

НАРУШЕНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

VIOLATION OF VAGINAL MICROBIOCENOSIS AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT OF ISTHMIC- CERVICAL INSUFFICIENCY

**E. Pristupa
E. Baklygina**

Summary. The article is dedicated to retrospective analysis of the case histories of 104 patients diagnosed with isthmic-cervical insufficiency (ICI). The obstetric and gynecological histories, concomitant somatic pathology, as well as the features of the course of pregnancy were studied. In accordance with the identified causes of ICI, women were divided into groups. The state of the vaginal microbiocenosis was studied depending on the identified risk factors for the development of ICI. The most common violation of microbiocenosis in women with dysbiotic and inflammatory processes of the vagina were ureaplasmosis and bacterial vaginosis. Every fifth woman had associations of conditionally pathogenic microorganisms. A third of patients with inflammatory processes in the vagina and cervix during pregnancy did not undergo sufficient examination and sanitation.

Keywords: premature birth, isthmic-cervical insufficiency, cervix, microbiocenosis, bacterial vaginosis, manageable risk factors.

Введение

Одна из важнейших проблем современной медицины — преждевременные роды, являющиеся ведущей причиной перинатальной смертности [7].

Особенное внимание заслуживает срок беременности 22–28 недель, когда беременность прерывается в основном из-за истмико-цервикальной недостаточности [2,9].

Как известно, ИЦН характеризуется укорочением длины шейки матки менее 25 мм и/или дилатацией цервикального канала более 10 мм (на всём протяжении) ранее 37 недель беременности без клинической картины преждевременных родов [8]. При этом отсутствие жалоб и симптомов заболевания является фактором, ведущим к потере времени и задержке постановки диагноза, а, следовательно, к более позднему началу лечебных мероприятий [2].

Несмотря на то, что факторы риска ИЦН хорошо изучены и известны, оценка их тем более обязатель-

Приступа Евгения Михайловна
Кандидат медицинских наук, доцент,
Рязанский Государственный Медицинский Университет
имени академика И.П. Павлова,
empristupa@mail.ru

Баклыгина Елена Андреевна
Ассистент, Рязанский Государственный Медицинский
Университет имени академика И.П. Павлова

Аннотация. В статье проведен ретроспективный анализ историй болезней 104 пациенток с диагнозом истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Изучен акушерско-гинекологический анамнез, сопутствующая соматическая патология, особенности течения данной беременности. В соответствии с выявленными причинами ИЦН женщины были разделены на группы. Изучено состояние микробиocenоза влагалища в зависимости от выявленных факторов риска развития ИЦН. Наиболее часто встречающимся нарушением микробиocenоза у женщин с дисбиотическими и воспалительными процессами влагалища является уреapлазмоз и бактериальный вагиноз. У каждой пятой женщины выявлены ассоциации условно-патогенных микроорганизмов. У трети пациенток с воспалительными процессами во влагалище и шейке матки при беременности не проводилось достаточного обследования и санации.

Ключевые слова: преждевременные роды, истмико-цервикальная недостаточность, шейка матки, микробиocenоз, бактериальный вагиноз, управляемые факторы риска.

на у женщин, уже имевших потери беременности во II триместре [5,6]. При этом существуют управляемые причины, которые подлежат обязательной коррекции, начиная с прегравидарного этапа и ранних сроков наступившей беременности.

К факторам риска ИЦН относят:

1. Гормональные нарушения, такие как гиперандрогения, генитальный инфантилизм.
2. Анатомические факторы: врождённые пороки развития матки, приобретённые деформации шейки матки — после родов, аборт или диагностических выскабливаний; после оперативных вмешательств на шейке матки.
3. Особенности настоящей беременности (многоплодие, многоводие)
4. Генетические факторы (различные дисплазии соединительной ткани).
5. Особенности акушерско-гинекологического анамнеза (поздний самопроизвольный аборт в анамнезе, преждевременные роды, привычное невынашивание)

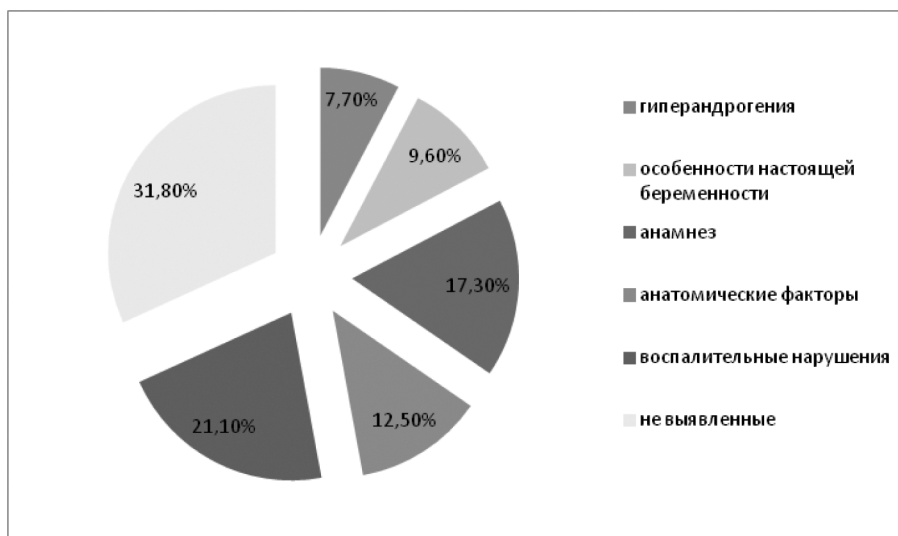


Рис. 1. Структура факторов риска истмико-цервикальной недостаточности

6. Инфекционно-воспалительные и дисбиотические состояния половых путей. Согласно данным литературы [3,10], около 80 % случаев укорочения шейки матки во время беременности связаны с инфекцией, что приводит к ухудшению защитных свойств цервикальной слизи и прогрессированию процесса.

Материалы и методы

Было пролечено 104 пациентки, находившиеся на стационарном лечении с диагнозом: Истмико-цервикальная недостаточность, требующая медицинской помощи матери (О34.3).

В соответствии с выявленными факторами риска (причинами) ИЦН женщины были разделены на группы (рис. 1):

- I группа — функциональные нарушения — 7,7 %
- II группа — многоплодие, ЭКО — 9,6 %
- III группа — анатомические факторы — 12,5 %
- IV группа — особенности анамнеза (привычное невынашивание) — 17,3 %
- V группа — дисбиотические и воспалительные нарушения — 21,1 %
- Не выявленные причины (недообследованные) — 31,8 %

Всем пациенткам выполнялись общеклинические лабораторные анализы, а также ультразвуковая диагностика с проведением цервикометрии. Оценка состояния шейки матки и степени выраженности ИЦН была произведена с помощью шкалы Bishop (рис. 2), по данным которой в коррекции нуждались женщины, имеющие 5 и более баллов. По ультразвуковым критериям длина шейки матки менее 25 мм требовала необходимости коррекции.

ШКАЛА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ (BISHOP, 1964)

| Признаки | Баллы | | |
|-----------------------------------|--|--|---|
| | 0 | 1 | 2 |
| Положение | Кзади | Кпереди | По проводной оси |
| Длина | Более 2 см | 1-2 см | Менее 1 см |
| Консистенция | Плотная | Размягчена, область внутреннего зева плотная | Мягкая |
| Проходимость цервикального канала | Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца | Канал проходим до внутреннего зева | Канал проходим для одного и более пальцев |

Степень зрелости оценивается по сумме баллов: 0-2 балла - «незрелая» шейка, 3-4 балла - «недостаточно зрелая», 5-8 баллов - «зрелая» шейка матки.

Рис. 2. Оценка зрелости шейки матки

Изучение микробиоценоза влагалища обследованных женщин включало микроскопию нативного мазка с окрашиванием по Грамму, а также оценку результатов бактериологического исследования с изучением видового и количественного состава микроорганизмов.

Результаты и их обсуждение

Основную часть пациенток с данной патологией составили женщины в возрасте 30–34 лет (30,8 %), на втором месте пациентки в возрастной группе 25–29 лет (28,0 %), на третьем — 35–39 лет (23,3 %). Таким образом, более половины женщин с данной патологией старше 30 лет (рис. 3), а потери беременности в данных возрастных группах нежелательны также из-за увеличения возраста при последующей беременности ввиду нереализации репродуктивных планов.

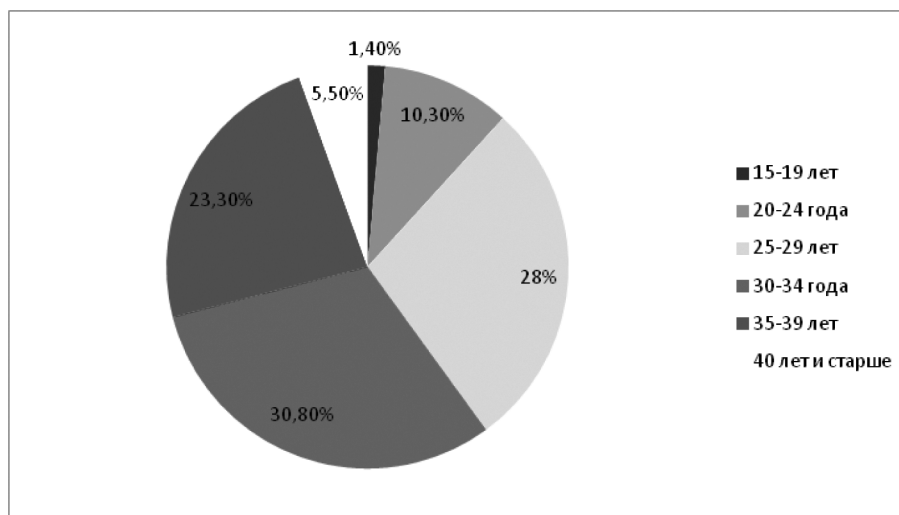


Рис. 3. Возрастная структура пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью

Более 3/4 женщин с ИЦН — повторнобеременные (77,4 %), в 6,1 % случаев беременность была многоплодной, в 12,3 % наблюдений — беременность наступила в результате ЭКО.

Среди пролеченных больных преобладали пациентки со сроком беременности 19–21 неделя (65,8 % случаев).

Во всех случаях регистрировалось 5 баллов и больше. Пролабирования плодного пузыря не было у 92 % женщин.

При бактериоскопическом исследовании влагалищного отделяемого у женщин V группы в структуре воспалительных процессов неспецифический кольпит выявлен у 22,8 %, бактериальный вагиноз — у 54,5 %, кандидозный кольпит у 13,6 %, нормоценоз у 9,1 %. Известно, что при бактериальном вагинозе высока вероятность невынашивания беременности, преждевременных родов, хориоамнионита.

По данным литературных источников, частота бактериального вагиноза у беременных составляет до 37 %, а при наличии патологических выделений достигает 87 % [4,10].

Бактериологическое исследование выявило значительную часть женщин с уреоплазмозом — более 10/4 КОЕ/мл в 31,8 % случаев.

Также в микробиоценозе влагалища обследованных женщин (63,6 %) были выделены следующие микроорганизмы: *Streptococcus sp*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, имеющие значительные патогенные свойства, в высоких титрах — более 10/6. Кроме того, *Enterococcus faecalis* имеет высокую мультирезистентность, а его наличие свидетельствует о сильном

дисбиотическом состоянии с преобладанием кишечной флоры. У каждой пятой женщины выявлены ассоциации условно-патогенных микроорганизмов.

Вызывает опасение, что в остальных исследуемых группах, несмотря на выявленные факторы риска ИЦН, в 42,7 % случаев также диагностировались нарушения биоценоза влагалища, особенно в группе женщин с анатомическими изменениями, такими как травматические повреждения шейки матки в родах, конизации шейки матки в анамнезе, где у каждой второй пациентки отмечаются воспалительные изменения в цервикальном канале. Данные нарушения, несомненно, увеличивают риски потери беременности при ИЦН.

Более того, в группе недообследованных женщин с невыявленными причинами ИЦН (около трети пациенток), неспецифический кольпит и бактериальный вагиноз диагностировался во время беременности в 54,4 % наблюдений. При этом обращает внимание отягощенный «инфекционно-воспалительный» анамнез: 45,5 % неоднократно лечили обострения хронического сальпингоофорита/эндометрита, у 15,2 % хламидиоз, у 9,1 % — ВПЧ, у 6,1 % женщин Lues в анамнезе.

Заключение

Истмико-цервикальная недостаточность чаще встречается у повторнобеременных женщин старше 30 лет с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Воспалительные процессы женских половых органов нередко сопутствуют другим причинам истмико-цервикальной недостаточности, что ухудшает прогноз для пролонгирования беременности.

Выявлено, что наиболее часто встречающимся нарушением микробиоценоза влагалища у женщин с дисбио-

тическими и воспалительными нарушениями как факторами риска ИЦН является уреаплазмоз и бактериальный вагиноз, а также кокковая флора с высокими патогенными свойствами.

Каждая третья пациентка с ИЦН недостаточно обследована, при этом имеет нарушения микробиоценоза влагалища.

Выявление групп риска по ИЦН должно проводиться на этапе прегравидарной подготовки, а такие управляе-

мые факторы риска, как воспалительные и дисбиотические состояния во влагалище, подлежат обязательной коррекции на ранних сроках беременности.

Игнорирование выявления факторов риска у беременных по развитию истмико-цервикальной недостаточности несомненно способствует увеличению случаев самопроизвольных абортов и преждевременных родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беглов, Д.Е. Истмико-цервикальная недостаточность: распространенность и клинико-анамнестические особенности / Д.Е. Беглов, Н.В. Артымук, О.Н. Новикова // *Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение.* — 2019. — Т.7. — № 3(25). — С. 21–24.
2. Борщева, А.А. Истмико-цервикальная недостаточность в структуре причин невынашивания беременности / А.А. Борщева, Г.М. Перцева, Н.А. Алексеева // *Медицинский вестник юга России.* — 2020. — Т.11. — №1. — С.34–40.
3. Долгушина, В.Ф. Истмико-цервикальная недостаточность, ассоциированная с цервикто-вагинальными инфекциями: особенности течения беременности и перинатальные исходы / В.Ф. Долгушина, Е.С. Алиханова, И.В. Курносенко, Т.В. Надвикова // *Уральский медицинский журнал.* — 2021. — Т.20. — №1. — С.23–29.
4. Ильина, И.Ю. Бактериальный вагиноз. Возможные пути решения проблемы / И.Ю. Ильина, Ю.Э. Доброхотова // *Русский медицинский журнал.* — 2020. — №11. — С.75–78. 1
5. Мицкевич, Е.А. Ранняя диагностика истмико-цервикальной недостаточности у беременных / Е.А. Мицкевич // *Охрана материнства и детства.* — 2019. — №1 (33). — С. 17–21.
6. Мицкевич, Е.А. Факторы риска самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов у пациентов с истмико-цервикальной недостаточностью / Е.А. Мицкевич, Т.С. Дивакова, М.Ф. Разина, Ю.В. Мелешко // *Вестник Витебского государственного медицинского университета.* — 2022. — Т.21. — №5. — С.56–58.
7. Олина, А.А. Преждевременные роды. Вчера, сегодня, завтра / А.А. Олина, Г.К. Садыкова // *Уральский медицинский журнал.* — 2019. — Т. 5, № 173. — С. 49–55. 2
8. Письмо Минздрава России от 28.12.2018 N 15-4/10/2-7991 О направлении клинических рекомендаций «Истмико-цервикальная недостаточность» (вместе с клиническими рекомендациями (протоколом лечения), утв. Российским обществом акушеров-гинекологов 21.12.2018) 3
9. Скрипниченко, Ю.П. Статистика преждевременных родов / Ю.П. Скрипниченко, И.И. Баранов, З.З. Токова // *Проблемы репродукции.* — 2014. — № 4. — С. 11–14. 4
10. Спиридонова, Н.В. Бактериальный вагиноз и вульвовагинит у беременных при истмико-цервикальной недостаточности. Дифференцированный подход к медикаментозной терапии / Н.В. Спиридонова, М.А. Каганова, О.О. Девятова, А.А. Безрукова // *Доктор.Ру.* — 2022. — Т.21. — № 5. — с.81–86.

© Приступа Евгения Михайловна (empristupa@mail.ru); Баклыгина Елена Андреевна
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»