

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF ACID-BASE EQUILIBRIUM AND BLOOD GASES OF PRIMIGRAVIDAE FEMALES AND ONES OF REATED PREGNANCY ACCORDING TO PREGNANCY TRIMESTERS

A.A. Petukhov, N.V. Kravchuk, N.V. Protopopova, B. Narantsetseg

(Russia, Irkutsk State Medical University, Institute of Pediatrics and Reproduction of Scientific Center of Medical Ecology of East Siberian Science Center, Siberian Department of Russian Academy of Sciences)

The oxygen saturation of an organism increases with the reckoning. It occurs both for primigravidae females, and ones of repeated pregnancy. Primigravidae females develop subcompensated respiratory alkalosis, while ones of repeated pregnancy develop respiratory acidosis. The changes in buffer systems of an organism compensate acidosis and alkalosis of the pregnant females of the two groups (primigravidae and ones of repeated pregnancy). The CNS's absence of capacity of adaptation to pregnancy leads to the disadaptation of «Mother-Placenta-Fetus» system.

Таблица 1

Изменение показателей газообмена
у первобеременных
в динамике беременности

Показатель	I триместр	II триместр	III триместр
pH крови, у.е.	7,38±0,01	7,46±0,03	7,49±0,02
pCO ₂ , мм рт ст	37,24±1,40	34,47±1,35	36,43±1,39
SatO ₂ , %	97,78±0,62	96,45±0,45	98,89±0,43
pO ₂ , мм рт ст	73,30±2,00	83,21±2,45	82,44±2,49
ВВ, мэкв\л	45,14±0,53	48,71±1,43	52,11±1,85
ВЕ, мэкв\л	-3,05±0,31	-3,04±1,02	-5,68±1,27
HCO ₃ , мэкв\л	21,84±0,46	23,92±0,93	27,41±1,70

Таблица 2

Изменение показателей газообмена
у повторнобеременных
в динамике беременности

Показатель	I триместр	II триместр	III триместр
pH крови, у.е.	7,45±0,02	7,44±0,01	7,45±0,01
pCO ₂ , мм рт ст	35,18±0,78	35,81±1,18	36,74±0,86
SatO ₂ , %	95,82±0,58	95,89±0,46	95,99±0,28
pO ₂ , мм рт ст	79,62±3,30	79,58±1,93	78,85±2,11
ВВ, мэкв\л	48,68±2,00	48,32±1,27	49,08±1,06
ВЕ, мэкв\л	-3,21±1,66	-2,46±1,05	-2,51±0,77
HCO ₃ , мэкв\л	24,23±1,74	23,77±1,07	24,81±0,86

© ДРУЖИНИНА Е.Б., ПРОТОПОПОВА Н.В., МАРЯНЯН А.Ю. —

К ВОПРОСУ ОБ УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

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

Резюме. При обследовании 457 беременных у 155 выявлена уреамикоплазменная инфекция. Определение титров *U. urealyticum*, *M. hominis* и их сочетания позволяет выбрать правильную тактику лечения урогенитальной инфекции и ведения беременности.

Ключевые слова: уреоплазмоз, микоплазмоз, беременность

Среди возбудителей неспецифических урогенитальных инфекций (УГИ) одно из ведущих мест по частоте выявления принадлежит уреамикоплазменной инфекции. При беременности *U. urealyticum* может вызывать такие осложнения, как хориоамнионит, преждевременные роды, а также перинатальную заболеваемость и смертность [1]. Считается, что такие факторы, как беременность, аборт, сопровождающиеся нарушением иммунологической реактивности организма усиливают патогенность микоплазм [2].

По мнению М.М.Т. Хадсон, М.Д. Талбот (1998), более высокая частота выделения уреоплазм во время беременности может быть связана со стимуляцией их размножения эстрогенами. Со слизистых оболочек новорожденных без видимых признаков заболеваний обычно выделяют те же штаммы уреоплазм, которые можно обнаружить в организме матери [3].

Материалы и методы. Обследовано 457 беременных женщин с жалобами на выделения и диском-

форт в области наружного полового отверстия 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. У 155 женщин выявлена уреамикоплазменная инфекция. *U. urealy-*

ticum у 101 женщины: у 77 титр $>10^4$, у 24 $<10^4$, M. hominis у 25: у 18 $>10^4$, у 6 — $<10^4$. Сочетание U. urealyticum и M. hominis встретилось у 28 женщин, причем высокий титр U. urealyticum и M. hominis наблюдался у 18 женщин, а у 10 — высокий наблюдался высокий титр U. urealyticum и низкий титр M. hominis. У одной женщины было сочетание U. Urealyticum, M. hominis и M. genitalis.

По возрасту обследуемые подразделялись: от 18 до 26 лет — 89, от 27 до 35 — 61, от 36 до 42 лет — 5 женщин.

Не все женщины получали этиотропное лечение по поводу УГИ либо из-за поздней выявления УГИ (после 30-34 недель), либо из-за финансовых трудностей. У 104 (66,1%) женщин произошли самостоятельные срочные роды. У 51 (32,9%) женщины родоразрешение произошло путем операции кесарева сечения.

Из осложнений в родах чаще встречались: прогрессирующая хроническая внутриутробная гипоксия плода — 39 (25,2%), конфликт по пуповине — 18 (11,6%), родовое излитие околоплодных вод — 23 (14,8%), высокое вскрытие плодного пузыря — 29 (18,7%), плоский плодный пузырь — 25 (16,1%), слабость родовой деятельности — 12 (7,7%), дистресс плода, прогрессирующая хроническая внутриутробная гипоксия плода — 9 (5,8%), травмы шейки матки, влагалища и промежности — 24 (15,5%), частичное плотное прикрепление плаценты, ручное отделение —

6 (3,9%), послеродовый эндометрит — 3 (1,9%).

У всех женщин было проведено гистологическое исследование плаценты. Диагноз хронической плацентарной недостаточности по гистологическим данным был поставлен в 30 случаях в первой группе, в 3 случаях в группе с микоплазменной инфекцией и у 5 в группе с уреаплазменной инфекцией.

Циркуляторные нарушения в плаценте, тромбозы, признаки длительной внутриутробной гипоксии плода наблюдались в группе с уреаплазменной инфекцией у 19 (18,8%), в группе с микоплазменной инфекцией у 2 (8%), а с уреаплазменной инфекцией — у 3 (10,8%) пациенток.

Воспалительная инфильтрация по плодным оболочкам и пуповине обнаружена в первой группе у 19 (18,8%) женщин, во второй группе — у 4 (16%), в третьей — у 5 (17,9%).

Серьезный и гнойно-деструктивный хориоамнионит был у 18 (17,8%) женщин с уреаплазмозом, у 4 (16%) — с микоплазмозом и в группе пациенток с уреаплазмозом — у 3 (10,8%). Хотелось отметить, что наиболее часто (91% случаев) наблюдался высокий титр U. urealyticum и M. hominis.

Таким образом, важна не только качественная оценка микробного фона беременной женщины, но и количественная характеристика, так как это позволит выбрать правильную тактику ведения беременности и возможно избежать последствий урогенитальных инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тареева Т.Т., Федорова Н.В. и др. // Вестн. Рос. Ассоциации акушеров-гинекологов. — 1994. — №1. — С. 85-91.
2. Владимиров Н.Н., Третьякова А. Н., Владимирова Е.Л. // Вестник последиplomного мед. образования. — 2002. — №4. — С. 21-22.
3. Хадсон М.М.Т., Талбот М.Д. // ЗППП. — 1998. — №1. — С. 10-13.

TO A QUESTION ABOUT UREAMYCOPLASMIC OF AN INFECTION DURING PREGNANCY

E.B. Druzhinina, N.V. Protopopova, A.Yu. Maryanyan
(Russia, Irkutsk state medical university)

At inspection 457 pregnant women at 155 the ureamycoplasmic infection is revealed. The definition of credits U. urealyticum, M. hominis and their combination allows to choose correct tactics of treatment the urogenitalic infection and conducting of pregnancy.

© МАТЮНОВА А.Е., БРЕГЕЛЬ Л.В., КРУПСКАЯ Т.С., БАТУРИНА Л.М., КНЯЗЕВА Т.С. —

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

А.Е. Матюнова, Л.В.Брегель, Т.С.Крупская, Л.М.Батурина, Т.С.Князева
(Россия, Иркутск, Государственный институт усовершенствования врачей, Государственный медицинский университет, Государственная областная детская клиническая больница)

Резюме. Среди разнообразных вариантов течения ювенильных идиопатических артритов артрит с системным началом, безусловно, отличается выраженной тяжестью общего воспалительного ответа, яркой полисиндромностью, тяжелой функциональной недостаточностью в острый период, и большим риском развития в прогнозе деформирующего артрита. В статье определено место артритов с системным началом в общей структуре ювенильных идиопатических артритов, дана характеристика особенностей клинического течения и исходов в зависимости от применения различных схем терапии.

Ключевые слова: ювенильный идиопатический артрит с системным началом, течение.