

УДК 618.39+618.46]:616.98

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

<sup>1</sup>Лашкевич Е. Л., <sup>1</sup>Барановская Е. И., <sup>2</sup>Лашкевич В. Л.

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«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  $\chi^2$  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, клиничко-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-