



Особенности течения беременности и родов у женщин с привычным невынашиванием при хламидийной инфекции

М.Р. Морскова

Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ

Автор приводит результаты обследования 266 пациенток, страдающих привычным невынашиванием. Сравнительный анализ течения беременности, родов и перинатальных исходов был проведён среди 80 пациенток с выявленным урогенитальным хламидиозом и группы из 94 пациенток с условно – патогенной флорой и ненарушенным биоценозом влагалища. Установлено, что у беременных, страдающих привычным невынашиванием, хламидии выявлены в 30.1%. В ходе проведённого исследования были также подтверждены данные о неблагоприятном влиянии хламидийной инфекции на течение беременности, роды и перинатальные исходы.

Ключевые слова: урогенитальный хламидиоз, хламидийная инфекция, привычное невынашивание

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на проводимые мероприятия, направленные на снижение осложнений гестационного процесса, частота привычной потери беременности остаётся стабильно высокой и составляет 15-20% [1,4]. Среди причин, приводящих к потере беременности, значительное место отводится инфекционным заболеваниям репродуктивной системы. Изучение этиологической структуры инфекционно – воспалительных заболеваний мочеполовых органов стало основанием для отнесения хламидий к наиболее распространённому возбудителю, частота инфицирования которыми неизменно растёт [2].

В Республике Таджикистан снижение общего индекса здоровья женщин репродуктивного возраста связано с рядом социально-медицинских причин, например, миграция населения и связанный с этим рост заболеваний, передающихся половым путём. Так, в структуре материнской смертности за 2000 год в Республике Таджикистан инфекция составила 16.3% [3]. Высокий уровень инфицирования беременных, рожениц и родильниц приводит к росту внутриутробного инфицирования плода и новорождённого и является одной из важнейших проблем в перинатологии. По данным литературы, внутриутробная инфекция развивается у 28-47% детей, родившихся живыми, а в структуре перинатальных потерь на неё приходится от 11 до 45% [5,7,8].

Ограниченные возможности применения антибактериальной терапии, само состояние иммунодепрессии при беременности диктует актуальность поиска новых, эффективных и безопасных мер терапии во время беременности.

ЦЕЛЬ. Изучить особенности течения и исходов гестационного процесса у женщин, страдающих невынашиванием беременности, обусловленным урогенитальным хламидиозом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Обследовано 266 беременных пациенток, находившихся на лечении в отделении невынашивания беременности и наблюдении в отделении клиники Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии. Все женщины с невынашиванием беременности в анамнезе, обследованные на инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), были активного репродуктивного возраста - от 18 до 42 лет, из них городских жительниц было 191 (75.2%), сельских - 63 (24.8%), преобладали домохозяйки - 216 (85%), 38 (15%) женщин были служащими. Исследование проводили среди 174 пациенток, которых распределили на группы:

1. Женщины с невынашиванием в анамнезе с выявленным урогенитальным хламидиозом - 80 (основная группа).
2. Женщины с невынашиванием в анамнезе, у которых биоценоз влагалища был в пределах нормы, а также пациентки с условно патогенной флорой урогенитального тракта - 94 (группа сравнения).

Деление на группы было нами проведено условно, с учётом наличия или отсутствия инфекции в урогенитальном тракте, как одной из причин невынашивания беременности в анамнезе обследованных женщин.



Исследование производилось по специально разработанной нами карте. Был проведён клинико-лабораторный анализ данных беременных женщин, включавший общеклинические (жалобы и сбор анамнеза, влагалищное исследование, осмотр шейки матки в зеркалах) и стандартные методы (анализ крови, мочи, мазок на флору), биохимические анализы крови, микроскопический, бактериологический, серологический, морфологические методы, УЗИ матки, доплерометрическое исследование плода.

При сборе анамнеза нами уделялось внимание началу половой жизни, наличию половых партнёров, становлению (особенностям) менструальной функции, репродуктивному анамнезу, перенесённым общесоматическим и гинекологическим заболеваниям, особенностям течения настоящей беременности, родового акта и послеродового периода.

При объективном исследовании отмечали наличие или отсутствие воспалительных процессов урогенитального тракта.

Терапия урогенитального хламидиоза у пациенток была комплексной и включала: антибиотик, препараты, повышающие иммунобиологическую реакцию организма, местную и симптоматическую терапии. При острой хламидийной инфекции (положительный результат ПИФ, выявление в сыворотке крови специфических противохламидийных антител IgM или одновременное выявление IgM и IgA) использовали антибиотик, относящийся к группе макролидов – ровамицин по схеме: 3 млн. 2 раза в день перорально, в течение 10 дней, при хронической или персистирующей хламидийной инфекции (положительный или отрицательный результат прямой иммунофлюоресценции, выявление в сыворотке крови специфических противохламидийных антител IgG или одновременное выявление IgG и IgA), в комплексную терапию кроме антибиотика было включено применение иммуноглобулина против *Cl.trachomatis* – 1.5 мл внутримышечно через каждые 3 дня (5 инъекций на курс).

Для лечения воспалительных заболеваний гениталий местно использовали санации антисептическими растворами с одновременным применением вагинальных свечей, восстановление микрофлоры влагалища проводили препаратом «Ацилакт», содержащим штаммы ацидофильных лактобактерий местно.

Этиотропная терапия урогенитального хламидиоза проводилась после 12 недель беременности, повторное обследование - через 4 недели после окончания лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Анализ менструальной функции показал, что в основном средний возраст менархе составлял 12.7 ± 0.1 лет. Регулярный менструальный цикл имели 125 (71.8%) пациенток, у 49 (28.2%) отмечались нарушения

менструальной функции: альгодисменорея – у 35 и позднее наступление менархе – у 14.

Практически все 174 обследованные пациентки страдали теми или иными экстрагенитальными заболеваниями. В структуре выявленной патологии лидирующую роль играют анемия, острая респираторно – вирусная инфекция, заболевания почек, заболевания щитовидной железы. Среди обследованных женщин выявлен высокий процент гинекологических заболеваний, ими страдали 111 пациенток, что составило 63.8%. Среди гинекологических заболеваний ведущая роль принадлежит воспалительным болезням урогенитального тракта, особенно выраженным при инфицировании хламидиями и бесплодии. Из общего числа обследованных 35 (20.1%) пациенток имели в прошлом заболевания, передающиеся половым путём.

Инфекция нижнего отдела урогенитального тракта обнаружилась в виде следующих клинических проявлений: кольпит в группе с условно-патогенной флорой и нормоцинозом влагалища составил 21 (23.3%), а в группе с хламидийной инфекцией - 51 (63.8%), эрозия шейки матки в группе с условно патогенной флорой и нормоцинозом влагалища - 12 (12.8%), с хламидийной инфекцией - 30 (37.5%).

Как показали наблюдения, у всех обследованных пациенток с привычным невынашиванием отмечалось патологическое течение беременности, обусловленное различными осложнениями. Наиболее частым осложнением гестационного процесса явилась угроза прерывания беременности, частота которой в 1.5 раза превышала этот показатель в основной группе.

Нарушение кровотока в основной группе в системе мать-плацента-плод отмечалось у 17.6% пациенток (9.5% в группе сравнения), беременность на фоне раннего и позднего самопроизвольного выкидыша у 69.1% (58.2% в группе сравнения), преждевременные роды у 14.7% (9.4% в группе сравнения), начавшийся выкидыш у 10.2% (5.3% в группе сравнения), многоводие у 8.8% (4.8% в группе сравнения).

Течение беременности на фоне урогенитальных инфекций отразилось на фетоплацентарном комплексе, это прогрессирующая фетоплацентарная недостаточность и внутриутробная гипотрофия плода. Так, плацентарная недостаточность чаще развивалась в основной группе и составила 7.4% (5.7% в группе сравнения), а частота синдрома задержки развития плода - 8.8% (4.7% в группе сравнения).

Начало родов с преждевременного разрыва плодного пузыря характерно в большей степени для родов с наличием хламидийной инфекции, преимущественно поражающей нижние отделы половых путей: 11.8% - в основной группе и 4.3% - в группе сравнения. Слабость родовой деятельности отмечена у 5.8% инфицированных рожениц, в группе сравнения – в 2.7% случаев.



Высокий процент рождения недоношенных детей отмечен в основной группе - 20,8, а в группе сравнения - 14,5%.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, хламидийная инфекция при беременности является фактором высокого риска развития таких осложнений беременности, родов и послеродового периода, как преждевременные роды, многоводие, прогрессирующая фетоплацентарная недостаточность и внутриутробная гипотрофия плода, преждевременный разрыв плодного пузыря и слабость родовой деятельности, плацентарная недостаточность и синдром задержки развития плода и др.

Результаты проведенного исследования показали, что у беременных, страдающих привычным невынашиванием, хламидии выявлены в 30,1%. Также, на основании наших исследований было установлено, что беременные женщины, инфицированные хламидиями, являются группой высокой степени риска по перинатальной патологии и должны наблюдаться в стационарах, способных оказать все виды акушерской и перинатальной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаркова Л.А. и др. Хламидийная урогенитальная инфекция: современные подходы к диагностике и лечению / Л.А. Агаркова [и др.] // Русский медицинский журнал. - 2006. - Т.14. - №1.-С.14-20
2. Башмакова Н.В. Особенности иммунного ответа в зависимости от характера течения урогенитальной хламидийной инфекции у беременных // Н.В.Башмакова, Ю.В.Моторнюк // Российский вестник акушера – гинеколога. – 2001. - №2. - С. 8-11
3. Валиходжаева М.К. Влияние инфекции нижнего отдела урогенитального тракта на акушерские и перинатальные исходы: автореф. дис. ...канд. мед. наук/ М.К.Валиходжаева. – Душанбе, -2004. – 22с.
4. Кулаков В.И. Руководство по охране репродуктивного здоровья / В.И.Кулаков, В.Н.Серов. – М., -2002. -564 с.
5. Козлова В.И. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий / В.И.Козлова, А.Ф.Пухнер. Руководство для врачей. М.- 2003. – 439с.
6. Серов В.Н. Лечение урогенитальных инфекций у женщин в современных условиях /В.Н.Серов, И.И.Баранов//Независимое издание для практикующих врачей (раздел акушерство и гинекология). – 2007. - С.1-14
7. Сидоренко С.В. Антибактериальная терапия инфекций, вызываемых *Chlamidia trachomatis* / С.В.Сидоренко// Антибиотики и химиотерапия, - 2001. - №2. - С.3-9
8. Фризе К. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных / К.Фризе, В.Кахель. - 2001, - 299с.

Summary

The essentiality of pregnancy and delivery in women with habitual miscarriage at chlamydial infection

M.R. Morskova

The author shows the results of examination 266 patients suffering from habitual miscarriages. Comparative analysis of pregnancy, labor and perinatal outcomes was conducted among 80 patients diagnosed with urogenital chlamydial infection and a group of 94 patients with a conditional - pathogenic flora and non-infringement biocoenosis of vagina.

It was established that in pregnant women suffering from habitual miscarriages, chlamydia were found in 30.1%. In the course of the study were also confirmed by data on the adverse effects of chlamydial infection on pregnancy currency, birth and perinatal outcomes.

Key words: urogenital chlamydia, chlamydial infection, habitual miscarriage

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

М.Р. Морскова - научный сотрудник акушерского отдела НИИ АГ и П;
Таджикистан, г. Душанбе, Е – mail: margo1970@list.ru