

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ САЛЬПИНГООФОРИТ

Проанализировано течение беременности и родов двух групп женщин, которые перенесли острый сальпингоофорит. Первая группа женщин получала лечение только в стационаре, второй группе кроме стационарного лечения проводились реабилитационные мероприятия в женской консультации и в санатории. У второй группы женщин значительно снизилось такое осложнение беременности, как невынашивание, в родах реже встречалась гипоксия плода и оперативное родоразрешение.

Актуальность исследования

Воспалительные заболевания матки и ее придатков занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии. Они диагностируются у 60-65% пациенток, обращающихся в гинекологические учреждения, возникают в молодом возрасте, приводят к нарушению специфических функций женского организма [1,2,7].

Нарушения гормонального гомеостаза у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки проявляются различными отклонениями в секреции половых и гонадотропных гормонов. Такие изменения выявлены у 92% обследованных больных. Гормональный гомеостаз у больных с острым сальпингоофоритом характеризуется состоянием гипоэстрогемии, снижением секреции прогестерона, а также нарушениями правильного ритма секреции гонадотропных гормонов гипофиза [3,6].

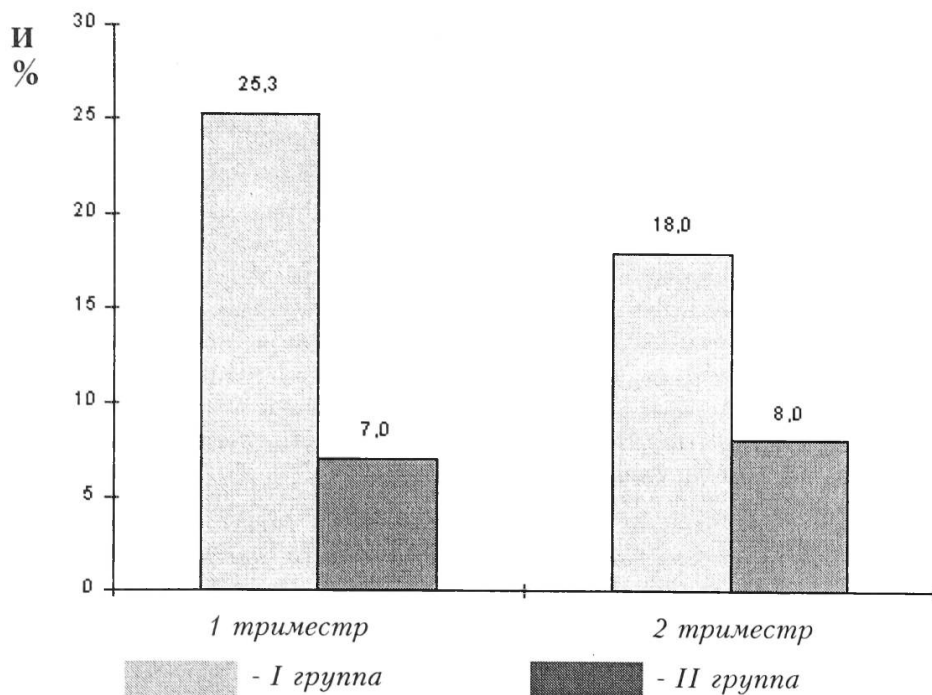
Особого внимания заслуживают осложнения, возникающие вследствие воспалительных заболеваний матки и придатков. Влияние воспалительных заболеваний на репродуктивную функцию проявляется не только в увеличении частоты трубного и гормонального бесплодия, но и в патологическом течении последующих беременностей и родов [4,5].

Исходя из этого, целью настоящей работы явилось сравнительное изучение течения беременности и родов у женщин, перенесших острый сальпингоофорит.

Материалы и методы

Были обследованы 2 группы пациенток. I группу составили 174 нерожавшие женщины, которым по поводу сальпингоофорита проводилось лечение только в стационаре. II группа состояла из 88 пациенток, которым после стационарного лечения проводилась двухэтапная реабилитация: сначала (1-й этап) амбулаторно в женской консультации, затем (2-й этап) в условиях курорта Сочи. После окончания курса реабилитации осуществляли динамическую оценку менструальной функции (тесты функциональной диагностики, определяли уровень гонадотропных и половых стероидных гормонов в крови) и при необходимости проводили гормональную коррекцию выявленных нарушений. Группы были сопоставимы по основным эпидемиологическим характеристикам.

Пациенткам с воспалительными заболеваниями в стационаре проводились общепринятые методы лечения. Во II исследуемой группе на первом этапе реабилитации амбулаторно выполнялось по показаниям лечение эндоцервицитов, кольпитов, бактериального вагиноза, физиотерапия. На втором этапе в условиях курорта использовали сероводородную бальнеотерапию, климатотерапию, лечебную физкультуру, физиотерапию, иглорефлексотерапию, общий и гинекологический массаж. При необходимости гормональная коррекция осуществлялась прогестероном, норколутом, эстроген-гестагенными препаратами.



Частота угрожающего выкидыша в первом и во втором триместре беременности у женщин с острым сальпингоофоритом в анамнезе.

Результаты исследования

При анализе состояния репродуктивной функции установлено, что в I группе бесплодие выявлено у 36 (20.7%), самопроизвольное прерывание беременности отмечено в первом и во втором триместрах у 24 (13.8%), во II группе - соответственно у 5 (5.7%) и у 4 (4.5%).

Проведен сравнительный анализ течения беременности и родов у 83 женщин I и 71 - II групп. В результате исследования установлено, что в I группе частота угрожающего выкидыша в первом триместре составила 21

(25.3±4.8%), тогда как во II группе этот показатель был в 4 раза ниже - 5 (7.0±3.0%) ($p<0.01$).

Также обращает на себя внимание, что частота угрожающего выкидыша во втором триместре беременности значительно была выше у женщин I группы по сравнению со II группой - 15 (18.1±4.2%) и соответственно 6 (8.4±3.3%) ($p<0.05$). Эти данные представлены на рисунке и в табл.1.

Частота угрожающих преждевременных родов у беременных I группы была в 3 раза выше 26.5±4.8%, чем у беременных II группы 8.4±3.3% ($p<0.01$).

В табл. 2 приводятся данные об осложнениях беременности в изучаемых группах женщин.

Во второй половине беременности в I и II группах наблюдались поздний гестоз, анемия беременных, многоводие, пиелонефрит и др., но статистически значимых различий частоты этих осложнений не выявлено.

При анализе течения и исхода родов в исследуемых группах выявлено, что число срочных родов составило соответственно 65 (78.3±4.5%) и 68 (95.8±2.4%) ($p<0.05$); преждевременных родов - 18 (21.7±4.5%) и 3 (4.2±2.4%) ($p<0.05$). Частота несвоевременного излития околоплодных вод у женщин I группы составила 34 (40.9%), II группы - 28 (39.4%) - была практически одинакова. Статистически значимые отличия имели место в частоте гипоксии плода, она была значительно выше в I группе 23 (27.7±4.9%), а во II группе 8 (11.3±3.8%) ($p<0.05$) (табл. 3).

В табл. 4 представлена частота оперативных вмешательств в родах.

Частота операций кесарева сечения составила в I группе 13 (15.7±4.0%), во II группе - 4 (5.6±2.7%) ($p<0.05$). Имеется статистически достоверное уменьшение частоты абдоминального родоразрешения во II, по сравнению с I группой.

Большинство операций в I группе проведено по экстренным показаниям (10 из 13): отслойка нормально расположенной плаценты; начавшаяся гипоксия плода при отсутствии условий для бы-

Невынашивание беременности у женщин, имевших в анамнезе острый сальпингоофорит (по данным историй родов)

Таблица 1.

Виды невынашивания		I группа n=83	II группа n=71
Угрожающий выкидыш	1-й триместр	21 (25.3±4.8%)**	5 (7.0±3.0%)
	2-й триместр	15 (18.0±4.1%)	6 (8.4±3.3%)
Угрожающие преждевременные роды		22 (26.5±4.8%)*	6 (8.4±3.1%)
Преждевременные роды		18 (21.7±4.5%)*	3 (4.2±2.4%)

Примечание: отличие показателей I и II групп * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Виды осложнений	I группа n=83	II группа n=71
Поздний токсикоз (гестоз)	23 (27.7±4.9%)	20 (28.2±5.3%)
Анемия беременных	11 (13.3±3.7%)	8 (11.3±3.8%)
Многоводие	14 (16.9±4.1%)*	7 (9.9±3.5%)
Пиелонефрит	15 (18.1±4.2%)	10 (14.1±4.1%)
Низкое прикрепление плаценты	2 (2.4%)	1 (1.4%)
Отслойка нормально расположенной плаценты	3 (3.6%)	-

Примечание: отличие от показателя контрольной группы * p<0.05

Виды осложнений	I группа n=83	II группа n=71	
Роды	срочные	65 (78.3±4.5%)	68 (95.8±2.4%)
	преждевременные	18 (21.7±4.5%)*	3 (4.2±2.4%)
	запоздалые	-	-
Преждевременное и раннее излитие вод	34 (40.9±5.8%)	28 (39.4±5.8%)	
Быстрые роды	9 (10.8±3.4%)	7 (9.9±3.5%)	
Слабость родовой деятельности	17 (20.5±4.4%)	10 (14.1±4.1%)	
Внутриутробная гипоксия плода	23 (27.7±4.9%)*	8 (11.3±3.8%)	
Тазовое предлежание	3 (3.6±2.0%)	1 (1.4±1.4%)	
Кровотечение в родах и раннем послеродовом периоде	4 (4.8±2.3%)	3 (4.2±2.4%)	

Примечание: отличие показателей I и II групп * p<0.05

Виды вмешательств	I группа n=83	II группа n=71
Перинеотомия	37 (44.6±5.5%)	33 (46.5±5.9%)
Акушерские щипцы	3 (3.6±2.1%)	1 (1.4±1.4%)
Кесарево сечение	13 (15.7±4.0%)	4 (5.6±2.7%)
Ручное обследование полости матки	4 (4.8±2.8%)	3 (4.2±2.4%)

Примечание: отличие показателя I и II групп * p<0,05

Подгруппы	I группа n=79	II группа n=70
Оценка по шкале Апгар 8-10 баллов	61 (77.2±4.7%)	59 (84.3±4.3%)
Асфиксия новорожденных	легкая 5-7 баллов	7 (10±3.6%)
	тяжелая 1-4 балла	4 (5,7±2,8%)
Крупный плод	1 (1.3±1.3%)	3 (4.3±2.4%)
Гипотрофия плода	5 (6.3±2.7%)	3 (4.3±2.4%)

быстрого родоразрешения через естественные родовые пути; упорная слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии; клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери.

Во II группе 2 женщины родоразрешены операцией кесарева сечения по экстренным показаниям в связи с начавшейся гипоксией плода, две операции произведены по сочетанным показаниям в плановом порядке.

Средняя кровопотеря в родах у женщин I группы составила 240 ± 60 мл, при операции кесарева сечения - 720 ± 75 мл. Во II группе эти показатели соответствовали 215 ± 55 мл и 680 ± 65 мл ($p > 0.05$). У женщин I группы в 3 (3.6%) случаях производилось ручное обследование полости матки; в одном случае - по поводу плотного прикрепления плаценты, в 2 случаях - по поводу задержки части последа. У женщин II группы - в 2 случаях (2.8%) по аналогичным показателям.

В третьем периоде родов у 2 женщин исследуемых групп имело место гипотоническое кровотечение. Объем кровопотери составил от 600 до 900 мл.

Акушерские щипцы применялись с целью укорочения периода изгнания при позднем токсикозе беременных и начавшейся гипоксии плода у 3 (3.6 \pm 2.1%) рожениц I группы и у 1 (1.4 \pm 1.4%) II группы. Перинеотомия произведена у 37 (44.6 \pm 5.5%) женщин I группы и 33 (46.5 \pm 5.9%) - II группы.

Большинство перинеотомий (около 70%) выполнено для укорочения периода изгнания при наличии слабости родовой деятельности и угрожающей гипоксии плода.

Средняя масса тела новорожденных у матерей I и II групп составила 2910.4 ± 400.0 и 3280.4 ± 401.0 и достоверно не отличалась. Средняя длина новорожденных I и II групп соответственно - 50.1 ± 2.6 см и 51.8 ± 1.9 см ($p > 0.05$). Оценка новорожден-

ных по шкале Апгар представлена в табл. 5.

Частота гипотрофий плода составила в I группе 5 (6.3 \pm 2.7%), во II группе 3 (4.2 \pm 2.4%) ($p > 0.05$). Перинатальная смертность в I группе составила 4 (48 \pm 23%), во II группе 1 (14 \pm 14%) ($p > 0.05$).

В I группе в 2 случаях отмечалась антенатальная гибель плода, в 1 - интранатальная и в 1 - постнатальная. Причины смерти: в 2 наблюдениях - тяжелая гипоксия плода при отслойке плаценты при сроке 29-30 недель и 31-32 недели; в 1 случае внутриутробная генерализованная микоплазменная инфекция с поражением ЦНС, легких, печени; в 1 - синдром дыхательных расстройств (гиалиновые мембраны) осложнившийся внутрижелудочковым кровоизлиянием 3-й степени, роды при сроке 33-34 недели.

Во II группе - в 1 случае причиной антенатальной гибели плода была внутриутробная генерализованная ДНК-вирусная инфекция.

На основании полученных результатов сделаны следующие выводы: у беременных, перенесших острый сальпингооофорит и не подвергшихся лечебно-восстановительным мероприятиям в женской консультации и санатории, беременность в 70% случаев прерывается на разных сроках и в 21,7% случаев заканчивается преждевременными родами. Патологическое течение родов отмечено в 79,5%, вследствие этого высок показатель перинатальной смертности - 48%; в родах слабость родовой деятельности встречается у каждой пятой, и почти у каждой четвертой - гипоксия плода; оперативное родоразрешение составило 19,3%.

Выводы

Таким образом, женщины, перенесшие острый сальпингооофорит при наступлении беременности, составляют группу риска по

невынашиванию беременности и патологическому течению родов.

Двухэтапная реабилитация больных, перенесших острый сальпингооофорит, сначала в женской консультации, затем в условиях курорта, последующая динамическая оценка менструальной функции и при необходимости ее гормональная коррекция до наступления беременности позволяют в дальнейшем значительно уменьшить частоту невынашивания беременности и гипоксии плода в родах, оперативного родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина В.И., Стругацкий В.М. О реабилитации в акушерско-гинекологической практике // Акушерство и гинекология. - 1984. - № 11. - С.3-8.
2. Боровская В.Д., Джагинян А.И., Тильба И.П. и др. О возможных путях повышения эффективности курортного лечения женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза // Акушерство и гинекология. - 1994. - № 1. - С.47-51.
3. Ворона И.Г., Бергман А.С. Гормональный гомеостаз у больных неспецифическим сальпингооофоритом. - Рига: Зинатне. 1990. - С.119.
4. Орлова О.О. Особенности течения беременности и родов у женщин с индуцированной беременностью // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - СПб. 1996.
5. McNelly M.J., Soules M.R. The diagnosis of luteal phase deficiency: A critical review // Fertil. Steril. - 1988. - Vol.50, N 1-2. - p.1-15.
6. Soliman S., Daya S., Collins J., Hughes E.G. The role of luteal phase support infertiliti treatment: a metaanalysis of randomized trials // Fertil. Steril. - 1994. - Vol.61, № 6. - p.1068-1076.
7. Tuck S.M., Gudkin P.L., Turnbull A.C. End of pregnancy in oldery aged primipara with anamnysys of intertillity or without it // Brit. J. Obst. Gynaecol. - 1988. - Vol.95, № 3. - p.230-237.