

фторхинолоны, производные тетрациклина, макролидов. В комплексе лечения использовались иммуномодуляторы, антимикотическая терапия. С учетом возможных побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта применялись гепатопротекторы, эубиотики. Все пациентки получали фитоадаптогены, поливитамины, системную энзимотерапию.

Таким образом, урогенитальная инфекция встречалась практически у всех обследованных женщин как со sporadическим, так и с привычным невынашиванием беременности, причем моноинфицирование отмечалось только у 12,5% пациенток. Следовательно, при тщательном сборе анамнеза уже при первичном посещении всем женщинам, независимо от кратности самопроизвольных выкидышей, целесообразно рекомендовать обязательное обследование на наличие бактериально-вирусного агента, иногда с использованием более двух специфических

методов исследования для достоверности полученных результатов.

Л и т е р а т у р а

1. Демидова Е.М. Патогенез привычного выкидыша: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1993. С. 24.
2. Захаревич Н.П., Новикова Л.Н., Михнина Е.А. и др. // Акушерство и гинекология. 2001. №3. С. 56-57.
3. Краснопольский В.И., Туманова В.А., Титченко Л.И. и др. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2005. №1. С. 36-40.
4. Макаров О.В., Бахарева И.В., Идрисова Л.С. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2004. №4. С. 24-30.
5. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М.: Трида - X, 2004.
6. Khan G., Heggen D. // The Female patient. 1998. №3. С. 12-14.



УДК 618.26 : 616.5.084

Т.С. Быстрицкая, А.В. Найденова

РОЛЬ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН С МОНО- И МИКСТ-ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

В последние годы отмечается высокая заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, у женщин репродуктивного возраста [5]. Микст-хламидийные инфекции в структуре урогенитальных инфекций составляют от 45 до 75% [10]. У женщин с хламидийной инфекцией обнаружены хламидийные тельца в эпителиоцитах маточных труб и эндометрия, что является одной из причин развития хронического эндометрита [2, 9]. С наступлением беременности отмечается высокий риск нарушения процесса формирования плаценты [6]. Частота плацентарной недостаточности у беременных с бактериальной и вирусной инфекциями составляет до 60%, что проявляется угрозой прерывания, несостоявшимся выкидышем и задержкой внутриутробного развития [8, 11].

Цель работы — совершенствование программы предгравидарной подготовки женщин с моно- и микст-хламидийной инфекцией для профилактики ранней плацентарной недостаточности.

Материалы и методы

Исследование было проведено в два этапа. На первом обследовано 116 женщин репродуктивного возраста с моно- и микст-хламидийной инфекцией (1 группа), у 24 из них было изучена белково-образовательная функция эндометрия. На втором этапе обследованы 134 беремен-

ные женщины в I триместре (2 группа), в том числе 78 получили лечение моно- и микст-хламидийной инфекции при планировании беременности (подгруппа 2а), и 56 пациенток, которые беременность не планировали, у них инфекция выявлена в I триместре (подгруппа 2б). Группы сравнения для 1 и 2 групп составили по 15 женщин, у которых инфекционные возбудители не выявлены. У 38 женщин 1 группы выявлена монохламидийная инфекция, у 20 — хламидийно-вирусная (генитальный герпес, контактный моллюск), у 35 — ассоциации хламидийной и условно-патогенной инфекции (эпидермальный стафилококк, эшерихии, клебсиеллы, энтерококки, микоплазмы, грибы рода *Candida*) и у 23 — ассоциации хламидийной с гонококковой и/или трихомонадной инфекцией. В подгруппе 2б моно- и микст-хламидийная инфекции выявлены соответственно в 17, 21 и в 18 случаях, гонококковая и трихомонадная инфекции не обнаружены. Из 78 беременных подгруппы 2а у 26 (33,3%) выявлена хроническая герпетическая и цитомегаловирусная инфекции, урогенитальный кандидоз у 10 (12,8%) и у 3 (3,8%) — бактериальный вагиноз.

Для верификации микробных ассоциаций использовали метод иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск); прямой метод иммунофлуоресценции с помощью диагностичес-

кого набора «РекомбиСлайд Хламидия» (г. Москва); полимеразной цепной реакции с помощью сертифицированных стандартных наборов фирмы «Литех» (г. Москва); микроскопическое исследование при окраске препаратов метиленовым синим и по способу Грама.

У 24 женщин 1 группы исследовали исходное содержание прогестерона в сыворотке венозной крови на 21-23 дн. менструального цикла и через 3-6 мес. после окончания этиотропной терапии методом ИФА с использованием набора «СтеройдИФА-прогестерон-01». Содержание PP14 в сыворотке менструальной крови исследовали методом ИФА с использованием тест-системы GLYCODELIN-ELISA.

В сыворотке крови беременных в I триместре исследовали содержание PP14, трофобластического бета-глобулина (ТБГ) и β -субъединицы хорионического гонадотропина человека (β -ХГЧ) методом ИФА с использованием тест-систем: GLYCODELIN-ELISA, ТБГ-ИФА-БЕСТ-стрип и β -ХГЧИФА МТП<ДИАплюс>.

Полученные результаты обработаны с помощью программы Microsoft Excel. Точное вычисление значимости различных долей (процентов) произведено по методу углового преобразования Фишера. Для определения степени взаимосвязи прогестерона и PP14 использовали линейный коэффициент корреляции.

Этиологическую терапию хламидийной и сопутствующей инфекции проводили тропными препаратами.

Результаты и обсуждение

Возраст женщин 1 группы составил $22,4 \pm 3,9$ лет, 2 группы — $25,5 \pm 0,9$ лет ($p > 0,05$). Беременность в анамнезе отмечала каждая вторая женщина 1 группы, у 29 (25%) она заканчивалась родами, у 38 (32,8%) — медицинскими абортми и у 2 (1,7%) — самопроизвольным выкидышем. Первородящих в подгруппе 2а было 20 (25,6%) женщин, 26 — 22 (39,3%) женщины. Среди повторно-беременных самопроизвольные выкидыши в анамнезе отмечали 19 (24,3%) и 4 (7,1%) женщин, искусственное прерывание беременности 31 (39,7%) и 28 (50%) женщина и неразвивающуюся беременность 5 (6,4%) и 3 (5,3%) женщины по подгруппам соответственно.

В 1 группе пациенток соматические заболевания отмечались у 72 (62,1%), из них хронический пиелонефрит у 31 (26,7%). У 69 (52,6%) диагностирован эндоцервицит, у 45 (38,8%) — эктопия шейки матки, у 13 (11,2%) — уретрит. Хроническое воспаление придатков матки выявлено у 29 (25%), хронический эндометрит — у 8 (6,9%) пациенток, чаще при хламидийной инфекции в ассоциации с гонококковой и трихомонадной. Бесплодие трубного генеза и внематочная беременность в анамнезе отмечали 4 (3,4%) и 3 (2,6%) пациентки соответственно. В подгруппах 2а и 2б хронический пиелонефрит и цистит в анамнезе отмечали 19 (24,3%) и 19 (33,3%) беременных соответственно. На эктопию шейки матки, хроническое воспаление придатков и эндометрит в анамнезе указывали 43 (60,2%) и 39 (69,6%) беременных соответствующих подгрупп ($p > 0,05$).

Угроза прерывания в I триместре в подгруппе 2а диагностирована у 24 (30,8%), 26 — у 37 (66,1%) беременных, наиболее часто при хламидийно-вирусной (76,2%) и хламидийно-условно-патогенной (61,1%) инфекциях. Содержание прогестерона в сыворотке венозной крови женщин 1 группы составило $42,6 \pm 4,9$ нмоль/л, в группе

Резюме

Обследовано 116 женщин с моно- и микст-хламидийной инфекцией, из них у 24 изучено содержание эндометриального белка PP14 в сыворотке менструальной крови. У женщин, получивших этиотропное лечение инфекций, передаваемых половым путем, при планировании беременности ($n=78$) отмечалось снижение частоты ранней плацентарной недостаточности ($p < 0,05$), чем с выявленными инфекциями в I триместре ($n=56$), что обусловлено улучшением функциональной активности эндометрия, процессов имплантации и развития хориона.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, хламидии, профилактика.

T.S. Bystritskaya, A.V. Naydenova

THE ROLE OF PRE DELIVERY PREPARATION IN WOMEN WITH MONO- AND MIXED CHLAMYDIA INFECTION IN PROPHYLAXIS OF PLACENTAL INSUFFICIENCY

Amur state medical academy, Blagoveshchensk

Summary

116 women with mono- and mixed Chlamydia infection were examined. 24 of them were the subjects for study of placental protein PP14 in menstrual blood serum. Among women whose infections ($n=78$) have been treated the pregnancy ($p < 0,05$) was complicated by early placental insufficiency less often then by the infection found in the first trimester ($n=56$). This was explained by improvements in functional endometrial activity after ethiotropic therapy as a part of pre delivery preparation.

Key words: placental insufficiency, Chlamydia, prevention.

сравнения — $40,8 \pm 2,8$ нмоль/л ($p > 0,05$), что свидетельствует о двухфазном менструальном цикле.

Содержание PP14 в сыворотке менструальной крови женщин 1 группы ниже ($172,5 \pm 5,3$ нг/мл), чем в группе сравнения ($209,0 \pm 9,7$ нг/мл; $p < 0,05$). Корреляционная взаимосвязь между уровнем прогестерона в сыворотке венозной крови и PP14 в сыворотке менструальной крови у женщин 1 группы слабо положительная ($r=0,109$), в группе сравнения сильная ($r=0,706$; $p < 0,02$). После проведения терапии у женщин 1 группы содержание прогестерона в сыворотке венозной крови достоверно не отличалось от исходного, PP14 в сыворотке менструальной крови было выше исходного ($192,0 \pm 5,6$ нг/мл; $p < 0,05$). Корреляционная взаимосвязь PP14 с уровнем прогестерона более высокая ($r=0,402$; $p > 0,05$), что свидетельствует об эффективности проведенного лечения.

Согласно исследованиям других авторов, при хроническом эндометрите, этиологическим фактором которого является микст-инфекция, в том числе хламидийная, содержание PP14 в менструальной крови снижается более чем в 2 раза [7]. Вместе с тем снижение секреции желез эндометрия не всегда коррелирует со степенью гормональных нарушений [4, 12].

В наших исследованиях у беременных, получивших лечение половых инфекций на этапе планирования беремен-

ности (подгруппа 2а), содержание РР14 ($86,8 \pm 3,1$ нг/мл) и ТБГ ($10944,0 \pm 773,2$ нг/мл) в сыворотке венозной крови выше, чем у беременных с выявленными инфекциями в I триместре беременности ($p < 0,05$), и не имеет достоверных различий с содержанием их в группе сравнения ($p > 0,05$). Наиболее низкое содержание РР14 и ТБГ в подгруппе 2б при угрозе прерывания беременности на фоне микст-хламидийной инфекции ($p < 0,05$), что является одним из признаков ранней плацентарной недостаточности.

Содержание ХГЧ в сыворотке крови беременных подгруппы 2а составило $70770,6 \pm 7722,3$ МЕ/мл и достоверно не отличалось от такового в группе сравнения. В подгруппе 2б отмечалось снижение ХГЧ до $44953,6 \pm 8875,9$ МЕ/мл ($p < 0,05$) относительно беременных подгруппы 2а и группы сравнения. Увеличение содержания плацентарных протеинов у беременных, получивших лечение хламидийной и ассоциированной инфекций, можно объяснить улучшением функциональной активности эндометрия, что имеет значение в периодах имплантации бластоцисты и развития хориона [1, 3].

Выводы

1. Содержание эндометриального белка РР14 в сыворотке менструальной крови женщин репродуктивного возраста с моно- и микст-хламидийной инфекцией является маркером функциональной активности эндометрия, которая улучшается после проведения этиотропной терапии.

2. Уменьшение частоты ранней плацентарной недостаточности по клиническим данным, содержанию плацентарных протеинов РР14, ТБГ и β -ХГЧ в сыворотке венозной крови беременных, получивших лечение моно- и микст-хламидийной инфекции в программе предгравидарной подготовки, обусловлено улучшением

белково-образовательной функции эндометрия, процессов имплантации и развития хориона.

Л и т е р а т у р а

1. Девдариани М.Д. Клинико-морфологические особенности плацентарного ложа матки и плаценты при анемии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003.
2. Канищева Е.Ю. Клинико-микробиологическая и морфологическая характеристика хронических воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин и их связь с инфекциями, передаваемыми половым путем: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003.
3. Кокашвили Х.Б. Прогнозирование и диагностика плацентарной недостаточности в ранние сроки беременности: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2002.
4. Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А. и др. // Мат-лы V Рос. форума «Мать и дитя». М., 2003. С. 370.
5. Кулаков В.И. // Акуш. и гинек. 2003. №6. С. 3-6.
6. Мукова Б.Б., Захарова Л.В., Полетова Т.Н. и др. // Мат-лы IV Рос. форума «Мать и дитя». М., 2002. С. 414-416.
7. Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Туманова В.А. и др. // Рос. вестн. акуш. и гинек. 2003. №3. С. 10-14.
8. Сидельникова В.М. // Акуш. и гинек. 2007. №5. С. 24-27.
9. Старостина Т.А., Демидова Е.М., Анкирская А.С. и др. // Акуш. и гинек. 2002. №5. С. 59-61.
10. Тетелютина Ф.К., Жуковская И.Г., Полякова М.А. и др. // Акуш. и гинек. 2003. №6. С. 55-56.
11. Тютюнник В.Л. // Акуш. и гинек. 2004. №3. С. 54-57.
12. Шехлова Н.В. Немедикаментозная иммунотерапия в реабилитации женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. Иваново, 2000.



УДК 616.441 - 008.63 : 577.17 - 049] - 055.2

О.А. Сенькевич, Ю.Г. Ковальский, З.В. Сиротина

ЙОДДЕФИЦИТ И ЗОБОГЕННЫЕ МИКРОЭЛЕМЕНТЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Общим свойством всех зобогенов (гойтрогенов, струмогенов) является их способность с разной степенью интенсивности блокировать функцию щитовидной железы (ЩЖ) и вызывать ее рост, в том числе и за счет активации секреции тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ). Не вызывает сомнения факт, что основным экологическим фактором внешней среды, вызывающим образование зоба и развитие йоддефицитных заболеваний, является йодный дефицит. Но наряду с этим известны и другие зобогенные факторы, содержащиеся как в пищевых продуктах и

питьевой воде, так и в атмосферном воздухе. Это различные по природе химические соединения, поступающие в организм человека из окружающей среды, способные усилить негативное воздействие нехватки йода и вызывать нарушение функции ЩЖ и/или зоб [1].

Наиболее выраженное неспецифическое «тиреотропное» действие оказывают железо, цинк, селен, никель, марганец, кобальт и др., причем существуют данные о струмогенной роли как избытка, так и недостатка этих элементов [7].