

РОЛЬ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ, В ФОРМИРОВАНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

И.И. Евсюкова

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН

В последние годы значительно возросла у лиц детородного возраста частота инфекций, передаваемых половым путем, в частности, хламидийной и уреаплазменной, активация которых во время беременности ведет к внутриутробному инфицированию плода. Несмотря на широкое применение макролидов для лечения беременных женщин частота инфицирования новорожденных хламидиями, по нашим данным, составляет 12–14%, уреаплазмами — 20,4%. Анализируя особенности клинического течения внутриутробных инфекций, вызванных этими возбудителями, мы установили, что ранние клинические симптомы заболевания проявляются прежде всего нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы: длительно сохраняющийся локальный цианоз и «мраморный» рисунок кожных покровов, указывающий на нарушение микроциркуляции, признаки перегрузки правых отделов сердца по данным ЭКГ, глухость сердечных тонов, наличие систолического шума в области сердца вследствие функционирования фетальных шунтов крови, признаки перегрузки правых отделов сердца по данным ЭКГ и снижение сократительной способности миокарда. Сохраняющийся вплоть до конца первой недели жизни ребенка перивентрикулярный отек мозговых структур также свидетельствует о нарушении мозговой гемодинамики и способствует появлению синдрома гипервозбудимости или угнетения функций ЦНС, на основании чего детям часто ставится диагноз нарушение мозгового кровообращения гипоксического генеза. У каждого пятого ребенка, инфицированного хламидиями, в раннем неонатальном периоде жизни наблюдается бессимптомное течение заболевания. Инфекция, не диагностированная в раннем неонатальном периоде, ведет к длительной персистенции хламидий, что, по нашим данным, нарушает становление системы иммунитета и лежит в основе развития аллергических заболеваний, а также хронической патологии со стороны ЦНС и других функциональных систем организма ребенка. В связи с этим особую значимость для ранней диагностики хламидийной и уреаплазменной инфекции приобретает выявление и обследование новорожденных, относящихся к группе высокого риска внутриутробного инфицирования. При этом важное место занимает оцен-

ка анамнеза матери, а именно: диагностированный ранее урогенитальный хламидиоз, наличие аутоиммунных заболеваний, хронических заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, а также указаний на хронический аднексит, внематочную беременность, воспалительные изменения после аборт или предыдущих родов, угрозу прерывания настоящей беременности, анемию, преждевременное излитие околоплодных вод, отслойку плаценты. Наличие у новорожденного ребенка стигм дизэмбриогенеза, задержки внутриутробного развития, симптомов гипоксии и замедленной постнатальной перестройки гемодинамики — все это в совокупности с данными анамнеза матери является основанием для проведения лабораторной диагностики инфекции и в случае выявления возбудителя — выбора адекватной этиотропной терапии. В последние годы увеличилась частота случаев бессимптомного течения внутриутробной хламидийной инфекции у новорожденных детей, что указывает на формирование ее персистирующей или латентной формы, диагностика которой и лечение значительно затруднены. Опираясь на клинический опыт и результаты наших научных исследований мы считаем, что для выявления хламидийной инфекции у новорожденных, относящихся к группе высокого риска внутриутробного заражения, необходимо использовать два метода лабораторной диагностики: метод полимеразной цепной реакции и выявление хламидий в культуре клеток. При этом материал для исследования должен включать не менее 4-х проб (моча, кровь, соскобы с задней стенки глотки, конъюнктивы нижнего века, вульвы). Лечение персистирующей формы инфекции следует начинать лишь после оценки интерфероновой статуса ребенка. В случае увеличенной в 2–3 раза по сравнению с нормой продукции гамма-интерферона показано назначение Сумамеда по схеме 1–7–14. При отсутствии подобной реакции Сумамед назначается по данной схеме лишь после недельного курса виферона, который продолжается еще в течение 2–3 недель в сочетании с антиоксидантами. Подобная терапия приводит к полной эрадикации возбудителя, что подтверждается результатами контрольных исследований спустя 3 месяца после ее завершения.

СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СИФИЛИСА: ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМАТИВНОСТИ

А.М. Иванов, Е.В. Ходосевич, И.Н. Теличко, С.В. Федосеева, Г.Д. Исмагулова

Российская Военно-медицинская академия, ГУЗ Городской кожно-венерологический диспансер, Санкт-Петербург

За последние годы уровень официально регистрируемой заболеваемости сифилисом по сравнению с серединой 90-х годов характеризовался некоторым сни-

жением. Тем не менее, динамика изменения темпов роста отдельных форм сифилиса, а также научные исследования позволяют прогнозировать очередной рост