

УДК: 618,3:618,618.15-008.87,146:618.14-006.36.03

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ВАГІТНИХ ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ ТА ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ В АНАМНЕЗІ

М. В. Лянна*ДВНЗ "Ужгородський національний університет", медичний факультет,
кафедра акушерства та гінекології, м. Ужгород*

Вступ

Лейоміома та патологія шийки матки є найпоширенішими захворюваннями репродуктивної системи жінки. В останні роки простежується тенденція до поширення вказаних захворювань серед молодих пацієнток з нереалізованими планами [1]. Існує припущення, що етіологічним чинником виникнення лейоміоми матки є вірусна інфекція, зокрема, герпетична [2]. Патологічні зміни шийки матки часто виникають на фоні хронічних персистуючих інфекцій, таких як герметична, цитомегаловірусна [3]. Таким чином, існує певна спільна «точка» прикладання патогенного впливу вірусних інфекцій – епітеліоцити шийки матки та міоцити тіла матки. Оскільки сучасні лікувальні технології не забезпечують повної елімінації вказаних вірусів з організму жінки, що планує вагітність, завжди існує ризик їх реактивації у вагітних із постійним прогресуванням росту лейоматозного вузла та рецидивом патології шийки матки, в тому числі дисплазій, а також внутрішньоутробного інфікування плода [4].

Мета дослідження

Вивчити особливості мікробіологічного статусу у вагітних із лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі.

Матеріали і методи

Для досягнення вказаної мети нами було сформовано основну групу вагітних (I) – 30 пацієнток із лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі і контрольну (II) – 20 здорових вагітних без вказаних захворювань в анамнезі. Пацієнтки обох груп були порівняні за віком, паритетом, соціальним статусом. Усі пацієнтки основної групи до планової вагітності отримували лікування з приводу лейоміоми матки гормонотерапією комбінованим оральним контрацептивом – 18 жінок (60%),

агоністами гонадотропін – релізінг гормону – 6 пацієнток (20%). У жінок основної групи розміри вузла (єдиного або домінантного) на момент настання вагітності становили: у 2 (6,6%) пацієнток – 2,5-3,5 см. У всіх пацієнток основної групи локалізація вузла була субсерозна або інтрамурально-серозна.

Щодо патології шийки матки, то у жінок I (основної) групи, в анамнезі мали місце доброякісні (фонові) процеси – 18 пацієнток (60%), з них екзо- та ендоепітеліальні – 12 (40%), субепітеліальний ендометріоз шийки матки – 4 жінки (13,3%), ектопія – 4 жінки (13,3%).

У 12 жінок основної групи в анамнезі мала місце дисплазія різного ступеня важкості: у 9 (30%) – легка, у 2 (6,6%) – середня та в 1 (3,3%) – тяжка. З приводу вказаних захворювань, жінкам з запальними процесами в анамнезі було проведено санацію, при ектопіях, субепітеліальному ендометріозі та дисплазіях легкого ступеня – кріодеструкцію, а при дисплазіях середнього і важкого ступенів – радіохвильову конізацію шийки матки. Всі пацієнтки основної групи до вагітності були інфіковані вірусом цитомегалії, простого герпесу, а при дисплазіях – вірусом папіломи людини. Визначення вірусологічного статусу у вказаних групах вагітних здійснювались наступними методами: імунологічний (простого герпесу 1 та 2 типів, вірус цитомегалії), – антитіла IgG та IgM матеріал: венозна кров; тест-системи: DIA-Sorin, Італія з визначенням динаміки титру антитіл у парних сироватках з інтервалом 2 тижні та використання полімеразної ланцюгової реакції для визначення ДНК папіломи людини високоонкогенного ризику в зішкрібах шийки матки.

Для бактеріологічного дослідження урогенітальної мікрофлори здійснювали з використанням класичних методів дослідження – виділення чистих культур, їх ідентифікація і чутливість до антибактеріальних препаратів.



Доставлений матеріал у лабораторії засівали на чашки з 5% кров'яним агаром, жовточно-сольовим агаром на середовище Ендо, лактобакагар, середовище Сабуро, в пробірки із тіогліколевим середовищем та цукровим бульйоном. Посіви інкубували при $t +37^{\circ}$, 24-48 годин. Чашки з 5% кров'яним агаром – при підвищеному вмісті CO_2 . При появі росту на щільних середовищах здійснювали підрахунок колоній різної морфології, враховуючи їх співвідношення проводил видову ідентифікацію мікроорганізмів і визначали чутливість до антибактеріальних препаратів. Етіологічно значимими вважають наявність мікроорганізмів у титрі $>10^5$ КУО/мл, для міко- та уреоплазми - $>10^4$ КУО/мл. Для обробки отриманих результатів дослідження використовували статистичні методи.

Результати досліджень

Як показали результати наших досліджень, у пацієнток основної групи достовірно частіше, ніж в контрольній мали місце небажоприємні зміни вірусологічного статусу. Зокрема, у терміні 10-12 тижнів вагітності достовірне ($p < 0,05$) зростання титрів IgG у 4 і більше разів до цитомегаловіруса мало місце у 8 (26,6%) пацієнток основної групи, проти 1 пацієнтки (5%) контрольної групи.

У 3 пацієнток основної групи мала місце поява IgM у крові, що свідчило про те, що реактивація хронічної персистуючої інфекції не завжди супроводжується позитивним титром М-класу антитіл. Щодо вірусу простого герпесу, то реактивація у 10-12 тижнів вагітності мала місце в 11 (36,6%) пацієнток основної групи, проти 1 (5%) контрольної. Цікаво відзначити, що 6 пацієнток основної групи мали реактивовану як цитомегало-, так і герпесвірусну інфекцію. Таким чином, усього 12 (40%) з 30 жінок основної групи мали загострення хронічної цитомегаловірусної і (чи) герпесвірусної інфекції, що є фактором ризику несприятливих перинатальних наслідків аж до загибелі плоду [4]. Щодо вірусу папіломи людини, то позитивний ВПЛ-тест методом ПЛР мав місце у 10 (33,3%) пацієнток основної групи, які в анамнезі отримували лікування з приводу дисплазії шийки матки різного ступеня важкості. Цікаво відзначити, що ВПЛ-тест був негативним у всіх 20 жінок контрольної групи.

Звісно, що реактивація хронічних персистуючих вірусних інфекцій не могла не відобразитись на мікроекології статевих шляхів у вагітних основної групи. Проведені бактеріологічні дослідження серед жінок основної та контрольної груп представлені в таблицях 1 та 2.

Таблиця 1

Питома вага різних видів мікрофлори у вагітних основної та контрольної груп у 10-12 тижнів вагітності

Мікрофлора піхви	Групи жінок	
	Контрольна	Основна
Лактобацили	96,5 $\pm$ 1,3	40,8 $\pm$ 1,3*
Біфідобактерії	2,4 $\pm$ 0,3	-
Пропіоновокислі бактерії	1,6 $\pm$ 0,2	-
Гриби роду Кандіда	1,3 $\pm$ 0,2	12,9 $\pm$ 1,2**
Стафілококи	1,1 $\pm$ 0,7	12,3 $\pm$ 1,1**
Стрептококи	-	7,1 $\pm$ 1,2**
Кишкова паличка	-	5,9 $\pm$ 1,4**
Коринебактерії	-	7,1 $\pm$ 1,1**
Ентерококи	-	5,5 $\pm$ 0,8**
Пептострептококи	1,0 $\pm$ 0,1	5,1 $\pm$ 0,8**
Бактероїди	-	3,4 $\pm$ 0,5**
Фузобактерії	-	3,6 $\pm$ 0,6**

Примітка: * - достовірність відносно контрольної групи, $p < 0,05$

** - $p < 0,01$

Таблиця 2

**Кількісні показники вагінальної мікрофлори у вагітних досліджуваних груп (К 1мл)
у 10-12 тижнів вагітності**

Мікрофлора піхви	Групи жінок	
	Контрольна	Основна
Лактобацили	6,21±0,12	1,94±0,02*
Умовно- та патогенні мікроорганізми	2,47±0,13	7,17±0,36*

Примітка: * - достовірність вірусної контрольної групи $p < 0,05$

Таким чином, отримані результати свідчать, що реактивація хронічних вірусних інфекцій в основній групі призвела до виникнення дисбіозу піхви у цій групі, що є фактором ризику хоріоамніту, передчасних пологів, післяпологових септичних ускладнень, а також виникнення рецидиву дисплазії та доброякісних фонових захворювань шийки матки.

Цікавим є той факт, що у всіх жінок з реактивованою ВПГ ½ типів і ЦМВ інфекціями мало місце зростання розмірів міоматозних візлів. Так, у період з 10 по 22 тиждень у всіх 12 вагітних з реактивацією ЦМВ та ВПГ ½ інфекціями розміри єдиного і домінантного вузлів зросли у $2,1 \pm 0,2$ рази. Це, в свою чергу, призвело до появи епізодів загрози зриву вагітності, формування плацентарної дисфункції у вказаній групі пацієн-

ток, що погіршувало акушерські та перинатальні наслідки розродження у порівнянні з контрольною групою.

Висновки

1. У вагітних із лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі високий ризик реактивації хронічних персистуючих інфекцій (цитомегаловірусної, герпетичної, папіломавірусної) на ранніх (10-12 тижнів) строках вагітності.

2. Виявлені особливості вірусологічного статусу у вагітних із лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі призводять до прогресування росту лейоміоми та виникнення піхвових дисбіозів, що є фактором ризику акушерських та перинатальних ускладнень і вимагає розробки профілактично-лікувальних заходів.

Резюме. В статті представлено результати мікробіологічного статусу у вагітних із лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі. Встановлено, що ця група пацієнток перебуває в зоні високого ризику реактивації хронічних вірусних інфекцій, що веде до вагінального дисбіозу, збільшення розмірів лейоміоми, що призводить до акушерських та перинатальних ускладнень.

Ключові слова: вагітність, мікробіологічний статус, лейоміома, патологія шийки матки.

Peculiarities of Microbiological Status in Pregnans with Lejomjoma and Cervical Pathology in anamnesis

M.V. Lyanna

Summary. An article the results of Microbiological Status investigations in Pregnans with Lejomjoma and Cervical Pathology in anamnesis are analysed. It's showed that this group of patients are of a high cisle of chronic virus infections reactivation coursed to vaginal disbyosis leyomyoma groufh and these ones lead to abstenical and perinatal complications.

Key words: pregnancy, microbiological status, leyomyoma, cervical pathology.

ЛІТЕРАТУРА

1. Подольський В.В. Хронические воспалительные заболевания половых органов – основная угроза репродуктивному здоровью / В.В. Подольский, В.Л. Дронева // Doctor. – 2001. – №5(9). – С.18–20.



2. Ланчинский В. И. Современные представления об этиологии и патогенезе лейомиомы матки / В.И. Ланчинский, И.А. Ищенко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – №2(5,6). – С.64–69.
3. Боровкова Е.И. Взаимодействие возбудителей инфекций с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода / Е.И. Боровкова, И.С. Сидорова // Акушерство и гинекология. – 2005. – №2. – С.20–24.
4. Антонова О.Л. Взаємозв'язок показників рН піхвового середовища у вагітних зі змінами мікробіоценозу піхви з перебігом та наслідками вагітності / О.Л. Антонова // ПАГ. – 2002. – №1. – С.74–75.