадартцева К.А., Кузибаева Р.К. Роль прегравидарной подготовки в улучшении перинатальных исходов у женщин с воспалительными заболеваниями половых путей // РМЖ. 2017. № 26. С. 1934–1937.

## ABSTRACT

The role of pregravid preparation in improving perinatal outcomes in women with inflammatory diseases of the genital tract

Khadartseva K.A., Kuzibaeva R.K.

Tula State University

*Infections play a significant role in the structure of gynecological diseases. Serious complications may develop even after proper antibacterial therapy, and may include infertility, chronic pelvic pain, pelvic peritonitis and the development of such serious complications of pregnancy as premature birth. In this connection, the topical issue concerns not only optimizing the treatment of inflammatory diseases of the genital tract, but also the development of an adequate program of pregravid preparation for this group of women.*

**Aim:** to study the effect of pregravid training on perinatal outcomes in women who have had inflammatory diseases of the genital tract.

**Patients and methods:** a prospective cohort «case-control» study was conducted, it included 167 women of reproductive age. Group I ( $n = 85$ ) included patients who underwent pregravid preparation, group II ( $n = 82$ ) included women who had not been trained before pregnancy. The groups were comparable both in the number and outcome of previous pregnancies, and in the presence of infectious-inflammatory diseases of the genital tract in the anamnesis ( $p > 0.05$ ).

**Results:** pregravid preparation in women with inflammatory diseases of the genitals allows to reduce the risk of inflammatory diseases and infection of the urogenital tract during pregnancy, the threatening miscarriage in the first trimester (odds ratio (OR) = 4.38, 95% confidence interval (CI) = [1,87; 9,49],  $p = 0,001$ ), threatening premature birth (OR = 10.76 at 95% CI = [3.74, 26.16],  $p = 0.000$ ), shortening of the cervix less than 25 mm (OR = 3.22, 95% CI = [1.35, 7.15],  $p = 0.010$ ), anemia of pregnant women (OR = 2.51 at 95% CI = [1.08, 5.54],  $p = 0.045$ ) and premature birth (OR = 6.63 at 95% I = [1.42, 30.95],  $p = 0.015$ ). In the group of women who did not have pregravid preparation, the weight of the newborn was significantly lower than in group I ( $p < 0.005$ ).

**Conclusion:** the data obtained as a result of the research convincingly prove that the pregravid preparation of women who have had inflammatory diseases of the genital tract reduces the incidence of complications during pregnancy and childbirth.

**Key words:** inflammatory diseases of genital organs, pregravid preparation, pregnancy, complications, premature birth.

**For citation:** Khadartseva K.A., Kuzibaeva R.K. The role of pregravid preparation in improving perinatal outcomes in women with inflammatory diseases of the genital tract // RMJ. 2017. № 26. P. 1934–1937.

## Введение

Инфекции занимают значительное место в структуре гинекологической заболеваемости. Даже после проведения адекватной антибактериальной терапии возможно развитие серьезных осложнений, в их числе бесплодие, хроническая тазовая боль, пельвиоперитонит и др. [1–5]. Особого внимания заслуживает реализация репродуктивной функции у этих пациенток. С одной стороны, воспалительные заболевания женской репродуктивной системы повышают риск бесплодия, с другой стороны, во многом определяют развитие серьезных осложнений беременности, среди которых особая роль принадлежит преждевременным родам (ПР) и рождению детей с низким весом [6–8]. Дисбиоз влагалища и атипичная микрофлора уrogenитального тракта повышают риск спонтанных ПР почти в 3 раза [1, 9–11]. Это связано с тем, что основной общепринятой причиной ПР являются инфекции.

При обнаружении возбудителей воспалительных заболеваний женских половых органов требуется подбор индивидуальной программы лечения с учетом чувствительности к выделенным микроорганизмам, такой подход позволит снизить репродуктивные потери [2, 3, 12–15].

Прегравидарная подготовка включает дотации витаминов и микроэлементов в составе некоторых поливитаминов-

но-минеральных комплексов в прекоцепционный период и во время гестации [4, 9, 13, 16]. Доказана роль прегравидарной подготовки в снижении частоты пороков развития, в частности дефектов невральнoй трубки.

В этой связи с особой актуальностью встает вопрос не только оптимизации лечения воспалительных заболеваний половых путей, но и разработки адекватной программы прегравидарной подготовки для этой группы женщин.

**Цель исследования:** изучение влияния прегравидарной подготовки на перинатальные исходы у женщин, перенесших воспалительные заболевания половых путей.

## Материал и методы

Проведено проспективное когортное исследование «случай – контроль», в которое включены 167 женщин репродуктивного возраста.

**Критерии включения:** хронические воспалительные заболевания органов малого таза и нижних половых путей вне обострения в течение 6 мес. до планирования беременности, информированное согласие на участие в исследовании.

**Критерии исключения:** экстрагенитальная патология в тяжелой форме; замершая беременность в анамнезе; пороки развития женской половой системы; вспомогательные репродуктивные технологии.

В I группу (n=85) были включены пациентки, которым проводилась предгравидарная подготовка, во II группу (n=82) – женщины, не проходившие предварительную подготовку к беременности. В таблице 1 представлена клиническая характеристика пациенток, включенных в исследование.

Исходя из данных, представленных в таблице 1, видно, что состав пациенток был однороден как по количеству и исходам предыдущих беременностей, так и по наличию инфекционно-воспалительных заболеваний половых путей в анамнезе ( $p > 0,05$ ).

Курс прегравидарной подготовки составлял 6 мес. и включал в себя комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий:

- идентификацию инфекционного агента микрофлоры влагалища и цервикального канала, определение его чувствительности к антибиотикам;
- нормализацию микрофлоры влагалища;
- при необходимости санацию мочеполовой системы;
- санацию очагов инфекции экстрагенитальной локализации;
- обследование и, при необходимости, лечение супруга.

Всем женщинам на консультативном акушерском приеме назначались витаминно-минеральный комплекс (ВМК) и фолиевая кислота 400 мг/сут в течение 3 мес. При выявлении анемии беременные получали антианемическую терапию препаратами железа в течение 1 мес. Также женщины получали курс полиненасыщенных жирных кислот  $\omega$ -3 по 1 капсуле в день в течение 3 мес. После прегравидарной подготовки у 35,3% (n=30) наблюдаемых пациенток беременность наступила в течение последующих 2 мес. У 64,7% женщин (n=55) после прегравидарной подготовки беременность наступила в течение 3 мес. На протяжении всей беременности женщины I группы продолжали прием ВМК и препаратов полиненасыщенных жирных кислот.

Обследование во время беременности проводилось согласно приказу МЗ РФ № 572н от 1 ноября 2012 г. «Об

утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». В исследовании были использованы бактериоскопический и бактериологический методы исследования: исследование мазков, окрашенных по Граму, культуральное исследование – посев на 5% кровяной агар, среды Эндо, посев на жидкие и твердые питательные среды Сабуро с количественной характеристикой и видовой идентификацией (исследование проводилось в лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Тульской области»; ПЦР – для выявления *Chlamydia trachomatis* и *Mycoplasma genitalium* (исследование проводилось в лаборатории ГУЗ «Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер»).

Дополнительно всем беременным проводилось трансвагинальное измерение длины шейки матки, выявлялись ее структурные изменения. На сроке 18–20 нед. после проведения трансвагинального ультразвукового исследования (УЗИ) и выявления короткой шейки матки (менее 25 мм) пациенткам назначали вагинальный прогестерон в дозе 200 мг до 34 нед.

С каждой беременной перед началом исследования проводилась подробная беседа о проводимом исследовании и лечении, подписывалось информированное согласие.

**Статистическая обработка** осуществлялась с помощью пакетов статистических программ «MS Office Excel 2010», «Биостатистика», «Statistica 10.0», «SPSS 16.0 for Windows» с дальнейшим анализом полученных данных, использованием параметрических и непараметрических методов одномерной и многомерной статистики. В качестве параметрического статистического критерия достоверности различий использовался парный t-критерий Стьюдента, различия сравниваемых показателей в зависимой выборке принимались за достоверные при достижении уровня значимости  $p < 0,05$ . Для независимых групп исследования использовался двухвыборочный критерий Вилкоксона – Манна – Уитни ранговых сумм с уровнем значимости  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

У пациенток на этапе подготовки к беременности были выявлены следующие отклонения во флоре влагалища и шейки матки (таб. 2). Все пациентки получали лечение, соответствующее обнаруженной патологии, по результатам были проведены контрольные исследования.

В I группе женщин осложнения I триместра наблюдались значительно реже, чем во II группе, однако уровень значимости  $p < 0,05$  был достигнут по угрозе невынашивания беременности. Риск появления этого осложнения в I триместре беременности при отсутствии прегравидарной подготовки возрастает в 4 раза: отношение шансов (ОШ)=4,38 при 95% доверительном интервале (ДИ) = [1,87; 9,49],  $p = 0,001$ .

Во II триместре беременности на сроках 18–20 нед. укорочение шейки матки менее 25 мм по данным трансвагинального УЗИ чаще наблюдалось у беременных II группы ( $p < 0,01$ ). Риск выявления этой патологии у женщин, не получавших прегравидарную подготовку, был выше в 3 раза, чем в группе I: ОШ = 3,22 при 95% ДИ = [1,35; 7,15],  $p = 0,010$ .

Клиника угрозы прерывания беременности и угрожающих ПР также превалировала у женщин II группы и пре-

**Таблица 1. Клиническая характеристика обследованных (n=167)**

Параметры		Основная группа (n=85)		Контрольная группа (n=82)	
		Абс.	%	Абс.	%
Возраст, лет (M±m)		24,9±0,25		25,3±0,36	
Наличие беременностей в анамнезе		32	37,6	29	35,4
Исходы беременностей:	нормальные срочные роды	15	46,9	13	44,8
	срочные патологические роды	2	6,3	2	6,9
	преждевременные роды	1	3,1	0	0
	самопроизвольные выкидыши	5	15,6	4	13,8
	медикаментозные аборт	9	28,1	10	34,5
Воспалительные заболевания половых путей в анамнезе:	острый и хронический сальпингит и оофорит	42	49,4	39	47,6
	острый и хронический эндометрит	15	17,6	18	21,9
	экто-/эндоцервицит	13	15,3	10	12,2
	вагинит	8	9,4	11	13,4

**Таблица 2. Характеристика микробной флоры половых органов у пациенток с хроническими инфекционными заболеваниями половых путей**

Инфекции, передающиеся половым путем, и возбудители инфекционных заболеваний органов малого таза		I группа				II группа (n=82)	
		До лечения (n=85)		После прегравидарной подготовки (n=85)		Абс.	%
		Абс.	%	Абс.	%		
Грамотрицательные бактерии	<i>Escherichia coli</i>	16	18,8 <sup>1</sup>	3	3,51,6	14	17,1 <sup>6</sup>
Грамположительные кокки	<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	0	0	1	1,2
	<i>Streptococcus agalactiae</i>	1	1,2	0	0	0	0
	<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	6	7,1	1	1,2	5	6,1
	<i>Staphylococcus aureus</i>	1	1,2	0	0	2	2,4
	<i>Enterococcus faecalis</i>	1	1,2	0	0	0	0
Грибы	<i>Candida albicans</i>	7	8,2 <sup>2</sup>	1	1,2 <sup>2,7</sup>	8	9,8 <sup>7</sup>
Микоплазмы	<i>Mycoplasma genitalium</i>	2	2,4	0	0	4	4,8
	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	3	3,5	0	0	5	6,1
Возбудители бактериального вагиноза	<i>Gardnerella vaginalis</i>	15	17,6 <sup>3</sup>	4	4,7 <sup>3,8</sup>	17	20,7 <sup>8</sup>
	<i>Mobiluncus spp.</i>	3	3,6	0	0	2	2,4
	<i>Corynebacterium urealyticum</i>	6	7,1 <sup>4</sup>	0	0 <sup>4</sup>	5	6,1
Другие	<i>Chlamydia trachomatis</i>	1	1,2	0	0	0	0
	<i>Trichomonas vaginalis</i>	0	0	0	0	1	1,2
<b>Всего:</b>		<b>62</b>	<b>72,9<sup>5</sup></b>	<b>9</b>	<b>10,6<sup>5,9</sup></b>	<b>64</b>	<b>78,0<sup>9</sup></b>

Примечание: <sup>1</sup> – выявлены достоверные различия до лечения и после при  $p=0,0015$ ;

<sup>2</sup> – выявлены достоверные различия до лечения и после при  $p=0,0311$ ;

<sup>3</sup> – выявлены достоверные различия до лечения и после при  $p=0,0075$ ;

<sup>4</sup> – выявлены достоверные различия до лечения и после при  $p=0,0124$ ;

<sup>5</sup> – выявлены достоверные различия до лечения и после при  $p=0,0000$ ;

<sup>6</sup> – выявлены достоверные различия в I и во II группе при  $p=0,0037$ ;

<sup>7</sup> – выявлены достоверные различия в I и во II группе при  $p=0,0142$ ;

<sup>8</sup> – выявлены достоверные различия в I и во II группе при  $p=0,0018$ ;

<sup>9</sup> – выявлены достоверные различия в I и во II группе при  $p=0,0000$ .

вышла показатель в I группе почти в 7 раз ( $p<0,05$ ). Вероятность развития данной патологии среди женщин, не получавших прегравидарную подготовку, почти в 11 раз больше, чем в группе исследования: ОШ = 10,76 при 95% ДИ = [3,74; 26,16],  $p=0,000$ .

Следует отметить, что из других заболеваний во II группе анемия беременных наблюдалась чаще на 13,4%, чем в группе I ( $p<0,05$ ), причем прегравидарная подготовка снижает риск развития анемии в 2,5 раза: ОШ = 2,51 при 95% ДИ = [1,08; 5,54],  $p=0,045$ . Такие осложнения, как пиелонефрит беременных, плацентарная недостаточность, многоводие, маловодие и синдром задержки роста плода численно превалировали в группе беременных, не получавших прегравидарную подготовку, однако разница оказалась статистически недостоверна ( $p>0,05$ ).

Нами были проанализированы исходы родов в группах исследования. Установлено, что роды в сроке 37–42 нед. наблюдались у 83 (97,6%) женщин I группы и у 71 (86,6%) женщины II группы ( $p<0,05$ ).

ПР у наблюдаемых беременных отмечались в 8% (13/163) случаев, причем срок беременности колебался от 34 до 37 нед. Сверхранные ПР не наблюдались. Выявлены достоверные различия по частоте ПР: в группе женщин, получавших прегравидарную подготовку, частота ПР была значимо ниже (2,4%), чем в контрольной группе (13,9%,  $p=0,0068$ ). Риск ПР в группе прошедших прегравидарную подготовку почти в 7 раз ниже, чем в контрольной группе: ОШ = 6,63 при 95% ДИ = [1,42; 30,95],  $p=0,015$ .

Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения чаще выполнялось во II группе – в 15,1% случаев, в I группе – в 8,3%, однако достоверных различий установлено не было ( $p>0,05$ ).

Все роды закончились рождением живых детей ( $n=163$ ). В I группе средняя масса тела новорожденного составила  $3300\pm 200$  г – от 2000 до 4100 г. Оценка по шкале Апгар – 6/7–8/9 баллов. Один новорожденный (0,6%) с массой тела 2000 г был переведен на второй этап выхаживания. Во II группе средняя масса новорожденного составила  $3000\pm 200$  г – от 1900 до 3900 г. Оценка по шкале Апгар – 6/6–8/9 баллов. Были выявлены достоверные различия по средней массе тела новорожденного, в группе женщин, не получивших прегравидарную подготовку, вес новорожденных был значимо ниже, чем в I группе ( $p<0,005$ ).

В исследуемых группах перинатальная смертность не отмечалась.

### Заключение

Проблема невынашивания беременности, в частности ПР, определяется ее полиэтиологичностью и отсутствием универсальных подходов к профилактике. Известно, что ведущую роль при ПР играют инфекционные факторы. Полученные в результате исследования данные убедительно доказывают, что прегравидарная подготовка женщин, перенесших воспалительные заболевания половых путей, уменьшает частоту развития осложнений в период беременности и родов, достоверно реже регистрируется угроза прерывания беременности в I триместре, угроза ПР, ниже частота выявления короткой шейки матки, анемии беременных. Представленная программа прекоцепционной подготовки должна рассматриваться как эффективный метод снижения числа акушерских и перинатальных осложнений в группе женщин с воспалительными заболеваниями половых путей.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>