

УДК 618.346-008-022:618.15-002

**ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА ИНФИЦИРОВАНИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД
НА ФОНЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВАГИНИТА**

Кругликова А. В.

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

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

Введение

По данным мировой статистики до 5–18 % беременностей заканчиваются преждевременными родами (ПР). Это основная причина перинатальной смертности и вторая причина смерти детей в возрасте до 5 лет [1]. Инфекционно-воспалительный фактор занимает первое место (40 %) среди причин ПР [2].

По данным литературы, урогенитальные инфекции ассоциированы с угрозой прерывания беременности у 64 % женщин, гипоксией и (или) задержкой роста плода (ЗРП) — у 35 %, много- или маловодием — у 32 %, при этом у 38 % родились дети с клиническими проявлениями внутриутробной инфекции (ВУИ). Инфицирование амниотической полости у беременных с урогенитальной инфекцией наиболее часто происходит восходящим путем на фоне инфекций урогенитального тракта [3].

ВУИ не всегда имеет клинические проявления, но может приводить к серьезным осложнениям как у матери, так и у плода [4].

Молекулярно-микробиологические методы, применяемые в последнее время, показали, что микроорганизмы в амниотической полости могут находиться не только в свободном виде, но и расти в сообществах, называемых биопленками, располагающихся на поверхности амниотического эпителия. Микробные биопленки в амниотической полости определяют в виде скопления плотного эхопозитивного осадка, расположенного пристеночно в нижнем полюсе плодного пузыря у внутреннего зева шейки матки, получили название «сладжа». Было показано, что «сладж» в околоплодных водах свидетельствует об их инфицировании, наличии гистологического хориоамнионита и высоком риске развития ВУИ у новорожденного [3].

Общепринятое мнение состоит в том, что при наличии истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) ВУИ не поддаются успешному лечению. Тем не менее, последние исследования говорят о том, что ВУИ может быть вылечена применением антибактериальных препаратов [5]. Кроме того, существуют данные, указывающие на преимущественную ассоциацию «сладжа» с короткой шейкой матки, выполнением хирургического серкляжа при ИЦН и ПР. Причем отмечено снижение риска ПР у беременных, получивших антибактериальную терапию (OR 0,2; 95 % ДИ 0,04–0,92) [6].

Цель

Провести анализ тактики ведения клинического случая беременности, осложненной синдромом инфицирования околоплодных вод во II триместре на фоне рецидивирующего вагинита, которая привела к успешному пролонгированию и завершению беременности в срок.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ обменной карты, выписных эпикризов, истории родов пациентки Т., 30 лет, которая находилась на лечении в учреждениях здравоохранения г. Гомеля в 2021 г. с первой беременностью, протекав-

шей на фоне рецидивирующего вагинита, начиная с I триместра, осложненной в последующем ИЦН с пролабированием плодного пузыря, интраамниальной инфекцией во II триместре.

Результаты исследования и их обсуждение

Акушерско-гинекологический анамнез. Менархе в 12 лет, менструальный цикл регулярный через 30 дней, менструации по 5 дней, обильные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет. Из соматических заболеваний - аутоиммунный тиреодит, эутиреоз. В 2008 г. выполнена секторальная резекция по поводу фиброаденомы правой молочной железы. Гинекологический анамнез отягощен: в 2017 г. сделана радиоволновая круговая биопсия шейки матки по поводу CIN I. В 2019 г. по поводу полипа эндометрия проведена гистерорезектоскопия с полипэктомией. По данным УЗИ обнаружена функциональная киста правого яичника. Первичное бесплодие в течение 2 лет. Настоящая беременность наступила спонтанно без вмешательств. Была поставлена на учет в женской консультации на сроке 6–7 недель.

При первичном обследовании несмотря на микроскопию мазка на флору без патологии (4–6 лейкоцитов в поле зрения, палочковая флора), бактериологическим методом из влагалища получен массивный рост *E. coli* чувствительной к гентамицину, меропенему, амикацину, полимиксину и устойчивой к амоксициллину/клавулановой кислоте, ципрофлоксацину, цефтриаксону, ампициллину. Выставлен диагноз вульвовагинит, в связи с которым пациентка получала местное лечение амбулаторно хлоргексидином в течение 10 дней по 1 свече.

На сроке 16–17 недель пациентка госпитализирована с признаками угрожающего позднего выкидыша. При УЗ-цервикометрии внутренний зев V-образной формы, раскрытие до 9 мм, цервикальный канал не расширен, длина сомкнутой части шейки матки — 30 мм). Наблюдаются нормальные показатели в анализе мазка на флору. Посев из влагалища на флору с чувствительность к антибиотикам роста не дал. В общем анализе мочи лейкоциты 6–8, слизь, незначительное количество бактерий. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — 3×10^6 /л, антибактериальное лечение не проводилось. ИЦН была скорректирована акушерским пессарием.

В сроке 20,4 недели проведено УЗИ, по результатам которого была выявлена низкая плацентация (край плаценты на 2,5 см выше внутреннего зева) и прогрессирование ИЦН с укорочением шейки матки до 15 мм на фоне акушерского разгружающего пессария.

На сроке 22,4 недели — экстренная госпитализация. По результатам УЗИ длина сомкнутой части шейки матки 5 мм, цервикальный канал расширен на всем протяжении до 15 мм, плодный пузырь пролабирует в цервикальный канал, в нижнем полюсе плодного пузыря — «сладж». В общем анализе крови лейкоцитоз $13,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 23 %, СОЭ 41 мм/ч, при микроскопии отделяемого влагалища: 5–10 лейкоцитов в поле зрения, палочковая флора.

Проведен консилиум, выставлен диагноз: Беременность 22,4 недели. ИЦН. Синдром инфицирования околоплодных вод (сладж). В связи с прогрессированием ИЦН, пролабированием плодных оболочек в цервикальный канал консилиум рассмотрел необходимость проведения хирургической коррекции ИЦН путем наложения цервикального серкляжа, который был отложен из-за признаков инфекции. Было решено провести антибактериальную терапию (цефотаксим, метронидазол и последующей сменой после результата бактериологического исследования на меропенем) с клинико-лабораторным контролем, а затем решить вопрос о хирургической коррекции ИЦН. Акушерский пессарий извлечен.

На фоне антибактериальной терапии количество лейкоцитов и палочко-ядерных нейтрофилов снижалось, но наблюдались высокие показатели С-реактивного белка. После завершения курса меропенема (1000 мг в течение 7 дней) и отсутствия сладжа в околоплодных водах консилиум определил возможность проведения серкляжа. На 2-е сутки после выполнения хирургической коррекции ИЦН по данным УЗИ длина сомкнутой части шейки матки — 22 мм, внутренний зев — 10 мм, плодный пузырь пролабирует в цервикальный канал на 15 мм, «сладж» не выявлен. Значимое снижение С-реактивного белка.

В дальнейшем на сроке 27,4 недели пациентка была госпитализирована с подозрением на гестационный пиелонефрит с обнаружением *Klebsiela spp.* в количестве 10^6 КОЕ/мл и *E. coli* в количестве 10^4 КОЕ/мл в посевах мочи. В содержимом из цервикального канала были обнаружены *Enterococcus spp.* в количестве 10^5 КОЕ/мл и *Klebsiela spp.* в количестве 10^7 КОЕ/мл. Назначен амоксициллин на 10 дней и фосфомицин однократно. На сроке 28–29 недель амбулаторно проведена санация влагалища тернидазолом + неомицином + нистатином + преднизолоном в связи с выявлением *Klebsiela pneumoniae*. На сроке 30 недель перенесла ОРВИ без повышения температуры, в медицинские учреждения по этому поводу не обращалась. В сроке 35 недель проведено амбулаторное лечение вагинита неомицин + полимиксин В + нистатин в связи с обнаружением *Enterococcus faecalis* в посевах из влагалища.

На сроке 37,2 недели гестации снят шов с шейки матки. Пациентка поступила в стационар для родоразрешения на сроке 40,1 неделя гестации. При поступлении анализ мазка из влагалища и общий анализ мочи были в норме. При проведении УЗИ обнаружено маловодие. На сроке 40,3 недели с учетом срока гестации, «зрелой» шейки матки и маловодия принято решение о проведении родоиндукции путем амниотомии.

В сроке 40,4 недели родила живого доношенного ребенка женского пола 8/8 по шкале Апгар (масса — 3860 г, рост — 56 см). Была проведена эпизиотомия в следствие угрозы разрыва промежности в родах. Послеродовый период осложнился субинволюцией матки. Проводимая консервативная терапия оказалась не эффективна, на третьи сутки был проведен кюретаж полости матки. Был назначен цефазолин с профилактической целью. Женщина с ребенком выписаны в удовлетворительном состоянии домой на 5-е сутки.

Выводы

Этот уникальный случай иллюстрирует важность своевременной диагностики синдрома инфицирования околоплодных вод, признаком которого может быть наличие сладжа в околоплодных водах на фоне прогрессирующей ИЦН, особенно у беременных с рецидивирующим вагинитом, положительной культурой микроорганизмов во влагалище. Назначение антибактериальной терапии, предшествующее проведению коррекции ИЦН пессарием или швом на шейку матки, является обоснованным и эффективным в лечении и позволяет получить успешный исход, несмотря на высокий риск ПР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Liu, L. [et al.] // Lancet. 2012; 379:2151. [PubMed].
2. Ультразвуковые критерии преждевременных родов на фоне внутриутробного инфицирования плода / Г. А. Пенжоян [и др.] // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2019. № 2 (24). С. 42–50.
3. Пустотина, О. А. «Сладж» в околоплодных водах / О. А. Пустотина // Медицинский Совет. 2018. № 7. С. 64–73.
4. Верификация внутриутробной инфекции методом серошкальной эхографии у пациенток с преждевременными родами / Т. Б. Макухина [et al.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2019. № 4. С. 620–624.
5. Resolution of acute cervical insufficiency after antibiotics in a case with amniotic fluid sludge / Lami Yeo [et al.] // The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, DOI: 10.1080/14767058.2021.1881477.
6. Impact of amniotic fluid «sludge» on the risk of preterm delivery / F. Fuchs [et al.] // J Matern Fetal Neonatal Med. 2015. Vol. 28(10). P. 1176–1180.