

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Санталова М. А., Лосева Н. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Т. Н. Захаренкова*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным ВОЗ, каждый день в мире регистрируется более 1 млн случаев инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Подсчитано, что каждый год у 131 млн человек в мире регистрируется хламидиоз, у 78 млн — гонорея, и у 12 млн — сифилис [1].

Согласно данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь за последние семь лет в Беларуси почти в два раза уменьшилось количество заболевших сифилисом. Несмотря на это Гомельская область занимает лидирующее место по заболеваемости сифилисом (179 случаев), меньше всего в Брестской области (65 случаев) [2].

Сифилитическая инфекция, перенесенная как во время, так и до беременности, отрицательно влияет на состояние фетоплацентарного комплекса. Наиболее выраженные изменения фетоплацентарной системы характеризуются нарушением маточно-плацентарно-плодового кровотока, снижением продукции околоплодных вод, гипоксией плода и задержкой его внутриутробного развития. Новорожденные, матери которых перенесли сифилис, относятся к группе риска по нарушению постнатальной адаптации, проявляющейся церебральной ишемией 1–2 степени, синдромом дыхательных расстройств и кожно-геморрагическим синдромом [3].

Цель

Определить влияние ранее перенесенного сифилиса на течение последующей беременности.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось ретроспективно, путем анализа данных, полученных при изучении историй родов пациенток, родоразрешенных в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» и УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» с января 2012 по сентябрь 2017 гг. Основную группу составили женщины с перенесенным сифилисом ($n = 48$), группу сравнения — женщины без данного заболевания в анамнезе ($n = 50$). Статистический анализ полученных данных проводила с помощью программы «Statistica» 10.0. В выборках с ненормальным распределением данные представлены в виде медианы и 25-го и 75-го перцентилей (Me (25; 75)). Качественные показатели представлены в виде абсолютного числа наблюдений доли (p) и ошибки доли ($P \pm sp\%$) от общего числа пациентов. Сравнение качественных признаков проводила с использованием критерия χ^2 , для малых выборок — с помощью точного критерия Фишера (P). Статистически значимыми считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Медиана возраста пациенток в основной группе составила 29 (24; 34) лет, в группе сравнения — 27,5 (23; 30) лет, что не имело статистически значимой разницы. Нами были получены статистические различия при сопоставлении паритета беременности и родов: в основной группе достоверно чаще были повторнородящие женщины — 40 ($83,3 \pm 5,4\%$) против 29 ($58 \pm 7\%$) в группе сравнения ($\chi^2 = 6,4$; $p = 0,01$).

Анализируя акушерский анамнез в обеих группах установлено, что в основной группе значимо чаще предыдущие беременности прерывались медицинским абортom: 15 ($31 \pm 6,7\%$) прерываний, контрольная — 6 прерываний ($12 \pm 4,6\%$) ($\chi^2 = 4,3$; $p = 0,04$). Не имели статистически значимой разницы — самопроизвольное прерывание беременности 3 ($6,3 \pm 3,5\%$) женщи-

ны в основной и 4 ($8 \pm 3,8 \%$) женщины в группе контроля ($P = 1$), неразвивающаяся беременность у 3 ($6,3 \pm 3,5 \%$) женщин основной группы и у 2 ($4 \pm 2,8 \%$) — группы контроля ($P = 0,7$).

Оценка гинекологической патологии показала, что эктопия цилиндрического эпителия шейки в основной группе наблюдалась у 8 женщин ($16,6 \pm 5,4 \%$), в группе сравнения — у 14 ($28 \pm 6,4 \%$) женщин ($\chi^2 = 1,2$; $p = 0,3$), миома матки встречалась у 12 женщин ($25 \pm 6,3 \%$) основной группы, у 13 ($26 \pm 6,2 \%$) женщин группы сравнения ($\chi^2 = 0,01$; $p = 0,9$), вагинальный кандидоз наблюдался у 5 ($10,4 \pm 4,4 \%$) женщин основной группы и у 2 ($4 \pm 2,8 \%$) женщин группы сравнения ($P = 0,3$), что не составило статистически значимой разницы между группами.

При анализе экстрагенитальной патологии статистически значимой разницы получено не было (таблица 1).

Таблица 1 — Особенности соматического анамнеза, n ($P \pm Sp$, %)

Показатель	Основная группа (n = 48)	Контрольная группа (n = 50)	Уровень значимости (χ^2 ; p; P)
Миопия слабой степени	14 ($29 \pm 6,6 \%$)	18 ($36 \pm 6,8 \%$)	$\chi^2 = 0,3$; p = 0,6
Хронический тонзиллит	5 ($10 \pm 4,4 \%$)	7 ($14 \pm 4,9 \%$)	P = 0,8
Хронический гастрит	8 ($16,6 \pm 5,4 \%$)	6 ($12 \pm 4,6 \%$)	P = 0,5
Мочекаменная болезнь	3 ($6,3 \pm 3,5 \%$)	5 ($10 \pm 4,2 \%$)	P = 0,7
Очаговый tbs	6 ($12,5 \pm 4,8 \%$)	4 ($8 \pm 3,8 \%$)	P = 0,5

Данные, приведенные в таблице 2, отражают различия между группами по течению настоящей беременности. У женщин основной группы статистически значимо чаще, чем в группе сравнения беременность осложнялась преэклампсией умеренной степени ($12,5 \%$) и развитием хронической плацентарной недостаточности ($27,8 \%$).

Таблица 2 — Особенности течения беременности, n ($P \pm Sp$, %)

Показатель	Основная группа (n = 48)	Контрольная группа (n = 50)	Уровень значимости (χ^2 ; p; P)
ОРВИ	30 ($62,5 \pm 7 \%$)	22 ($44 \pm 7 \%$)	$\chi^2 = 2,7$; p = 0,1
Анемия легкой степени	19 ($39,6 \pm 7,1 \%$)	18 ($36 \pm 6,8 \%$)	$\chi^2 = 0,02$; p = 0,8
Кольпит	14 ($29,2 \pm 6,6 \%$)	15 ($30 \pm 6,5 \%$)	$\chi^2 = 0,02$; p = 0,9
Преэклампсия умеренной степени	6 ($12,5 \pm 4,8 \%$)	1 ($2 \pm 2 \%$)	P = 0,05
Угрожающий выкидыш	13 ($27 \pm 6,4 \%$)	10 ($20 \pm 5,7 \%$)	$\chi^2 = 0,4$; p = 0,6
Угрожающие преждевременные роды	9 ($18,8 \pm 5,7 \%$)	10 ($20 \pm 5,7 \%$)	P = 1
ХПН	13 ($27 \pm 6,4 \%$)	5 ($10 \pm 4,2 \%$)	P = 0,04
Маловодие	6 ($12,5 \pm 4,8 \%$)	2 ($4 \pm 2,8 \%$)	P = 0,1

Выводы

1. Несмотря на практически одинаковый возраст женщины основной группы статистически значимо чаще были повторнородящими 40 ($83,3 \pm 5,4 \%$) женщин из 48, либо имели в анамнезе медицинский аборт — 15 ($31 \pm 6,7 \%$) прерываний.

2. Беременность женщин, имевших сифилитическую инфекцию в анамнезе, статистически значимо чаще осложнялась преэклампсией умеренной степени ($12,5 \%$) и развитием хронической плацентарной недостаточности ($27,8 \%$).

3. Беременных женщин с указанием на сифилис в анамнезе следует отнести в группу высокого риска по развитию фетоплацентарной недостаточности с последующей выработкой индивидуального плана ведения беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемиология сифилиса в современных условиях / Н. Н. Потекаев [и др.] // Клин. дермат. и венерология. — 2015. — № 14(1). — С. 22–34.
2. Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/>. — Дата доступа: 12.03.2018.
3. Кострова, Е. Б. Состояние фетоплацентарной системы у женщин перенесших сифилис: автореф. дис.: 14.00.01 / Е. Б. Кострова; ГОУ ВПО Смолен. гос. мед. академия. — Смоленск, 2005. — 22 с.