



ISSN 2226-1230

# НЕОНАТОЛОГІЯ, ХІРУРГІЯ ТА ПЕРИНАТАЛЬНА МЕДИЦИНА

Т. II, № 4(6), 2012



УДК:618.39-02:616.6

*О.І. Боднарюк, О.А. Андрієць,  
К.Ю. Гуменна*

Буковинський державний медичний  
університет МОЗ України  
(м. Чернівці, Україна)

## НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, В АНАМНЕЗІ ЯКИХ БУЛИ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК ТА СЕЧОВОГО МІХУРА

**Ключові слова:** невиношування вагітності, запальні захворювання органів малого тазу, урогенітальні інфекції.

**Резюме.** У даній роботі висвітлено проблеми невиношування вагітності у жінок, в анамнезі яких у підлітковому віці були запальні захворювання органів малого тазу на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура.

Наукові дослідження та практичний досвід свідчать, що питання збереження репродуктивного здоров'я, зменшення материнських та плодово-малюкових втрат, а особливо демографічна ситуація виходять далеко за межі медичної галузі й стали загальнодержавною міждисциплінарною проблемою.

За даними аналізу останніх років, невиношуванням вагітності (НВ) закінчується кожна десята вагітність, що зумовлено високою розповсюдженістю абортів, інфекцій, які передаються статевим шляхом, ендокринної патології та ін. [2,3,4]. Прямі репродуктивні втрати від НВ щороку становлять 36–40 тисяч ненароджених бажаних дітей. Понад 30–40% випадків перинатальної патології та смертності зумовлені передчасними пологамі. З кожним роком зростає кількість маловагових дітей (з масою тіла при народженні менше 1000 г), а смертність у цій категорії у 33 рази вища, ніж серед доношених дітей [1,2,5,7].

Найпоширенішою причиною НВ є інфекційні фактори: віруси, бактерії, стрепто- і стафілококи, клебсієли, протей, мікоплазми тощо, об'єднані в так званій клас TORCH-інфекцій. Інфекція може призводити до НВ з ураженням плода й плодових утворень (плаценти, оболонки, пуповини, вод), а також без інфікування [6,7,8,10]. Шляхами передачі інфекції є статеві клітини, висхідний, гематогенний, трансплацентарний. Небезпека НВ інфекційного генезу значно підвищується за наявності у матері ендогенних запальних вогнищ генітальної та екстрагенітальної локалізації [2,9,10]. Суттєву роль у розвитку НВ відіграє латентна інфекція в організмі жінки, особливо в разі порушень імунної взаємодії між матір'ю і плодом, а також патології ендокринної системи, що визначає цю взаємодію (рівні доказовості А, В) [1,2,11].

Незаперечним є те, що урогенітальна ін-

фекція не тільки є причиною безплідності, але й призводить до збільшення частоти мимовільних викиднів у 13 разів, передчасних пологів – у 6, несвоечасного вилиття навколплідних вод – у 7–9, хоріонамніоніту – у 3, ендометриту – у 4–5 разів, є причиною інфікування плода, призводить до плацентарної дисфункції, народження дітей з низькою масою тіла, зростання частоти перинатальної захворюваності та смертності [2,6,9,12]. Причиною 25% передчасних пологів є хронічна інфекція матері. На сьогодні частота генітальної інфекції у вагітних досягає 65–68% і є однією з провідних причин материнської та перинатальної захворюваності. У структурі причин неонатальної смертності внутрішньоутробні інфекції посідають друге місце після недоношеності (26%) [3,4,7].

Інфекція може призводити не лише до НВ, але й до формування уроджених вад розвитку плода. Серед різних факторів ризику невиношування велике значення набувають запальні захворювання урогенітального тракту [2,3,5]. Успіхи мікробіології й вірусології до теперішнього часу створили передумови до розуміння генезу порушень репродуктивної системи й забезпечили можливість більш глибокого розуміння механізмів невиношування вагітності на тлі перенесених запальних захворювань урогенітального тракту [7,8,10]. Разом з тим, патогенез невиношування вагітності на тлі запальних процесів урогенітального тракту вивчений недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування й функціонального стану фетоплацентарного комплексу і порушень стану внутрішньоутробного плода й немовляти залежно від вихідних особливостей мікробіоценозу статевих шляхів. Крім того, відсутні дані про ефективний підхід до профілактики невиношування вагітності з урахуванням основних причин запального процесу [7,10,11].

За останні роки структура і клінічний перебіг запальних захворювань внутрішніх геніталій значно змінилася. Майже у 75% хворих процес локалізується в додатках матки, з них у 80–82% відмічається хронічний рецидивуючий сальпінгоофорит, що має тяжкий перебіг із частими загостреннями та ускладненнями, розвиваючись у підлітковому віці та призводячи до стійкого порушення репродуктивної функції у майбутньому [4,7,10]. На сьогоднішній день інфекційно-запальні захворювання сечостатевої системи у більшості випадків розвиваються у підлітковому віці й характеризуються поліетіологічністю, стертою клінічною картиною, високою частотою мікст-інфекцій зі схильністю до рецидивування, що потребує комплексного підходу до діагностики та лікування. Нерідко хронічний сальпінгоофорит поєднується із запальними захворюваннями нирок та сечового міхура [4,5,7]. Одним із важливих аспектів проблеми є імовірність інфікування сечовивідних шляхів гематогенним або висхідним шляхом. Здебільшого лікування запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ) у дівчат як загальне, так і місцеве спрямовано на лікування саме статевих шляхів, без врахування супутнього уретриту, циститу, пієлонефриту або наявності їх в анамнезі, тому лікування не завжди є адекватним [5,7,10]. Провідна роль у виникненні запальних захворювань геніталій належить урогенітальним інфекціям, які несприятливо впливають на стан репродуктивної функції, обумовлюючи неплідність, невиношування вагітності, ектопічну вагітність, синдром хронічного тазового болю, а також розвиток ускладнень перебігу вагітності. Нерідко розвиток запальних захворювань органів малого таза на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура бере початок в дитячому та підлітковому віці [7,8,10].

У розвитку запального процесу урогенітального тракту основна роль належить хвороботворним організмам. Ступінь вірулентності останніх служить одним із вирішальних факторів, які мають вплив на поширення процесу. Практично всі мікроорганізми, які присутні у піхві (за виключенням лакто- і біфідобактерій), можуть приймати участь у запальному процесі [3,4,12]. Однак провідна роль належить найбільш вірулентним мікроорганізмам: представникам сімейства Enterobacteriaceae (перш за все кишковій паличці) і стафілококу. Роль анаеробів, як патогенів, також є загальноновизнаною, однак її не слід переоцінювати,

оскільки ці мікроорганізми не є провідними збудниками [3,6,12].

Відома роль інфекцій, що передаються статевим шляхом, у розвитку ЗЗОМТ. До мікроорганізмів, які є абсолютними патогенами, відносяться хламідії й гонококи. В останні роки особливого значення набувають асоціації мікроорганізмів, у тому числі, умовно-патогенних (стафілококів, стрептококів, кишкової палички), з внутрішньоклітинними збудниками (хламідіями, уреоплазмами, мікоплазмами), а також з вірусами і трихомонадами [4,7,10].

На сьогоднішній день існує багато лабораторно-діагностичних методів, які дозволяють виявити збудника урогенітальних інфекцій, але в ряді випадків низька ефективність лікувальних заходів обумовлена відсутністю врахування індивідуальних особливостей організму жінки і характеру мікробного фактору [9,10]. Розвиток резистентності до лікарських засобів часто обумовлює хронізацію запального процесу або латентний його перебіг, що погіршує результати лікування [6,7]. У зв'язку з цим все більша увага приділяється пошуку оптимальних шляхів вирішення проблеми відновлення репродуктивної функції у жінок з урогенітальними інфекціями для успішного настання і завершення вагітності. Детальний аналіз літературних даних показує, що вік жінок з порушеннями репродуктивної функції на фоні урогенітальної інфекції коливається від 18 до 40 років [8,9,11]. На жаль, частота виявлення урогенітальних інфекцій набагато менша, ніж їх реальна розповсюдженість. Результати численних досліджень свідчать, що близько 30% дівчаток-підлітків переносять асимптомний перебіг урогенітальної інфекції протягом 2-5 років після первинного зараження [4,5,7]. У 70% хворих жінок симптоми ураження геніталій патологічними мікроорганізмами можуть взагалі не відмічатись [6,12].

Змішана інфекція – це не просто співіснування двох або більше мікроорганізмів, це патологічний процес, зумовлений двома чи більше видами мікроорганізмів із єдиним патогенезом, у розвиток якого робить свій внесок кожний з інфекційних агентів, це результат їх взаємодії з можливим залученням до процесу сапрофітної автофлори. При цій взаємодії формуються нові мікробіоценози, у яких відбувається селекція персистуючих штамів, наслідком чого є хронізація інфекції, тривалий перебіг захворювання [7,8,10].

Отже, хронічні запальні захворювання

урогенітальної сфери, як правило, перебігають на фоні мікст-інфекції, що підтверджується роботами багатьох авторів. Наприклад, хронічний сечостатевий трихомоніаз, як правило, є змішаним протозойно-бактеріальним процесом, оскільки трихомонада – резервуар для хламідій, уреоплазм, гонококів, стафілококів та іншої флори [3,4,9].

Важливим завданням у профілактиці хронічних ЗЗОМТ в підлітковому віці, які є основною причиною порушень репродуктивного здоров'я в майбутньому і призводять до невиношування вагітності, – є грамотна просвітня робота, особливо з молодими людьми, які є найбільш сексуально активною віковою групою [4,5,7]. Дуже важливо зробити максимальний акцент на застосуванні бар'єрних методів контрацепції. Широка популяризація методів оральної контрацепції серед молоді призвела до того, що багато молодих людей відмовляється від застосування презервативів, застосовуючи оральні контрацептиви. Вирішуючи таким чином проблему небажаної вагітності, вони зовсім не турбуються про можливість зараження уrogenітальними інфекціями [6,7,10]. При цьому найбільша частота зміни партнерів спостерігається саме серед молоді, що в багато разів підвищує ри-

зик інфікування. Захворівши в 14–18 років, до 22–25 років багато жінок вже не можуть повноцінно реалізувати свою репродуктивну функцію, причиною чого є тривалий хронічний запальний процес [4,7,11,12].

### Висновки

1. При хронічних ЗЗОМТ реальний клінічний ефект залежить від успішного вирішення наступних завдань: досягнення знеболюючого і протизапального ефекту; підвищення активності компенсаторно-захисних механізмів; попередження загострень запалення; відновлення порушених функцій статевої системи; ліквідація вторинних системних порушень і супутніх захворювань. Успішне вирішення вказаних задач можливе тільки при визначеній систематизації і плановості терапевтичних заходів, які повинні проводитись саме в підлітковому віці.

2. Необхідним є комплексний підхід щодо лікування хронічних ЗЗОМТ з урахуванням знань патогенезу запального процесу. Це дозволить зменшити частоту рецидивів захворювання і сприятиме покращенню репродуктивного здоров'я жінок та зменшення кількості випадків невиношування вагітності у майбутньому.

### Список рекомендованої літератури

1. Лук'янова О.М. Безпечне материнство – важливий профілактичний напрямок в охороні здоров'я матері та дитини / О.М. Лук'янова // Здоров'я жінки. – 2003. – №1 (13). – С. 4–7.
2. Моїсеєнко Р.О. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» як основа реалізації стратегії поліпшення умов для виживання / Р. О. Моїсеєнко, О. О. Дудіна, Г. Бринь // Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки: матер. конф. – Київ – Ужгород, 2006. – С. 95–97.
3. Взаємозв'язок дитячої соматичної захворюваності в анамнезі жінок фертильного віку зі станом їх репродуктивного здоров'я (прогнозування порушень) / В.В. Подольський, В.Л. Дронова, О.П. Гульчій // Здоров'я жінки. – 2005. – №2 (22). – С. 169.
4. Андрієць О.А. Репродуктивне здоров'я дівчат Буковини / О.А. Андрієць, О.І. Боднарюк // Хірургічні аспекти дисбактеріозу кишечника в дітей: симпозиум, 22–24 жовт. 2008 р.: матеріали симп. – Чернівці: БДМУ, 2008. – С. 75–76.
5. Кузнецова И.В. Сочетанная инфекция мочевыводящей и половой систем у девочек / И.В. Кузнецова, Е.В. Гусева // Акушерство и гинекология. – 2008. – №4. – С. 32–36.
6. Жилка Н.Я. Соціально-економічні та медичні проблеми репродуктивного здоров'я (літературний аналіз) / Н.Я. Жилка // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. – №4. – С. 24–29.
7. Шкробанець І.Д. Гінекологічна та екстрагенітальна патологія як індикатор здоров'я дівчат Буковини / І.Д. Шкробанець, О.А. Андієць // Здоров'я жінки. – 2008. – № 3. – С. 138–140.
8. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні. Ситуаційний аналіз / [Н. Березіна, Б. Ворник, Ю. Галустян та ін.]. – ФНООН, МОЗ, УАПС, 2005.
9. Моїсеєнко Р.О. Сучасний стан надання спеціалізованої гінекологічної допомоги дітям та підліткам в Україні / Р.О. Моїсеєнко, І.Б. Вовк, Н.Я. Жилка // Буковин. мед. вісник. – 2004. – № 2. – С. 4–9.
10. Моніторинг за станом здоров'я матері і дитини / [О.М. Орда, Р.О. Моїсеєнко, М.В. Голубчиков та ін.] – К., 2007. – 40 с.
11. Valcamonico A. Mid- and long-term outcome of extremely low birth weight (ELBW) infants: an analysis of prognostic factors / A. Valcamonico, P. Accorsi, C. Sanzeni // J. Matern. Fetal Neonatal Med. – 2007. – V.20, №6. – P. 465–471.
12. The European Health Report 2002 // WHO, Euro Scar. – 2002. – № 97. – 156 p.

**НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ  
У ЖЕНЩИН, В АНАМНЕЗЕ КОТОРЫХ  
БЫЛИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО  
ТАЗА НА ФОНЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВОГО  
ПУЗЫРЯ**

*О.И. Боднарюк, О.А. Андриец, К.Ю. Гуменная*

**Буковинський державний медичний  
університет  
(г. Черновці, Україна)**

**Резюме.** В данной работе освещены проблемы невынашивания беременности у женщин, в анамнезе которых в подростковом возрасте были воспалительные заболевания органов малого таза на фоне воспалительных заболеваний почек и мочевого пузыря.

**Ключевые слова:** невынашивание беременности, воспалительные заболевания органов малого таза, урогенитальные инфекции.

**MISCARRIAGE IN WOMEN, WICH HAD IN  
ANAMNAESIS INFLAMMATORY DISEASES  
OF PELVIC ORGANS  
ON THE BACKGROUND OF INFLAMMATORY  
DISEASES OF KIDNEYS  
AND BLADDER**

*O.I Bodnaryuk, O.A. Andriets,  
K.Y. Gumennaya*

**Bukovinian State  
Medical University  
(Chernivtsi, Ukraine)**

**Summary.** In this paper covered the problem of miscarriage in women in anamnaesis of whom in young age were inflammatory disease of pelvic organs on the background of inflammatory disease of the kidneys and bladder.

**Keywords:** miscarriage, inflammatory disease of the pelvic organs, urogenital infections.

*Рецензент: Завідувач кафедри акушерства та  
гінекології факультету післядипломної освіти  
Буковинського державного медичного  
університету  
д.м.н., професор Юзько О.М.*