

Клінічний аналіз соматичного і репродуктивного анамнезу у вагітних з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі

О.І. Кротік

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: проведення клініко-статистичного аналізу соматичного та репродуктивного анамнезу у вагітних з інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), в анамнезі.

Матеріали та методи. Було проведено клініко-статистичний аналіз соматичного та репродуктивного анамнезу 100 вагітних з ІПСШ, в анамнезі. Пацієнтки були розподілені методом випадкового вибору на групи: I (основна) група – 50 вагітних, що підлягали прегравідарній підготовці, акушерському та перинатальному супроводженню і розродженню згідно з розробленими нами медико-організаційними алгоритмами, прогностичної методики та лікувально-профілактичних схем; II група – 50 вагітних, що отримували загальноприйняті прогностичні та лікувально-профілактичні заходи, і III група (контрольна) – 30 практично здорових вагітних з благополучним репродуктивним анамнезом і неускладненим перебігом даної вагітності.

Оброблення даних проводили з використанням програмного пакета StatSoft Statistica 8.0.

Результати. Основними факторами ризику розвитку акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з ІПСШ, в анамнезі є: наявність високого інфекційного індексу в анамнезі (76,0% та 72,0%), хронічні та гострі запальні процеси сечовидільної системи (48,0% та 40,0%), ІПСШ до вагітності (32,0% та 28,0%), а також репродуктивні втрати інфекційного генезу (21,0% та 28,0%): мимовільні викидні, затримка розвитку плода, та ПД, анте- та інтранатальна загибель плода в анамнезі. Проведений клініко-статистичний аналіз не виявив істотної різниці між жінками основної групи та групи порівняння за вивченими показниками, що дозволяє їх порівнювати між собою у подальшому дослідженні.

Заключення. При співставленні отриманих даних після проведеного аналізу преморбідного фону, соматичного та репродуктивного анамнезу у вагітних

з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі суттєві розбіжності між основною та групою порівняння були відсутні, що дає нам змогу порівнювати їх між собою в подальшому дослідженні.

Ключові слова: інфекції, що передаються статевим шляхом, допоміжні репродуктивні технології, вагітність, соматичний та репродуктивний анамнез.

Особливості клініки та перебігу хронічних запальних захворювань справляють негативний вплив на організм жінки. Тривалий перебіг, часті загострення хронічних процесів органів малого таза негативно впливають на репродуктивну функцію жінок, на перебіг вагітності, результат пологів і на здоров'я новонароджених [1–3].

Урогенітальні інфекції належать до найбільш соціально значущих захворювань. Їхніми особливостями є як значне поширення, так і тяжкі наслідки для організму хворого і для суспільства загалом [1–4]. За даними ВООЗ, сифіліс, гонорея, трихомоніаз, хламідійна інфекція є найбільш поширеними хворобами у світі. Щодня реєструють понад 1 млн випадків зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), щорічно фіксують 376 млн нових випадків зараження однієї з чотирьох ІПСШ – хламідіозом (127 млн), гонореєю (87 млн), сифілісом (6,3 млн) або трихомоніазом (156 млн). Понад 500 млн людей живуть з генітальною інфекцією (генітальним герпесом ВПГ), близько 300 млн жінок інфіковані вірусом папіломи людини (ВПЛ) – основною причиною раку шийки матки.

За статистикою, майже 240 млн осіб у всьому світі живуть з хронічним гепатитом В. Ще приблизно у 250 млн людей реєструють інші сексуально-трансмисивні інфекції [1]. Передача ІПСШ від матері до дитини може призводити до мертвонародження, смерті новонародженого, малої маси тіла при народженні, недоношеності, сепсису, пневмонії, неонатального кон'юнктивіту і вроджених аномалій.

За оцінками науковців, у 2016 році майже 1 млн вагітних були інфіковані сифілісом, що призвело приблизно до 350 тис. випадків несприятливих наслідків пологів, з них 200 тис. мертвонароджень і випадків смерті новонародженого [1, 7–12]. Інфекція ВПЛ щорічно призводить до 570 тис. випадків захворювання на рак шийки матки і понад 300 тис. випадків смерті від раку шийки матки [1–6, 13–15].

Отже, соціальна значущість ІПСШ визначається цілою низкою чинників, серед яких можна виділити наступні [1, 6, 13]:

- етіологія запальних захворювань органів малого таза у жінок, що призводять до розвитку безпліддя та інших порушень репродуктивної функції, в 60–70% спостережень обумовлена такими ІПСШ, як хламідійна або гонококова інфекції;
- ІПСШ є небезпекою для плода та новонародженого, викликаючи важкі захворювання, нерідко несумісні з життям;
- переконливо доведена роль онкогенних типів вірусу папіломи людини, що передаються статевим шляхом, у розвитку раку шийки матки.

Однією з провідних причин безплідного шлюбу є інфекційно-запальні процеси статевих органів, які складають генітальну патологію у 38,2% жінок, у 43,3% чоловіків і в 2/3 випадків діагностують в обох з подружжя. Водночас щонайменше 60% випадків запальних захворювань органів малого таза жінок пов'язані з інфікуванням збудниками ІПСШ, нерідко в асоціації з облигатними мікроорганізмами, що входять до складу нормальної вагінальної мікрофлори [11–15].

Викладене вище свідчить про актуальність вивчення проблеми репродуктивного здоров'я жінок з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі як з наукових, так і з практичних позицій.

Мета дослідження: проведення клініко-статистичного аналізу соматичного і репродуктивного анамнезу у вагітних з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети на базі Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини за період 2020–2021 рр. (клінічна база кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НУОЗУ імені П.Л. Шупика) вивчені основні особливості клініко-статистичного аналізу соматичного та репродуктивного анамнезу 100 вагітних з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі. Пацієнтки були розподілені методом випадкового вибору на групи:

I (основна) група – 50 вагітних, що підлягали прегравідарній підготовці, акушерському та перинатальному супроводженню і розродженню згідно з розробленими нами медико-організаційними алгоритмами, прогностичними методами і лікувально-профілактичними схемами;

II група – 50 вагітних, що отримували загальноприйняті прогностичні й лікувально-профілактичні заходи;

III (контрольна) група – 30 практично здорових вагітних з благополучним репродуктивним анамнезом і неускладненим перебігом даної вагітності.

Під час підрахунку результатів застосовували методи, прийняті медико-біологічної статистикою, викладені в керівництві Гланц [16]. Оброблення даних проводили з використанням програмного пакета StatSoft Statistica 8.0.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усім вагітним було проведено комплексне клінічне обстеження з урахуванням скарг, даних анамнезу, об'єктивних та додаткових методів обстеження.

Критерії включення пацієнток у дослідження:

- жінки репродуктивного віку з підтвердженням в анамнезі ІПСШ;
- встановлений діагноз безпліддя;
- бажання жінки (інформована згода) взяти участь у дослідженні;
- відсутність соматичних захворювань, які є протипоказанням до вагітності та пологів;
- відсутність некомпенсованої екстрагенітальної патології;
- відсутність психічних розладів та прийому психотропних препаратів за рік до та під час вагітності;
- відсутність наркотичної та алкогольної залежності.

Розподіл обстежених жінок за віковим складом представлено в табл. 1. Зважаючи на отримані результати, слід відзначити, що середній вік пацієнток КГ становить $26,2 \pm 2,1$ року, а в основній групі та групі порівняння цей показник був достовірно вищий – $31,53 \pm 2,8$ року та $32,69 \pm 2,7$ відповідно ($p > 0,05$). Такі розбіжності можна пояснити особливостями акушерського анамнезу.

Під час вивчення соціального статусу привертає увагу те, що у всіх трьох групах переважали жінки-службовці – 62,6% ($p > 0,05$).

Таблиця 1

Вік досліджуваних жінок, абс. число (%)

Вік	Група жінок		
	КГ, n=30	I група, n=50	II група, n=50
20–25 років	12 (40,0%)	7 (14,0%)*	6 (12,0%)*
26–30 років	9 (30,0%)	12 (24,0%)	9 (18,0%)
31–35 років	7 (23,3%)	21 (42,0%)*	23 (46,0%)*
36–40 років	2 (6,7%)	10 (20,0%)*	12 (24,0%)*
Середній вік	27,5±1,2	34,7±1,1	35,1±1,3

Примітка. * – Різниця достовірна щодо КГ ($p<0,05$).

Таблиця 2

Особливості менструальної функції в обстежених жінок, абс. число (%)

Показник	Група жінок		
	КГ, n=30	I група, n=50	II група, n=50
Раннє менархе	1 (3,3%)	4 (8,0%)*	5 (10,0%)*
Пізнє менархе	2 (6,7%)	5 (10,0%)	4 (8,0%)
АМК в анамнезі	-	4 (8,0%)*	5 (10,0%)*
Нормальний МЦ	27 (90,0%)	37 (74,0%)*	36 (72,0%)*

Примітка. * – Різниця достовірна щодо КГ ($p<0,05$).

Ранній початок статевого життя спостерігався у кожній другій жінки I та II груп, а в жінок КГ – у кожній четвертій. Аналіз становлення менструальної функції у пацієнток досліджуваних груп продемонстрував:

- високий рівень раннього початку менархе у жінок I та II груп (КГ – 3,3%, I група – 11,7%, II група – 10,0%; $p<0,05$);
- пізнє менархе (КГ – 6,7%, I група – 16,7%, II група – 13,3%; $p<0,05$);
- аномальні маткові кровотечі в анамнезі (тільки в I групі – 13,3% та II групі – 16,7%; $p<0,05$).

Таблиця 3

Гінекологічна патологія в обстежених жінок, абс. число (%)

Показник	Група жінок		
	КГ, n=30	I група, n=50	II група, n=50
Патологічні зміни шийки матки	4 (13,3%)	19 (38,0%) *	18 (36,0%) *
Запальні захворювання	3 (10,0%)	50 (100,0%) *	50 (100,0%) *
Лейоміома матки	2 (6,7%)	7 (14,0%)	5 (10,0%)
Ендометріоз	-	4 (8,0%)	3 (6,0%)
Кісти яєчників	-	2 (4,0%)	1 (2,0%)
Хронічний аднексит	-	23 (46,0%) *	24 (48,0%) *
Хронічний ендометрит	-	11 (22,0%) *	12 (24,0%) *

Примітка. * – Різниця достовірна щодо КГ ($p<0,05$).

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Аналіз даних гінекологічного анамнезу дозволив зробити висновок, що найбільш часто патологія зареєстрована у жінок I та II груп. Так, кількість гінекологічних захворювань на одну жінку в I і II групах – 1,3, в КГ – 0,3. Питома вага перенесеної гінекологічної патології в обстежених вагітних була достатньо високою. Водночас зафіксовано патологічні зміни шийки матки (38,0% і 36,0% відповідно; $p < 0,05$).

Привертає увагу високий рівень:

- запальних захворювань матки і придатків (КГ – 10,0%, I група – 68,0% і II група – 72,0%; $p < 0,05$);
- лейоміоми матки (КГ – 6,7%, I група – 14,0% і II група – 10,0%).

На високу частоту запальних захворювань матки і придатків у структурі гінекологічної патології у жінок I та II групи вказують й інші дослідники [3, 4, 7–9, 14, 18–20]. Усе це негативно впливає в подальшому на реалізацію репродуктивної функції, є причиною порушень ранньої гестації, раннього розвитку ПД, загрози переривання вагітності, синдрому затримки розвитку плода (ЗРП), передчасних пологів. Тому таким жінкам необхідне проведення комплексу заходів з профілактики ускладнень поза вагітністю.

З огляду на спрямованість роботи щодо відношення до можливого розвитку внутрішньоутробного інфікування, ми вважали доцільним проаналізувати наявність ІПСШ в анамнезі у пацієнток усіх досліджуваних груп. Аналіз цих даних представлено в табл. 4.

У жінок КГ під час обстеження найчастіше фіксували гриби роду *Candida* (13,3%), бактеріальний вагіноз (16,7%), неспецифічні інфекції (13,3%). Дані, наведені у табл. 4, свідчать про те, що у жінок основної групи та групи порівняння найчастіше виявлялися:

- гриби роду *Candida* (52,0% та 56,0% відповідно; $p < 0,05$),
- бактеріальний вагіноз (44,0% та 48,0% відповідно; $p < 0,05$),
- генітальний герпес (12,0% та 10,0% відповідно; $p < 0,05$),
- неспецифічні інфекції зовнішніх статевих шляхів (32,0% та 28,0% відповідно; $p < 0,05$).

Таблиця 4

Інфекція, що передається статевим шляхом в анамнезі, абс. число (%)

Показник	Група жінок		
	КГ, n=30	I група, n=50	II група, n=50
<i>Trichomonas vaginalis</i>		26 (52,0)	28 (56,0)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	-	5 (10,0)	4 (8,0)
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	-	2 (4,0)	2 (4,0)
<i>Mycoplasma genitalium</i>	-	3 (6,0)	4 (8,0)
Бактеріальний вагіноз	5 (16,7)	22 (44,0) *	24 (48,0) *
Вульвовагінальний кандидоз	4 (13,3)	26 (52,0) *	28 (56,0) *
Herpes simplex virus I, II	-	6 (12,0) *	5 (10,0) *
Cytomegalovirus	-	16 (32,0) *	14 (28,0) *
Неспецифічні інфекції	4 (13,3)		

Примітка. * – Різниця достовірна щодо КГ ($p < 0,05$).

Таблиця 5

Акушерський анамнез у досліджуваних жінок, абс. число (%)

Показник	Група жінок		
	КГ, n=30	I група, n=50	II група, n=50
Першовагітні	23 (76,7%)	21 (42,0%) *	23 (46,0%) *
Народжують вперше	26 (86,7%)	32 (64,0%)	34 (68,0%)
Народжують повторно	4 (13,3%)	18 (36,0%)	16 (32,0%)
Медичні аборти	3 (10,0%)	11 (22,0%) *	10 (20,0%) *
Мимовільні викидні	-	5 (10,0%)	3 (6,0%)
Безпліддя	-	24 (48,0%)	26 (52,0%)
Позаматкова вагітність	-	2 (4,0%)	2 (4,0%)
Анте- та інтранатальна загибель	-	1 (2,0%) *	2 (4,0%) *
ЗРП при попередній вагітності	-	5 (10,0%) *	6 (12,0%) *

Примітка. * – Різниця достовірна щодо КГ ($p < 0,05$).

Загалом у 100% досліджуваних пацієнток I та II груп спостерігалися в анамнезі ІПСШ. Ці показники основної групи та групи порівняння суттєво відрізняються від КГ і свідчать про те, що обтяжений гінекологічний анамнез є прегравадарним фоном для ускладненого перебігу вагітності у цих жінок. Отримані розбіжності, на нашу думку, слід враховувати і під час оцінювання факторів ризику подальшого розвитку акушерських та перинатальних ускладнень.

Отже, одним з основних факторів ризику розвитку акушерських та перинатальних ускладнень у жінок I та II груп є наявність в анамнезі хронічних гінекологічних запальних процесів. Тому дуже важливим є обстеження цих жінок в період планування наступної вагітності.

Було проведено аналіз акушерського анамнезу в обстежених жінок. За результатами аналізу репродуктивного анамнезу (табл. 5) в КГ переважали жінки, які вперше завагітніли (76,7%), в обох досліджуваних групах переважали повторновагітні пацієнтки: I група – 42,0% і II група – 46,0%; $p < 0,05$. Відсоток штучних абортів приблизно однаковий серед жінок I і II групи і становить 22,0% в основній групі та 20,0% в групі порівняння, але достовірно відрізнявся від показника КГ – 10,0% ($p < 0,05$). В основній групі 10,0% та 6,0% жінок групи порівняння мали в анамнезі один та більше мимовільних викиднів.

Хронічні запальні процеси призвели до розвитку позаматкової вагітності – по 2 (4,0%) випадки в I і II групах відповідно. Синдром ЗРП при попередніх вагітностях спостерігався в I групі – 10,0%, в II групі – 12,0%; $p < 0,05$; анте- та інтранатальна загибель плоду в анамнезі в I та II групі – 6,0% та 4,0% випадків відповідно, в КГ групі цей показник, як і синдром ЗРП, відсутній.

Ці дані повинні були враховані під час оцінювання факторів ризику розвитку акушерських та перинатальних ускладнень при наступній вагітності.

Було проаналізовано соматичні захворювання в групах досліджуваних жінок (табл. 6). У ході аналізу з'ясовано, що формування групи високого інфекційного ризику має свої фактори ще в дитячому віці. Так, у цьому дослідженні показано, що:

- інфекційні захворювання дитячого віку (кір, коклюш, скарлатина, вітряна віспа) спостерігалися у 76,0% жінок I групи та у 72,0% пацієнток II групи; $p < 0,05$;

Таблиця 6

Екстрагенітальна патологія, абс. число (%)

Показник	Група жінок		
	КГ, n=30	I група, n=50	II група, n=50
Дитячі інфекції	10 (30,0%)	38 (76,0%) *	36 (72,0%) *
Хронічний тонзиліт	3 (10,0%)	21 (41,0%) *	19 (38,0%) *
Хронічний бронхіт	2 (6,7%)	9 (18,0%) *	11 (22,0%) *
Серцево-судинні захворювання:			
- ГХ	-	6 (12,0%)	8 (16,0%)
- НЦД	2 (6,7%)	16 (32,0%) *	14 (28,0%) *
- ревматизм	-	2 (4,0%)	3 (6,0%)
- вади серця	-	3 (6,0%)	2 (4,0%)
Захворювання сечовидільної системи:			
- пієлонефрит	-	11 (22,0%)	9 (18,0%)
- гломерулонефрит	-	3 (6,0%)	2 (4,0%)
- сечокам'яна хвороба	-	3 (6,0%)	2 (4,0%)
- цистит	2 (6,7%)	13 (26,0%) *	11 (22,0%) *
Захворювання ШЗ	4 (13,3%)	12 (24,0%)	14 (28,0%)
Захворювання травного тракту:			
- дискінезія жовчного міхура	-	2 (5,0%)	3 (6,0%)
- хронічний гастрит	2 (6,7%)	9 (18,0%) *	11 (22,0%) *
- жовчнокам'яна хвороба	-	4 (8,0%)	3 (6,0%)
Усього	25 (83,3%)	149 (298,0%)	148 (296,0%)

Примітка. * – Різниця достовірна щодо КГ ($p < 0,05$).

- тонзиліт в анамнезі – у 41,0% жінок I групи і 38,0% вагітних II групи; $p < 0,05$;
- хронічний бронхіт – 18,0% та 22,0% відповідно; $p < 0,05$.

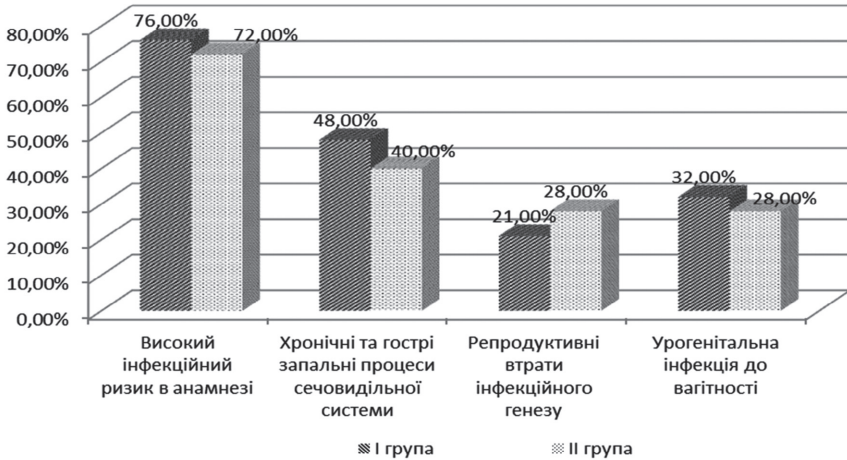
Серед основних варіантів соматичної патології у вагітних КГ найчастіше спостерігались:

- дитячі інфекції (30,0%),
- хронічний тонзиліт (10,0%),
- хронічний бронхіт (6,7%),
- нейроциркулярна дистонія (6,7%),
- захворювання щитоподібної залози (13,3%),
- хронічний гастрит (6,7%).

Загалом на кожну жінку КГ припадало 1,2 нозологічної форми. У групах досліджуваних пацієнток цей показник становив 2,9 (тобто в 2,5 раза перевищував показник КГ).

За даними табл. 6, у групах досліджуваних пацієнток не спостерігалася важка соматична патологія. Нейроциркуляторна дистонія діагностована у 32,0% випадків в I групі та в 28,0% у II групі ($p < 0,05$). Патологія сечовидільної системи: пієлонефрит у 22,0% та 18,0% випадків у вагітних I і II груп відповідно ($p < 0,05$); цистит – 26,0% та 22,0% відповідно у I і II групах ($p < 0,05$). Загалом соматичну патологію в анамнезі мали 100% жінок обох досліджуваних груп.

Отже, можна зробити висновок, що вагітність у жінок із ІПСШ в анамнезі розвивалась на тлі обтяженого соматичного анамнезу, а саме – на тлі хронічних запальних захворювань.



Фактори ризику розвитку акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних I та II груп (%)

Як підсумковий аспект проведеної клінічної характеристики жінок I та II груп, представлені основні фактори ризику розвитку акушерської та перинатальної патології ще до вагітності (рисунок).

Основними факторами ризику розвитку акушерських та перинатальних ускладнень у досліджуваних жінок I та II груп є:

- 1) наявність високого інфекційного індексу в анамнезі (76,0% та 72,0%),
- 2) хронічні та гострі запальні процеси сечовидільної системи (48,0% та 40,0%),
- 3) ІПСШ до вагітності (32,0% та 28,0%),
- 4) репродуктивні втрати інфекційного генезу (21,0% та 28,0%):
 - самовільні викидні,
 - ЗРП та ПД,
 - анте- та інтранатальна загибель плода в анамнезі.

Проведений клініко-статистичний аналіз не виявив істотної різниці між жінками основної групи та групи порівняння за вивченими показниками, що дозволяє їх порівнювати між собою.

ВИСНОВКИ

Отже, клініко-статистичний аналіз анамнезу у досліджуваних пацієнток дозволяє зробити висновок, що серед факторів ризику щодо розвитку акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних з інфекціями, що передаються статевим шляхом, в анамнезі основним є наявність хронічного або гострого запального процесу у вагітної.

Ці дані свідчать про необхідність подальшого удосконалення заходів, спрямованих на планування вагітності, прегравідарну підготовку, антенатальну охорону плода та зниження частоти ускладнень з боку матері і плода у цих вагітних.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Клинический анализ соматического и репродуктивного анамнеза у беременных, которые перенесли инфекции, передаваемые половым путем, в анамнезе

Е.И. Кротик

Цель исследования: провести клинико-статистический анализ соматического и репродуктивного анамнеза у беременных, которые перенесли инфекцию, передаваемую половым путем (ИППП), в анамнезе

Материалы и методы. Проведено клинико-статистический анализ соматического и репродуктивного анамнеза 100 беременных с ИППП, в анамнезе, которые были разделены методом случайного выбора на группы: I (основная) группа – 50 беременных, подлежащих прегравидарной подготовке, акушерскому и перинатальному сопровождению и родоразрешению согласно разработанным медико-организационным алгоритмам, прогностической методике и лечебно-профилактическим схем; II группа – 50 беременных, получавших общепринятые прогностические и лечебно-профилактические мероприятия и III (контрольная) группа – 30 практически здоровых беременных с благополучным репродуктивным анамнезом и неосложненным течением данной беременности.

Обработка данных проводилась с использованием программного пакета StatSoft Statistica 8.0.

Результаты. Основными факторами риска развития акушерских и перинатальных осложнений у женщин с ИППП в анамнезе являются: наличие высокого инфекционного индекса в анамнезе (76,0% и 72,0%), хронические и острые воспалительные процессы мочеполовой системы (48,0% и 40,0%), ИППП до беременности (32,0% и 28,0%), а также репродуктивные потери инфекционного генеза (21,0% и 28,0%): самопроизвольные выкидыши, ЗРП и ПД, ante- и интранатальная гибель плода в анамнезе.

Проведенный клинико-статистический анализ не выявил существенных различий между женщинами основной группы и группы сравнения по изученным показателям, что позволяет их сравнивать между собой в дальнейшем исследовании.

Заключение. При сопоставлении полученных данных после проведенного анализа преморбидного фона, соматического и репродуктивного анамнеза у беременных с наличием в анамнезе инфекций, которые передаются половым путем, существенные расхождения между основной и группой сравнения отсутствовали, что дает возможность сравнивать их между собой в дальнейшем исследовании.

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем, вспомогательные репродуктивные технологии, беременность, соматический и репродуктивный анамнез.

Clinical analysis of somatic and reproductive anamnesis of pregnant women with sexually transmitted infections in the case history

O.I. Krotik

The objective: to conduct a clinical and statistical analysis of somatic and reproductive anamnesis of pregnant women with sexually transmitted infections in the case history.

Materials and methods. Clinical and statistical analysis of somatic and reproductive anamnesis of 100 pregnant women with sexually transmitted infections in the case history, who were randomly divided into two groups: I (main) group – 50 pregnant women who were subject to pregravid training, obstetric and perinatal support and delivery according to the medical and organizational algorithms, prognostic methods and medical-preventive activities developed by us; Group II – 50 pregnant women who received conventional prognostic and medical-preventive activities and Group III (control) – 30 practically healthy pregnant women with a successful reproductive history and uncomplicated course of this pregnancy. Data processing was performed using StatSoft Statistica 8.0 software package.

Results. The main risk factors of obstetric and perinatal complications for the women under investigation, with sexually transmitted infections (STIs) in the case history, are: the presence of a high infectious index in the anamnesis (76.0% and 72.0%), chronic and acute inflammatory

processes of the urinary tract system (48.0% and 40.0%), STIs before pregnancy (32.0% and 28.0%), as well as reproductive losses of infectious origin (21.0% and 28.0%): miscarriages, fetal growth retardation and placental dysfunction, ante- and intranatal fetal death in the anamnesis. The conducted clinical and statistical analysis based on the studied indicators did not reveal a significant difference between the women of the main group and the control group, which enables us to compare them in a further study.

Conclusions. When comparing the data obtained after analysis of the premorbid background, somatic and reproductive anamnesis of pregnant women with sexually transmitted infections in the case history, significant differences between the main and the control group were not found, which allows us to compare them in a further study.

Keywords: *sexually transmitted infections, assisted reproductive technologies, pregnancy, somatic and reproductive anamnesis.*

Інформація про автора

Кротик Олена Ігорівна – Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (067) 804-33-11. *E-mail: krotik.elena@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1677-6634

Information about the author

Krotik Olena I. – Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04112, Kyiv, 9 Dorohozhytska St.; tel.: (067) 804-33-11. *E-mail: krotik.elena@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1677-6634

Інформація об авторе

Кротик Елена Игоревна – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 804-33-11. *E-mail: krotik.elena@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1677-6634

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. World Health Organization 2016. Globalnaya strategiya sektora zdoravohraneniya po infektsiyam, peredavaemyim polovym putem 2016–2021 na puti likvidatsii IPPP. VOZ, Zheneva, Shveysariya; 2016. [Global Health Sector Strategy for Sexually Transmitted Infections 2016–2021 Towards the Elimination of STIs. WHO, Geneva, Switzerland; 2016 (in Russ.).]
2. Barinova A.N. Ponyatie o gruppah riska IPPP i VICH-infektsii: obzor literatury. Rossiyskiy semeyniy vrach. 2012;16(1):33–39. [Barinova A.N. The concept of risk groups for STIs and HIV infection: a review of the literature. Russian family doctor. 2012;16(1):33–39 (in Russ.).]
3. Kachestvo profilaktiki sotsialno obuslovlennykh zabolevaniy v ekspertnykh otsenках vrachev / Timoshilov V.I., Sidorov G.A., Agarkova T.A., Veselova A.M., Shtefura E.A. // Aktualnyye voprosy meditsiny v sovremennykh usloviyah: Sbornik nauchnykh trudov po itogam mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. – Spb.: ITsRON. – 2015. – P. 108–111.
4. Masyukova S.A. Infektsii, peredayushiesya polovym putem / S.A. Masyukova // Farmatsevticheskiy vestnik. – 2013. – № 5. – P. 25–29.
5. Berditskaya L.Yu. Sotsialnyye aspekty sifilisa u beremennykh i novorozh-dennykh, sovershenstvovanie mer pro-filaktiki / L.Yu. Berditskaya, T.A. Syirneva. – 2010. – Elektron. dan. – Rezhim dostupa: <http://www.dermato-log.ru/collections>
6. Issledovanie vliyaniya infektsiy, peredavaemykh polovym putem, i soput-stvuyusheyy patologii u beremennykh na gumoralnyy autoimmunitet / E.N. Volkova [i dr.] // Ros. zhurn. kozhnykh i venericheskikh bolezney. – 2011. – № 3. – P. 56–59.
7. Optimizatsiya farmakoterapii sochetannoy trihomonadno-hlamidiynoy infektsii. Innovatsii v meditsine: materialy shestoy mezhdunarodnoy distantsionnoy nauchnoy konferentsii posvyaschennoy 80-letiyu Kurskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta, Kursk, 2014. – P. 305–311.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

8. Analiz pokazateley reproduktivnogo i somaticheskogo zdorov'ya u zhenschin s infektsiyami, peredavaemyimi polovym putem / I.G. Sergeeva [i dr.] // Vestn. dermatologii i venerologii. – 2010. – № 6. – P. 124–129
9. Kubanova A.A., Bakulev A.L., Gluzmin M.I. i dr. Klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bolnykh infektsiyami, peredavaemyimi polovym putem, i urogenitalnyimi infektsiyami. Klinicheskie rekomendatsii. M.; 2012. [Kubanova A.A., Bakulev A.L., Gluzmin M.I. et al. Clinical guidelines for managing patients with sexually transmitted infections and urogenital infections. Clinical recommendations. M.; 2012 (in Russ.)].
10. Newman L., Rowley J., Vander Hoorn S. et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on Systematic review and global reporting. PLoS One. 2015;10: e0143304. DOI: 10.1371/journal.pone.0143304.
11. Markle W. Sexually transmitted diseases / W. Markle, T. Conti, M. Kad // Primary Care. – 2013. – Vol. 40, N 3. – P. 557–587.
12. Centers for Disease Control and Prevention Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae, 2014 // Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report / Centers for Disease Control. – 2014. – Vol. 63, N Rr-02. – P. 1–19.
13. Workowski K.A. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015 / K.A. Workowski, G.A. Bolan // Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control. – 2015. – Vol. 64, N Rr-03. – P. 1–137.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Update to CDC's Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010: oral cephalosporins no longer a recommended treatment for gonococcal infections / Centers for Disease Control and Prevention (CDC) // MMWR. Morbidity and mortality weekly report. – 2012. – Vol. 61, N 31. – P. 590–594.
15. Fuchs W Sexually transmitted infections / W. Fuchs, N.H. Brockmeyer // J. der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. – 2014. – Vol. 12, N 6. – P. 451–463.
16. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Москва: Практика; 1999. 459 с.