

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

А.Ю. Марянян, Н.В. Протопопова, Е.Б. Дружинина
(Россия, Иркутск, Государственный медицинский университет)

Резюме. Описан опыт применения джозамицина (вильпрафена) у беременных с уреаплазменной инфекцией. Показана высокая эффективность препарата в монотерапии.

Ключевые слова: уреаплазмоз, микоплазмоз, джозамицин, беременность.

В последние десятилетия отмечено широкое распространение среди населения инфекций, передающихся половым путем и проявляющихся различными непатогномичными поражениями мочеполовой системы. Микробная колонизация гениталий на фоне нарушения вагинального микробиоценоза может явиться начальным этапом инфекционного процесса и оказать неблагоприятное воздействие на течение беременности и состояние плода. Среди возбудителей неспецифических УГИ наибольший удельный вес занимают хламидии и уреаплазмы. Заболеваемость урогенитальным уреаплазмозом в России с 1993 по 1999 гг. возросла в 3,9 раза, что в свою очередь явилось причиной увеличения показателей воспалительных заболеваний органов мочеполовой сферы, бесплодия, невынашивания беременности [2]. Генитальный хламидиоз среди беременных встречается в 3-14% случаев, а частота уреаплазменной инфекции в этой группе населения составляет 5-30% [3]. При изучении связи между колонизацией *U. urealyticum* нижних отделов половых органов у беременных и колонизацией этим микроорганизмом назофарингеальной области у их новорожденных детей установлено, что колонизация шейки матки *U. urealyticum* отмечалась у 56,7% беременных (для сравнения, *M. hominis* — 17,7%). В дыхательных путях новорожденных *U. urealyticum* обнаружена у 88,2%, *M. hominis* — у 30%.

Частое выявление у практически здоровых людей затрудняет решение вопроса о роли микоплазм в этиологии и патогенезе заболеваний УГТ. Часть авторов относят микоплазмы к абсолютным патогенам, ответственным за развитие уретритов, простатитов, послеродового эндометрита, пиелонефрита, патологии беременности и плода, артритов, сепсиса и т. д. Другие считают, что микоплазмы — являются комменсалами урогенитального тракта, способными при определенных условиях вызвать инфекционно-воспалительные процессы мочеполовых органов чаще в ассоциациях с другими патогенными или условнопатогенными микроорганизмами. Поэтому до сих пор нет единого алгоритма действия по ведению беременных с уреаплазмозом и нет единых мероприятий по новорожденным, рожденным от таких матерей.

Такие факторы, как беременность, аборт, нарушение иммунологической реактивности организма усиливают патогенность микоплазм [1].

Колонизация половых путей *S. trachomatis*, *U. urealyticum*, *M. hominis* повышает риск преждевременного прерывания беременности. Осложняют роды несвоевременным излитием околоплодных вод, развитием аномалий родовой деятельности. У женщин с УГИ чаще рождаются дети с признаками

ми внутриутробной гипотрофии. Инфицирование беременных *M. hominis* повышает частоту развития преждевременных родов хориоамнионита (A.J. Herzberg et al., 1996; D. Kellock et al., 1996). При колонизации этим возбудителем репродуктивного тракта женщины чаще нарушается сократительная деятельность матки как во время родов, так и в постнатальном периоде. Кроме того, установлена связь инфицирования половых путей *U. urealyticum* с послеродовыми эндометритами и расхождением послеоперационных швов [4].

U. urealyticum может вызывать такие осложнения беременности, как хориоамнионит, преждевременные роды, а также перинатальную заболеваемость и смертность. В ряде случаев бывает сложно доказать этиологическую роль *U. urealyticum*, поскольку этот микроорганизм часто входит в состав нормальной микрофлоры, не вызывая никаких заболеваний. До сегодняшнего дня не решен вопрос о том, можно ли продолжать считать инфекции, вызванные *U. urealyticum*, заболеваниями, передаваемыми половым путем (ЗППП).

Есть мнение, что более высокая частота выделения уреаплазм во время беременности может быть связана со стимуляцией их размножения эстрогенами. Со слизистых оболочек новорожденных без видимых признаков заболеваний обычно выделяют те же штаммы уреаплазм, которые можно обнаружить в организме матери [5].

Уреаплазмы могут поражать эндометрий, что приводит к развитию бесплодия у женщин. Также возможны неудачи при экстракорпоральном оплодотворении с последующей трансплантацией эмбриона в матку.

Исследования влияния колонизации влагалища на исход беременности, проведенные после коррективной по социо-демографическим факторам и фактору инфицированности другими микроорганизмами, не обнаружили связи уреаплазменной влагалищной инфекции с неблагоприятным исходом беременности. Уреаплазменная инфекция полости амниона может быть обнаружена, начиная со 2-го триместра беременности. В то же время частота внутриматочной инфекции неизвестна.

Как показывает анализ литературы по данной проблеме, практически не освещены вопросы о необходимости лечения уреаплазменной инфекции, особенно во время беременности. Между тем перед врачами акушерско-гинекологической и венерологической практики повседневно встают вопросы об адекватном выборе этиотропных препаратов и сроков лечения указанной инфекции. Все изложенное свидетельствует об актуальности рассматриваемой проблемы.

Материалы и методы. Обследовано 457 беременных женщин с жалобами на выделения и дискомфорт в области НПО, на наличие урогенитальной инфекции. Всем женщинам проводили комплексное лабораторное обследование, включавшее идентификацию наиболее распространенных урогенитальных инфекций (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *C. trachomatis* дрожжеподобных грибов рода *Candida* анаэробных и аэробных микроорганизмов). Для выявления генитальных микоплазм (*U. urealyticum*, *M. hominis* и *M. genitalium*) использовали метод ПЦР-анализ с тест системами «Литех» (Москва), а для количественной оценки *U. urealyticum* и *M. hominis* использовали культуральный метод с помощью тест-системы DUO («Sanofi», Франция). Материалом для исследования являлись отделяемое и соскоб влагалища, цервикального канала, уретры и центрифугат утренней свежесобранной мочи.

Результаты и обсуждение. Возраст женщин составил от 18 до 26 лет — 80, от 27 до 35 — 51 женщина, от 36 до 42 — 9. У 140 женщин выявлена уреамикоплазменная инфекция. *U. urealyticum* у 91 женщины (у 67 титр высокий, у 24 — низкий), *M. hominis* у 15 (у 10 — высокий, у 5 — низкий), сочетание *U. urealyticum* и *M. hominis* у 34 (*U. urea-*

lyticum в высоком титре у 34 женщин, *M. hominis* у 28 наблюдался высокий титр, а у 6 женщин низкий титр).

Все женщины получали этиотропное лечение с учетом антибиотикограммы, по результатам которой высокая чувствительность наблюдалась к джозамицину, а именно у 119 женщин (85%), к ровамицину высокая чувствительность была у 10 женщин (7,1%) и умеренная чувствительность у 11 (7,9%). Лечение проводили после 16 недель беременности. Контрольное обследование было через 1–1,5 месяца методом ПЦР и культуральным методом.

Из 119 женщин, которые получали лечение джозамицином (вильпрафеном) у 101 (85%) наблюдалась полная элиминация возбудителя, а у 18 (15%) — снижение титра. У 21 женщины проводилось лечение ровамицином: полное выздоровление достигнуто у 5 (24%), снижение титра — у 11 (52%), а у 5 (24%) женщин титр оставался высоким. Во время лечения отмечалась хорошая переносимость препаратов.

Таким образом, джозамицин является, безусловно, эффективным и безопасным антибиотиком для лечения уреамикоплазменной инфекции у беременных женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимиров Н.Н., Третьякова А. Н., Владимирова Е.Л. // Вестник послепломного мед. образования. — 2002. — № 4. — С. 21-22.
2. Кисина В.И., Забиров К.И., Мешков В.В., Загребина О.С. // Антибиотики и химиотерапия. — 2000. — Т. 45. № 6. — С. 29-32.
3. Тареева Т.Т., Федорова Н.В. и др. // Вестн. РoC.

ассоциации акушеров-гинекологов. — 1994. — № 1. — С. 85-91.

4. Фомичева Е.Н., Зарубина Е.Н. и др. // Акушерство и гинекология. — 1997. — № 3. — С. 55-57.

5. Хадсон М.М.Т., Талбот М.Д. // ЗППП. — 1998. — № 1. — С. 10-13.

EFFICACY OF ETHIOTROPIC TREATMENT IN UREAMYCOPLASMIC INFECTION DURING PREGNANCY

A.Yu. Maryanyan, N.V. Protopopova, E.B. Druzhinina
(Russia, Irkutsk State Medical University)

Experience of use Josamycin (Wilprafen) during pregnancy with ureamycoplasmic infection are describe. High efficacy of Josamycin in monotherapy are shown.

© ДУДКИНА М.В., СЪЁМЩИКОВА Ю.П., ДУДКИН С.В. —

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ ДЕЗЛОРАТАДИНА (ЭРИУСА®) ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

М.В.Дудкина, Ю.П. Съёмщикова, С.В. Дудкин
(Россия, Иркутск, Государственный медицинский университет)

Резюме. Представлен опыт применения дезлоратадина (эриуса) в комплексной терапии аллергических заболеваний у детей.

Ключевые слова: дезлоратадин, аллергические заболевания, дети.

Как известно, существенное значение в терапии аллергических состояний у детей занимают антигистаминные препараты. Они являются стандартной терапией ряда заболеваний и используются во многих протоколах. Вопрос о целесообразности назначения антигистаминных препаратов и про-

должительности применения до настоящего времени остаётся дискуссионным. Так, бесконтрольное и частое применение антигистаминных средств, в виде монотерапии приводит лишь к временному улучшению состояния пациентов, что нередко является причиной отсроченного обследования.