

Атанесян Элионора Георгиевна

Краевой перинатальный центр,

г. Краснодар

vladislavan@mail.ru

Elionora G. Atanesyan

Regional perinatal center,

Krasnodar

vladislavan@mail.ru

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

ROLE OF THE BACTERIAL INFECTION AT WOMEN WITH PREGNANCY NOT INCUBATION

Одной из основных причин формирования женского бесплодия и привычного невынашивания у 60–80% женщин является перенесенный ранее воспалительный процесс эндометрия [2,3,5,9]. В 70-75% случаев урогенитальная инфекция имеет асимптомное течение [8]. Ведущее место в формировании хронического эндометрита занимают воспалительные процессы, вызванные инфекциями передающиеся половым путем [1-3,7]. Урогенитальная инфекция является причиной не хронического сальпингита и, как следствие, внематочной беременности, но и хронического эндометрита [8]. По современным представлениям, при поражении эндометрия с дегенеративными изменениями рецепторного аппарата ключевая роль принадлежит смешанной инфекции, вызванной хламидиями, микоплазмами, образующими ассоциации друг с другом, а также и с другими инфекциями [2,8,10]. Спектр генитальной инфекции, выявленной при ПЦР диагностики отделяемого из цервикального канала и полости матки у пациенток с ХЭ включает: хламидиоз – 14,9%, генитальный герпес – 33,6%, уреоплазмоз – 37,8%, микоплазмоз – 11,6%, цитомегаловирус – 18,9% [2]. Однако, у женщин с хроническим эндометритом в 1,5 раза чаще инфекция выявляется в полости матки, чем в цервикальном канале [2].

Частота бактериально вагноза у женщин с различными типами бесплодия 36.4% при трубном факторе, 15.6% при мужском факторе, 33.3% при ановуляции, 12.5% при эндометриозе и 18.9% при неизвестной причине бесплодия [10]. Правда, не исключены контраргументы: существует мнение, что не доказана роль *Ureaplasma Urealiticum* в нарушении фертильности как женщин, так и мужчин [8].

При планировании беременности целевой задачей является наличие здорового эндометрия, при котором возможна полноценная имплантация и

вынашивание беременности [6]. Особо остро эта проблема предстаёт при использовании вспомогательных репродуктивных технологий.

Планирование беременности, предгравидарная подготовка, полноценная реабилитации актуальна у пациенток с бесплодием, нарушением овуляторной функции, при необходимости стимуляции овуляции, ЭКО, внутриматочной хирургии, профилактике и лечении привычного невынашивания беременности [6].

Частота хронического эндометрита в когортах с ранними репродуктивными потерями в анамнезе составляет: при самопроизвольном выкидыше – у 90%, 91,7% - с неразвивающейся беременностью, 83,3% - с несостоятельными попытками ЭКО, 85,7% женщин с искусственным абортom [4,5].

Методов для диагностики внутриматочной патологии несколько: гистеросальпингография, ультразвуковое исследование (УЗИ), гистеросонография, магнитно-резонансная терапия [6].

В последнее десятилетие в диагностике внутриматочной патологии получила широкое распространение пайпель-биопсия, которая во многих случаях является единственным методом, позволяющим точно установить причину воспалительного процесса в эндометрии, что имеет большое практическое значение у пациенток при бесплодии и невынашивании беременности при сохраненной функции яичников [4,5,6].

Цель исследования: диагностика бактериальной инфекции у женщин с невынашиванием беременности.

Методика исследования.

Проведено обследование 30 женщин в возрасте от 24 до 38 лет (средний возраст $29,6 \pm 4,0$ лет). Фрагменты эндометрия для идентификации видового состава флоры были получены путем пайпель-биопсии в период с 5го по 6й день менструального цикла. Количественная и качественная (титр) оценка флоры матки (ПЦР диагностика фрагментов эндометрия, отделяемого из цервикального канала) позволила сравнить видовой состав флоры в различной локализации.

Результаты исследования и обсуждение. В анамнезе у обследованных пациенток привычное невынашивание отмечалось у 13 (43%) женщин, две и более неудачных попыток ЭКО в 3 (10%), самопроизвольный аборт с последующим вторичным бесплодием в 3 (10%), синдром потери плода у 4 (13%), бесплодие первичное и вторичное у 7 (23%) женщин. При изучении частоты внутриматочных манипуляций выяснилось, что искусственный аборт выполнен у 30 (100%) женщин, выскабливания матки по поводу замершей беременности у 8 (27%), самопроизвольного аборта – 6 (20%), диагностическое выскабливание матки у 15 (50%) женщин. Отмечалась тесная временная связь между перенесенной внутриматочной манипуляцией и нарушениям в репродуктивной системе: метроэндометритом в 19 (63%), сальпингоофоритом у 11 (37%), задержка частей плодного яйца (повторное выскабливание матки) у 4 (13%) женщин.

При исследовании методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) культурального состава отделяемого из цервикального канала выявлена в различном титре инфекция у 100% женщин: *Ureaplasma urealyticum* у 12 (40%) женщин, *Chlamydia* у 3 (10)%, *Mycoplasma hominis* у 4 (13%), *Gardnerella vaginalis* у 14 (47%) женщин, *Enterococcus faecialis* у 28 (93%), *Escherichia coli* у 18 (60%). Моноинфекция присутствовала только у 5 (17%) женщин, в 25 (83%) – ассоциации микроорганизмов. При исследовании фрагментов эндометрия методом ПЦР в 26 (87%) выявлена инфекция, передаваемая половым путём. В 10 (33% от общего числа, в 38% при наличии инфекции) случаев выявлена моноинфекция, в 16 (53% от общего числа, 62% при наличии инфекции). Из наиболее частых ассоциаций выделены *Gardnerella vaginalis* и *Enterococcus faecialis* у 3 (10%) женщин, *Gardnerella vaginalis* и *Staphylococcus epidermidis* у 2 (7%), *Gardnerella vaginalis* и *Candida brucei* 3 (10%), *Cytomegalovirus* (CMV) и *Kocuria rosea* 2 (7%), CMV и *Enterococcus faecialis* 4 (13%), *Gardnerella vaginalis* и *Ureaplasma urealyticum* у 2 (7%). При сравнении микроорганизмов, выделенных из эндометриальных фрагментов и отделяемого из цервикального канала ни в одном случае не было полного совпадения по видовому составу и чувствительности к антибактериальной терапии.

Заключение.

Персистирующая бактериальная и вирусная инфекция является одной из ведущих причин хронического эндометрита, нарушающего репродуктивную функцию женщины. В прегравидарной подготовке у женщин с бесплодием и невынашиванием беременности очевидна необходимость диагностики бактериальной инфекции эндометрия путем пайпель-биопсии, позволяющая индивидуально подобрать этиотропную антибактериальную терапию.

Литература:

1. *Барина И.В., Склярченко Г.А., Попов А.А., Мачанские О.В., Головина Е.Н. Диагностическая ценность биоптатов эндометрия при офисной гистероскопии/Материалы Всероссийского Конгресса «Амбулаторно-поликлиническая практика – новые горизонты». – Москва, 2010. – С. 28-29.*
2. *Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Титченко Л.И., Зароченцева Н.В., Овчинникова В.В., Меньшикова Н.С. Лечение хронического эндометрита в прегравидарной подготовке женщин с невынашиванием беременности/Пособие для врачей. – М: МОНИИАГ, 2007. – 25 с.*
3. *Корсак, В.С., Забелкина О.В., Исакова Э.В. Исследование эндометрия у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием на этапе подготовки к ЭКО. Проблемы репродукции. 2005; 2: 39–42.*
4. *Петров Ю.А.К вопросу патогенеза хронического эндометрита //Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2011. - №6 – С.282-289.*
5. *Радзинский В.Е., Петров Ю.А., Полина М.Л. Хронический эндометрит в современной перспективе // Казанский медицинский журнал. – 2012. - Т. 93. - №1. - С. 178-181.*

6. Шестакова И.Г. Реабилитация эндометрия после потери беременности// Гинекология. – 2009. - №4. – Т.11. - С. 55-58.

7. Шуришалина А.В. Хронический эндометрит. В книге «Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению» / Под ред. акад. РАМН В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005; 404–410.

8. Dieterle S. Urogenital infections in reproductive medicine// *Andrologia*, 2008. - 40;117–119.

9. Sheldon IM, Bromfield JJ.// *Innate Immunity in the Human Endometrium and Ovary. Am J Reprod Immunol . - 2011; 66 (Suppl. 1): 63–71.*

10. Wilson Janet D., Ralph Susan G., Rutherford Anthony J. Rates of bacterial vaginosis in women undergoing in vitro fertilisation for different types of infertility// *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. - 2002, Vol. 109, pp. 714–717.

Literature:

1. Barinova I.V., Sklyarenko G. A., Popov A.A., Machanskite O. V., Golovin E.N. Diagnosticheskaya the value of biopstat of endometrium at office hysteroscopy / *Materials of the All-Russian Congress "Out-patient and polyclinic practice – the new horizons"*. – Moscow, 2010. – Page 28-29.

2. Krasnopolsky V. I., Serov O. F., Titchenko L.I., Zarochentseva N. V., Ovchinnikov V. V., Menshikov N. S. Treatment of a chronic endometritis in pregravidarny training of women with not incubation a pregnancy / *Grant for doctors*. – M: MONIAG, 2007. – 25 pages.

3. Korsak, V.S., Zabelkina O. V., Isakova E.V. Research of endometrium at patients with pipe peritonealnym infertility at a stage of preparation for EKO. *Reproduction problems*. 2005; 2: 39–42.

4. Petrov YU.A.K to a question of pathogenesis of a chronic endometritis//*Messenger of RUDN. Series "Medicine. Obstetrics and gynecology"*. – 2011. - No. 6 – Page 282-289.

5. Radzinsky V. E., Petrov Yu.A., Polina M.L. Hronichesky an endometritis in modern prospect//*the Kazan medical magazine*. – 2012. - T. 93. - No. 1. - Page 178-181.

6. Shestakova I.G. Rehabilitation of endometrium after pregnancy loss//*Gynecology*. – 2009. - No. 4. – Т.11. - Page 55-58.

7. Shurshalin A.V. Hronichesky endometritis. In the book "Fruitless marriage. Modern approaches to diagnostics and treatment" / Under the editorship of Akkad. V. I. Kulakov's Russian Academy of Medical Science. М.: GEOTAR-media, 2005; 404–410.

8. Dieterle S. Urogenital infections in reproductive medicine//*Andrologia*, 2008. - 40; 117–119.

9. Sheldon IM, Bromfield JJ.//*Innate Immunity in the Human Endometrium and Ovary. Am J Reprod Immunol . - 2011; 66 (Suppl. 1): 63–71.*

10. Wilson Janet D., Ralph Susan G., Rutherford Anthony J. Rates of bacterial vaginosis in women undergoing in vitro fertilization for different types of

infertility//BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. - 2002, Vol. 109, pp. 714–717.