

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Научная статья

УДК 618.39

doi: 10.19163/1994-9480-2022-19-1-129-132

## ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

*Л.В. Ткаченко, Н.А. Линченко, М.В. Андреева, Е.П. Шевцова*

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия*

**Автор, ответственный за переписку:** Маргарита Викторовна Андреева, vaa1947@yandex.ru

**Аннотация.** Одним из важнейших вопросов практического акушерства в настоящее время является проблема невынашивания беременности, частота которой достигает 20 % [1]. Привычная потеря беременности является следствием множества причин, среди которых роль инфекционного фактора, в частности хронического эндометрита, не вызывает сомнений. По данным различных авторов, до 10 % от всей структуры невынашивания беременности может быть обусловлено данной патологией [2, 3, 4]. Инфекционный и/или воспалительный процесс в полости матки приводит к необратимым изменениям шейки матки, что может выступать патогенетическим фактором развития истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) [5]. Оценка факторов риска несостоятельности шейки матки, в первую очередь хронического эндометрита как одной из основных причин развития данной патологии, особенно важна на этапе планирования беременности. В связи с этим необходимость проведения полноценной прегравидарной подготовки у пациенток с привычным невынашиванием беременности на фоне хронического эндометрита особенно актуальна.

**Ключевые слова:** хронический эндометрит, истмико-цервикальная недостаточность, невынашивание беременности, прегравидарная подготовка, исходы беременности

ORIGINAL RESEARCHES

Original article

## FEATURES OF COMPLEX PREGRAVID PREPARATION OF WOMEN WITH RECURRENT MISCARRIAGE OF INFECTIOUS GENESIS

*L.V. Tkachenko, N.A. Linchenko, M.V. Andreeva, E.P. Shevtsova*

*Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia*

**Corresponding author:** Margarita V. Andreeva, vaa1947@yandex.ru

**Abstract.** One of the most important issues of practical obstetrics at the present time is the problem of miscarriage, the frequency of which reaches 20 % [1]. The habitual loss of pregnancy is a consequence of many reasons, among which the role of an infectious factor, in particular chronic endometritis, is beyond doubt. According to various authors, up to 10% of the entire structure of miscarriage can be caused by this pathology [2, 3, 4]. An infectious and / or inflammatory process in the uterine cavity leads to irreversible changes in the cervix, which can act as a pathogenetic factor for cervical insufficiency (CI) [5]. Assessment of risk factors for cervical incompetence, primarily chronic endometritis as one of the main reasons for the development of this pathology, is especially important at the stage of pregnancy planning. In this regard, carrying out a full-fledged pregravid preparation in patients with recurrent miscarriage against the background of chronic endometritis is beyond doubt.

**Keywords:** chronic endometritis, cervical insufficiency, miscarriage, preconception preparation, pregnancy outcomes

Невынашивание беременности является актуальной медицинской и социальной проблемой. По данным Всемирной организации здравоохранения, ее частота на протяжении нескольких лет составляет 20 % от всех желанных беременностей (15 % – самопроизвольные

выкидыши и 5 % – преждевременные роды) и не имеет тенденции к снижению, несмотря на многочисленные и эффективные методы диагностики и лечения, разработанные в последние годы [6]. Привычная потеря беременности является следствием множества причин,

среди которых роль инфекционного фактора, в частности хронического эндометрита, не вызывает сомнений и достигает до 10 % от всей структуры невынашивания беременности. Установлено, что инфекционный процесс сопровождается необратимыми изменениями в шейке матки, миометрии, плаценте, плодных оболочках, в результате чего возможно развитие истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) [5]. В связи с этим необходима оценка факторов риска возникновения данной патологии, особенно на фоне хронического эндометрита на прегравидарном этапе и во время гестации у женщин с невынашиванием беременности. Сложность лечения этого заболевания заключается не только в необходимости добиться элиминации возбудителя, но и восстановить структурную и функциональную активность эндометрия [7].

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшить течение и исходы беременности у пациенток с привычным невынашиванием, обусловленным истмико-цервикальной недостаточностью на фоне хронического эндометрита.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

На одной из баз ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» обследована и пролечена 71 пациентка с диагнозом привычного невынашивания беременности, обусловленного ИЦН на фоне хронического эндометрита. Средний возраст женщин составил  $(32,0 \pm 0,8)$  года.

На этапе планирования беременности женщины обследованы в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология».

Всем женщинам выполнялось исследование гормонального фона в первую и вторую фазу менструального цикла, проводилась биопсия (с использованием зонда Пайпеля) эндометрия с последующими иммуногистохимическим и гистологическим исследованиями полученной ткани.

Проведенная поэтапная прегравидарная подготовка пациенток с данной патологией заключалась в проведении курса противовоспалительной терапии в случае выявления хронического эндометрита с последующим физиотерапевтическим лечением.

На втором этапе прегравидарной подготовки проводился курс физиотерапевтического лечения (ФТЛ): лазеро-, магнитотерапия (10 процедур), электрофорез с медью на низ живота (8–10 процедур).

Курс ФТЛ начинался сразу после окончания менструации, а именно в следующем цикле после завершения курса антибактериальной терапии.

Физиотерапия проводилась с использованием аппарата «Рикта» по схеме № 4 «Реабилитация при хронических воспалительных заболеваниях малого таза» в количестве 8 процедур, а также с применением электрофореза с медью с помощью аппарата «Поток-1» (на курс лечения 8–10 процедур по 20 минут каждая, с силой тока 10–12 Ампер).

При диагностировании недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ) менструального цикла или обеих его фаз лечение дополнялось гормонотерапией препаратами эстрогенов и прогестерона.

Гормональная терапия, если таковая требовалась, проводилась в течение 3 менструальных циклов. При наступлении беременности у пациенток, ранее получавших гормональную поддержку, лечение эстрогенами было продолжено до 5–6 недель беременности. У пациенток с анатомическим вариантом ИЦН проводили элективное наложение П-образного шва на шейку матки в сроках от 12 до 14 недель и терапию микроиницированным прогестероном (по 200 мг в сутки интравагинально) до 34 недель беременности. У пациенток с функциональным вариантом ИЦН продолжалась гормональная поддержка микроиницированным прогестероном (по 200 мг в сутки интравагинально) до 34 недель беременности. При выявлении укорочения шейки матки во втором триместре гестации, по данным УЗИ, у пациенток данной группы лечение дополнялось введением акушерского пессария.

Группа сравнения сформирована ретроспективно. В нее вошли 59 пациенток с привычным невынашиванием беременности, обусловленным ИЦН. Прегравидарная подготовка проводилась им по общепринятой схеме. Следует отметить, что 23 (39 %) женщинам таковая не проводилась вообще.

Коррекция ИЦН во время беременности в группе сравнения осуществлялась путем наложения П-образного шва на шейку матки в сроке от 13–14 до 19–20 недель гестации (в зависимости от начала прогрессирования ИЦН). Она дополнялась последующей установкой акушерского пессария или проводилась только введением акушерского пессария без хирургического лечения. Гормональная поддержка в группе сравнения осуществлялась препаратами гестагенов с 7–8 недель гестации только у 22 (37,28 %) беременных. Она продолжалась у 2 (3,38 %) из них до 12 недель, а у 20 (33,89 %) – до 19–20 недель.

Таким образом, критериями эффективности предлагаемых схем прегравидарной подготовки и ведения беременности с ИЦН на фоне хронического эндометрита явились: физиологическое течение наступившей беременности, своевременность родоразрешения и благополучные перинатальные исходы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Применение разработанного нами комплексного метода поэтапной прегравидарной подготовки привело к снижению угрозы прерывания беременности в первом триместре в 2,5 раза, в третьем триместре – в 1,26 раза. Уменьшилось количество пациенток, кому потребовалось 3 и более госпитализаций во время настоящей беременности (77,95 и 59,22 % соответственно).

Поздние самопроизвольные выкидыши произошли у 3,3 % женщин группы сравнения. У пациенток основной группы данная патология не выявлена.

Частота преждевременных родов в основной группе наблюдалась в 4,2 % случаев, в группе сравнения она была почти в 3 раза больше (11,8 % случаев).

Перинатальные потери у пациенток группы сравнения составили 5,1 %, в основной группе их не было.

Таким образом, в результате предложенного метода двухэтапной прегравидарной подготовки установлено статистически значимое снижение количества неблагоприятных исходов беременности: в 3,3 раза уменьшилось количество поздних самопроизвольных выкидышей, в 3,2 раза – количество преждевременных родов.

Благоприятные перинатальные исходы в основной группе даже в случае очень ранних преждевременных родов мы, в первую очередь, связываем с отсутствием инфекционных осложнений у данных новорожденных, что, на наш взгляд, обусловлено проведенной двухэтапной прегравидарной подготовкой.

Первый этап лечения был направлен на элиминацию возбудителя и купирование явлений хронического эндометрита. Благодаря второму этапу, заключающемуся в проведении физиотерапевтического воздействия и, при необходимости гормональной коррекции, была восстановлена гемодинамика и активность рецепторного аппарата эндометрия.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современных условиях продолжается поиск новых методов лечения для улучшения перинатальных исходов у женщин с ИЦН на фоне хронического эндометрита. Однако и традиционные методы вносят существенный вклад в лечение и реабилитацию данного контингента больных.

Различные виды физиотерапевтического воздействия оказывают благоприятный эффект на регионарную гемодинамику, процессы клеточного деления, рецепторную активность эндометрия, способствуют

купированию клинических симптомов заболевания и восстановлению структуры ткани эндометрия.

Подводя общий итог, можно сделать вывод об эффективности предлагаемой комплексной поэтапной прегравидарной подготовки у пациенток с ИЦН на фоне хронического эндометрита.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Подзолкова Н.М., Скворцова М.Ю., Шевелева Т.В. Невынашивание беременности. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 128 с.
2. Колесниченко А.А., Петров Ю.А. Хронический эндометрит и невынашивание беременности // Международный вестник прикладных и фундаментальных исследований. 2019. № 10. С. 313–317.
3. Пустотина О.А., Остроменский В.В. Инфекционный фактор в генезе невынашивания беременности // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 13. С. 26–33. doi 10.33978/2307-3586-2019-15-13-26-33
4. Mc Queen D.B., Bernardi L.A., Stephenson M.D. Chronic endometritis in women with recurrent early pregnancy loss and/or fetal demise // Fertil Steril. 2014. Vol. 101 (4). P. 1026–1030.
5. The frequency and significance of intraamniotic inflammation in patients with cervical insufficiency / S.E. Lee, R. Romero, C.-W. Park [et al.] // Am J Obstet Gynecol. 2008. Vol. 198 (6). P. e1-8.
6. Боровкова Л.В., Колобова С.О. Современный взгляд на проблему невынашивания беременности инфекционного генеза // Ремедиум Приволжье. 2016. № 3. С. 19–24.
7. Ковалева Ю.В. Применение низкочастотного ультразвука в комплексной терапии и реабилитации пациенток с хроническим эндометритом // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2017. № 3. С. 32–38.

## REFERENCES

1. Podzolkova N.M., Skvortsova M.Yu., Sheveleva T.V. Miscarriage. Moscow: GEOTAR-Media Publ., 2012. 128 p. (In Russ.).
2. Kolesnichenko A.A., Petrov Yu.A. Chronic endometritis and miscarriage. *Mezhdunarodnyy vestnik prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy = International Bulletin of Applied and Fundamental Research*. 2019;10:313–317. (In Russ.).
3. Pustotina O.A., Ostromensky V.V. Infectious factor in the genesis of miscarriage. *Effektivnaya farmakoterapiya = Effective pharmacotherapy*. 2019;15(13):26–33. doi 10.33978/2307-3586-2019-15-13-26-33. (In Russ.).
4. Mc Queen D.B., Bernardi L.A., Stephenson M.D. Chronic endometritis in women with recurrent early pregnancy loss and/or fetal demise. *Fertil Steril*. 2014;101(4):1026–1030.
5. Lee S.E., Romero R., Park C.-W., Jun J.K., Yoon B.H. The frequency and significance of intraamniotic inflammation

in patients with cervical insufficiency. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(6):e1-8.

6. Borovkova L.V., Kolobova S.O. A modern view on the problem of miscarriage of infectious genesis. *Remedium Privolzh'ye = Remedium Privolzhye.* 2016;3:19–24. (In Russ.).

7. Kovaleva Yu.V. The use of low-frequency ultrasound in the complex therapy and rehabilitation of patients with chronic endometritis. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kul'tury = Questions of balneology, physiotherapy and exercise therapy.* 2017;3:32–38. (In Russ.).

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

***Информация об авторах***

**Людмила Владимировна Ткаченко** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, tkachenko.fuv@mail.ru

**Наталья Александровна Линченко** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, linchenko@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1408-4914>

**Маргарита Викторовна Андреева** – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, vaa1947@yandex.ru

**Елена Павловна Шевцова** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, e.p.shevtsova@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2887-1185>

Статья поступила в редакцию 25.11.2021; одобрена после рецензирования 12.01.2022; принята к публикации 22.02.2022.

**The authors declare no conflicts of interests.**

***Information about the authors***

**Lyudmila V. Tkachenko** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, tkachenko.fuv@mail.ru

**Natalia A. Linchenko** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, linchenko@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1408-4914>

**Margarita V. Andreeva** – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, vaa1947@yandex.ru

**Elena P. Shevtsova** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, e.p.shevtsova@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2887-1185>

The article was submitted 25.11.2021; approved after reviewing 12.01.2022; accepted for publication 22.02.2022.