

УДК 618.39+618.46]:616.98

**ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ,
НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД И ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ
СТРОЕНИЕ ПОСЛЕДА**

¹Лашкевич Е. Л., ¹Барановская Е. И., ²Лашкевич В. Л.

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), являются наиболее распространенными причинами заболеваемости в мире [1]. Высокая заболеваемость, поражение в основном лиц репродуктивного возраста, последствия ИППП, влияющие на здоровье людей и их потомство, определяют повышенный интерес к этой проблеме. При наличии урогенитальной инфекции роды часто осложняются преждевременным излитием околоплодных вод, внутриутробной задержкой роста плода, послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями, осложнениями раннего неонатального периода и др. [2].

Цель исследования

Изучить влияние инфекций, передаваемых половым путем, на течение родов, послеродовый период и морфологическое строение последа.

Материалы и методы

Нами обследовано 143 женщины, родоразрешенные через естественные родовые пути в сроке гестации 24–40 недель беременности. В исследование не включались женщины после плановой индукции родов путем амниотомии. На группы родильницы разделены в зависимости от наличия маркеров инфекций, передаваемых половым путем.

I группу (основную) составили 53 родильницы, у которых во влагалище обнаружены *U. urealyticum*, *M. hominis* и *T. vaginalis*, а в крови определены иммуноглобулины А и (или) G к *Chlamydia trachomatis*, и диагностирован сифилис. В этой группе наибольшая доля принадлежит родильницам с выявленными иммуноглобулинами классов А и G к антигенам *C. trachomatis* — 24 (45,28 ± 6,84 %). У 14 родильниц (26,42 ± 6,06 %) во влагалище обнаружены *U. urealyticum* и *M. hominis*. Сочетание маркеров хламидийной инфекции в крови с наличием *U. urealyticum* и *M. hominis* во влагалище выявлено у 13 женщин (24,53 ± 5,91 %). Наиболее редко ($p < 0,001$) диагностированы антитела к *Chlamydia trachomatis* и сифилис/трихомоноз — по 1 случаю (1,89 ± 1,87 %).

Во II группу (контрольную) вошли 90 родильниц без выявленных признаков инфекций, передаваемых половым путем.

У всех родильниц изучали течение родов и послеродового периода, морфологическое строение плацент. Для микроскопического исследования брали участки последа из ткани плаценты, оболочек и пупочного канатика, а также из всех макроскопически измененных мест. В плацентах оценивали изменение ворсин, хориона, плодных оболочек — амниона, децидуальной оболочки, а также сосудов пуповины.

Сыворотку крови всех родильниц исследовали на видоспецифические иммуноглобулины классов А и G к антигенам *Chlamydia trachomatis* при помощи диагностических иммуноферментных тест-систем «ХламиБест *C. trachomatis* — Ig G — стрип» и «ХламиБест *C. trachomatis* — Ig A» ЗАО «Вектор-Бест».

У всех пациенток проводили микробиологическое исследование отделяемого из половых путей в первые сутки после родов для выявления *Neisseria gonorrhoeae*, *U. urealyticum* и *M. hominis*. Степень роста микроорганизмов определяли в пересчете на

1 мл вагинального отделяемого (КОЕ/мл). Микроскопию вагинальных мазков, окрашенных по Граму, проводили с иммерсией при увеличении $\times 90$.

Данные представлены в виде доли (р, %) и стандартной ошибки доли (Sp, %), рассчитывали отношение шансов (OR) и его доверительный интервал (CI). Для выявления достоверности в группах использовали критерий χ^2 с поправкой Йейтса и односторонний критерий Фишера.

Результаты и обсуждение

Выявлена статистически значимая связь ИППП с преждевременными родами ($p < 0,002$), которые диагностированы в $66,04 \pm 6,51$ % (таблица 1). Срочные роды, вне зависимости от времени излития околоплодных вод, статистически значимо чаще в $53,33 \pm 5,26$ % ($p < 0,05$) встречались при отсутствии ИППП в сравнении с родильницами с ИППП. Влияния инфекций, передаваемых половым путем на время излития околоплодных вод не установлено: около половины женщин как контрольной, так и основной группы имело преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ).

Таблица 1 — Распределение родильниц в группах по сроку гестации и времени излития околоплодных вод

Характер родов	I группа (n = 53)		II группа (n = 90)	
	абс. число	%	абс. число	%
Преждевременные роды с ПИОВ	17*	(32,08 \pm 6,41 %)	23	(25,0 \pm 10,66 %)
Преждевременные роды	18*	(33,96 \pm 6,51 %)	19	(21,11 \pm 4,3 %)
Срочные роды с ПИОВ	11	(20,76 \pm 5,57 %)	25	(27,78 \pm 4,72 %)
Срочные роды	7	(13,21 \pm 4,65 %)	23	(25,0 \pm 10,66 %)
Суммарно срочные роды	18**, ***	(33,96 \pm 6,51 %)	48	(53,33 \pm 5,26 %)
Суммарно преждевременные роды	35**	(66,04 \pm 6,51 %)	42	(46,67 \pm 5,26 %)
Суммарно ПИОВ	28	(52,83 \pm 6,86 %)	48	(53,33 \pm 5,26 %)
Суммарно своевременное излитие вод	25	(47,17 \pm 6,86 %)	42	(46,67 \pm 5,26 %)

* Статистически значимые различия в сравнении с частотой срочных родов в I группе ($p < 0,05$); ** статистически значимые различия в сравнении с частотой одноименных показателей во II группе ($p < 0,05$); *** статистически значимые различия в сравнении с суммарным количеством преждевременных родов в I группе ($p < 0,002$).

Анализируя течение родов, не выявлено статистически значимой связи задержки дольки плаценты в полости матки и частичного плотного прикрепления плаценты во время родов с наличием заболеваний, передаваемых половым путем. Данные осложнения родов диагностированы в основной группе в $19,98 \pm 5,16$ %, а в контрольной группе — в $15,56 \pm 3,82$ %, в связи с чем в раннем послеродовом периоде таким женщинам производили кюретаж полости матки или ручное отделение плаценты и выделение последа/ручной контроль полости матки.

Установлена статистически значимая связь ИППП с субинволюцией матки в послеродовом периоде ($p < 0,005$), которая диагностирована у $18,87 \pm 5,37$ % женщин основной группы, в сравнении с родильницами контрольной группы, у которых данное осложнение послеродового периода выявлено в $3,33 \pm 1,89$ %. В связи с этим, в позднем послеродовом периоде производили кюретаж полости матки у пациенток I группы в $3,77 \pm 2,62$ %, II группы — в $1,11 \pm 1,11$ %.

При анализе патогистологического строения последа установлено, что в обеих группах статистически значимо чаще ($p < 0,001$) диагностированы воспалительные изменения — в I группе в $81,13 \pm 5,37$ %, во II группе в $77,78 \pm 4,38$ %. В каждой группе наиболее часто диагностирован хориодецидуит, который встречался в I группе в $24,53 \pm 5,91$ % ($p < 0,01$), во II группе — в $34,78 \pm 5,11$ % ($p < 0,001$) (таблица 2). Наиболее редкими изменениями в обеих группах являлись виллузит и хориоамнионит. Риск массив-

ного воспалительного поражения последа, характеризующееся распространением воспаления на пуповину, выше в 1,86 раз у женщин с ИППП (OR = 1,86, 95 % CI 0,72–4,82), чем при отсутствии ИППП.

Таблица 2 — Воспалительные изменения последа в группах

Воспалительные изменения	I группа (n = 53)		II группа (n = 90)	
	абс. число	%	абс. число	%
Лимфоцитарная инфильтрация	8* p = 0,0157	(15,09 ± 4,92 %)	13# p < 0,02	(14,44 ± 3,71 %)
Хориодецидуит	13*,** *p = 0,0004 **p = 0,0062	(24,53 ± 5,91 %)	34#,# #,#p < 0,001	(34,78 ± 5,11 %)
Виллузит	1	(1,89 ± 1,87 %)	5	(5,56 ± 2,42 %)
Хориодецидуит и виллузит	7* p = 0,03	(13,21 ± 4,65 %)	5	(5,56 ± 2,42 %)
Хориоамнионит	3	(5,66 ± 3,17 %)	3	(3,33 ± 1,89 %)
Омфаловаскулит	10*,** *p = 0,004 **p = 0,0353	(18,87 ± 5,37 %)	10	(11,11 ± 3,31 %)

* Статистически значимые различия в сравнении с частотой виллузита в I группе; ** статистически значимые различия в сравнении с частотой хориоамнионита в I группе; # статистически значимые различия в сравнении с частотой виллузита и хориодецидуита с виллузитом во II группе; ## статистически значимые различия в сравнении с частотой хориоамнионита во II группе.

В основной группе изменения гнойного характера наблюдались в 34,88 ± 7,27 % случаев всех воспалительных изменений последа, в контрольной группе — в 22,86 ± 5,02 %. Таким образом, при наличии маркеров ИППП, риск гнойного воспаления плаценты выше в 1,81 раза (OR = 1,81, 95 % CI 0,78–4,19), чем при отсутствии ИППП.

Статистически значимой связи между частотой выявления плацентарной недостаточности и хламидийной и (или) уреа-микоплазменной инфекцией не выявлено. Плацентарная недостаточность диагностирована в I группе в 24,53 ± 5,91 %, во II группе — в 16,67 ± 3,93 %. Риск развития недостаточности плаценты при заболеваниях, передаваемых половым путем, выше в 1,63 раза (OR = 1,63, 95 % CI 0,7–3,75).

Кроме воспалительных изменений, в последе диагностированы инволютивно-дистрофические, циркуляторные изменения и патологическая незрелость плаценты. Статистически значимой связи между частотой выявления данных изменений и ИППП не выявлено. Инволютивно-дистрофические и циркуляторные изменения обнаружены в I группе в 19,98 ± 5,16 %, во II группе — в 28,89 ± 4,78 и 20,0 ± 4,22 % соответственно. В каждой группе у трети рожениц выявлена патологическая незрелость плаценты: в I группе в 32,08 ± 6,41 %, во II группе — в 36,67 ± 5,08 %.

Выводы

1. Хламидийно-уреа-микоплазменная инфекция, сифилис и трихомониаз индуцируют в 66,04 ± 6,51 % (p < 0,002) преждевременное начало родовой деятельности.

2. Заболевания, передаваемые половым путем, в 18,87 ± 5,37 % вызывают замедленное обратное развитие матки в позднем послеродовом периоде (p < 0,005).

3. При наличии у женщин инфекций, передаваемых половым путем, риск развития плацентарной недостаточности выше в 1,63 раза (OR = 1,63, 95 % CI 0,7–3,75), гнойного поражения последа — в 1,81 раза (OR = 1,81, 95 % CI 0,78–4,19), тотального поражения последа с вовлечением в воспалительный процесс пуповины выше в 1,86 раз (OR = 1,86, 95 % CI 0,72–4,82).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гриненко, Г. В.* Инфекции, передающиеся половым путем у женщин репродуктивного возраста: факторы риска, клинико-эпидемиологические данные/ Г. В. Гриненко, А. М. Савичева // Журнал акушерства и женских болезней. — 2003. — № 2. — С. 145–149.

2. Некоторые аспекты диагностики оппортунистических бактериальных инфекций влагалища во время беременности / Е. Н. Жуманова [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. — 2005. — № 8. — С. 54–56.

УДК 616-018:616.71-018.46-002

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНЯХ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Максимович М. М.

Госслужба медицинских судебных экспертиз
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Посттравматический остеомиелит является наиболее частой причиной образования дефектов трубчатых костей. Лечение таких больных — сложная и далеко нерешенная проблема современной травматологии и ортопедии. Эта весьма часто встречающаяся патология ведет к длительной утрате трудоспособности, увеличивает инвалидность, создавая социальный аспект данной проблемы. Большинство больных находятся в трудоспособном возрасте (21–50 лет). Вследствие неэффективности лечения они длительное время находятся в стационаре, им неоднократно производятся оперативные вмешательства, многие больные становятся инвалидами. Наиболее тяжелый контингент этих больных — больные с постостеомиелитическими дефектами, которые возникают после открытых переломов.

Цель

Проанализировать морфологическую картину посттравматического остеомиелита в клинических условиях.

Материал и методы

Исследовали гистологические материалы костных фрагментов и мягких тканей, удаленных во время операций в 95 случаях с данной патологией.

Результаты

Проведены гистологические исследования костных фрагментов и мягких тканей, удаленных во время операций у 95 больных с остеомиелитом трубчатых костей. Патологический процесс поражал область диафизов. Для исследования брались удаленные при операциях секвестры, мягкие ткани, стенки свищевого хода. Наиболее часто размер секвестров был 0,5–5 см, в 19 случаях длина секвестра достигала 12–17 см, а в 3-х наблюдениях при тотальной секвестрации доходила до 25–27 см. В большинстве диафизарные секвестры составляли поперечник кости с костномозговым каналом, заполненным гноем. Контуры их были неровные, изъедены. Как в кортикальной, так и в губчатой ткани отсутствовали остециты, часть межбалочных пространств была пуста, в некоторых содержались лимфоцитарные скопления или сегментоядерные лейкоциты. В секвестрах из губчатой кости иногда находились воспалительно-клеточные инфильтраты, в части межбалочных пространств, небольшие очаги клеточно-волокнистой ткани с сосудами. При исследовании кусочков секвестральной капсулы выявлена перестройка костной ткани с наличием в межбалочных пространствах остеобластической и фибро-ретикулярной ткани, в которой имелись периваскулярные круглоклеточные скопления, а также небольшие инфильтраты из лимфоидных и плазматических клеток. На границе с патологическим процессом в «здоровых тканях» иногда располагались микроабсцессы, окруженные фиброзной тканью. Наши данные совпадают с мнением других авто-