

ница, свидетельствующая о повышении активности противосвертывающей ($p < 0,01$) и фибринолитической систем гемостаза ($p < 0,001$) у пациенток ОГ (табл. 2). Дальнейшее изучение особенностей клинического течения гестационного периода у пациенток ОГ, на фоне назначения курантила N, показало отсутствие у них в последующем угрозы прерывания беременности, а также отсутствие декомпенсированной формы плацентарной недостаточности. Роды в срок произошли у всех женщин ОГ и КГ. Перинатальных потерь у женщин ОГ и КГ не было.

Известно, что наличие в организме беременной женщины очагов генитальной и экстрагенитальной инфекции является причиной патологического течения беременности, родов и послеродового периода [1, 2]. Полученные в процессе выполненного исследования результаты, по нашему мнению, свидетельствуют о наличии определенной дисфункции в плазменно-коагуляционном звене гемостаза у женщин, имеющих воспалительные заболевания гениталий (ОГ). Активация факторов прокоагулянтного звена гемостаза (преимущественно внутреннего пути), повышение агрегационной активности тромбоцитов, снижение уровня противосвертывающих факторов и фибринолитической активности, а также достоверное увеличение в крови маркеров внутрисосудистого свертывания свидетельствуют о том, что у беременных женщин ОГ имеет место развитие компенсаторной формы хронического ДВС-синдрома (гиперкоагуляционные нарушения в системе гемостаза).

Полученные нами результаты свидетельствуют о положительной динамике в показателях сосудистотромбоцитарного, плазменно-коагуляционного звеньев гемостаза, а также противосвертывающей и фибринолитической систем гемостаза у беременных ОГ после приема препарата «Курантил N».

Выводы

Таким образом, у беременных женщин, гестационный период которых сопровождается воспалительными заболеваниями гениталий, решающее значение имеет своевременное выявление нарушений гемостаза. Профилактика тромбофилических осложнений и нормализация основных показателей гемостаза является одним из главных путей снижения осложнений гестационного периода, таких как преждевременные роды, гестоз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, плацентарная недостаточность, а также снижения перинатальных потерь у беременных, имеющих воспалительные заболевания гениталий.

Л и т е р а т у р а

1. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология: Клин. рек. М.: ГЭО ТАР-Медиа, 2005. 512 с.
2. Макацария А.Д., Бизадзе В.О. Тромбофилии и противотромботическая терапия в акушерской практике. М., 2003 904 с.



УДК 618.396 - 021.30 - 02 : 618.1 - 022.7 (571.63)

М.С. Тулупова

РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРОБЛЕМЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ПРИМОРСКОМУ КРАЮ

*Краевой клинический центр охраны материнства и детства;
Дальневосточный филиал ГУНЦ Медэкологии ВСНЦ СО РАМН, г. Владивосток*

Одно из первых мест среди важнейших проблем акушерства и гинекологии занимает проблема невынашивания беременности. Как известно, невынашивание беременности подразделяется на привычное и спорадическое. Полагают, что самопроизвольные выкидыши первого триместра гестационного периода являются инструментом естественного отбора, так как при исследовании абортусов в 60-80% случаев выявляют хромосомные аномалии. Однако в статистическую обработку данных, скорее всего, не включены случаи спорадического прерывания беременности в очень ранние сроки и протекающие субклинически. Привычное невынашивание беременности считается полиэтиологичным осложнением беременности, в основе которого лежит нарушение функции репродуктивной системы [2, 3, 5].

Вопрос об этиологической роли бактериально-вирусного фактора, как одного из основополагающих, широко дискутируется в литературе. Одни исследователи считают, что инфекция — одна из наиболее значимых причин невынашивания как спорадического, так и привычного; другие считают, что для спорадического прерывания, может быть, инфекция играет роль, а для привычного — нет [1, 4, 6].

Целью нашего исследования явилось изучение частоты встречаемости урогенитальной и вирусной инфекции у женщин с проблемой невынашивания в зависимости от кратности прерывания беременности.

Методы исследования

В соответствии с целью нами было обследовано 160 пациенток в возрасте от 21 до 41 г., обратившихся в Кра-

евого клинический центр охраны материнства и детства за период 2004-2005 гг. с наличием в анамнезе синдрома потери плода. Все женщины были разделены на 2 подгруппы. Подгруппу А составили женщины со спорадическим прерыванием беременности — 92 чел. (57,5%), подгруппу В — женщины с привычным невынашиванием беременности — 68 чел. (42,5%). Подгруппы были сопоставимы по возрасту, наличию в анамнезе генитальной и экстрагенитальной патологии. Диагноз привычного невынашивания беременности устанавливался при самопроизвольном прерывании два и более раз. При однократном прерывании беременности женщины были отнесены в подгруппу А в не зависимости от кариотипа абортуса.

Всем пациенткам проводилось обследование, согласно разработанному нами алгоритму, включающему в первую очередь выявление бактериально-вирусного агента, затем определение уровня нарушений эндокринной системы, иммунного статуса, системы гемостаза.

Диагноз урогенитального инфицирования устанавливался на основании данных анамнеза, клинических и микробиологических исследований. Клиническую картину оценивали по данным гинекологического исследования, кольпоскопии и цитологического исследования эпителия цервикального канала, взятого с поверхности шейки матки. Микробиологическую диагностику проводили с помощью бактериоскопических и культуральных методов изучения отделяемого из цервикального канала, влагалища, уретры. Наряду с вышеперечисленными методами исследования использовались методы прямой иммунофлуоресценции, полимеразной цепной реакции. Для выявления антител классов IgG, IgA, IgM к хламидиям, вирусу герпеса I и II типов, цитомегаловирусу использовался метод непрямой иммунофлуоресценции.

Результаты и обсуждение

По результатам опроса пациенток с невынашиванием беременности в не зависимости от кратности самопроизвольных абортов было выявлено, что в 85% случаев данный брак у супружеской пары был не первым, а иногда третьим, причем в половине случаев не зарегистрированным, а также раннее начало половой жизни, за несколько лет до первого брака, в 23,1% случаев. Практически все пациентки отмечали в анамнезе наличие рецидивирующих сальпингоофоритов, эндометритов, вагинитов, эрозий шейки матки, циститов, кист и абсцессов бартолиновых желез, нарушений менструальной функции различного характера. У 45% пациенток произведенное выскабливание полости матки по поводу прервавшейся беременности осложнилось либо острым эндометритом, либо обострением ранее имеющегося воспалительного процесса гениталий. При проведении микробиологического и вирусологического исследований достоверных различий по частоте встречаемости бактериально-вирусного инфицирования в сравниваемых подгруппах выявлено не было. В большинстве случаев, а именно у 98 чел. (61,3%), было применено более двух специфических методов исследования. Урогенитальные инфекции имели место практически у 100% всех обследованных пациенток, причем в 87,5% случаев отмечались сочетанные варианты. Наиболее часто встречались следующие ассоциации инфекций: в 33,7% случаев — хламидийной и уреаплазменной инфекции, в 26,4% — трихомониаза,

Резюме

Изучены частоты встречаемости и структура урогенитальной и вирусной инфекции у женщин с проблемой спорадического и привычного невынашивания беременности. Проведен сравнительный анализ полученных результатов в зависимости от кратности самопроизвольных абортов. Показано, что достоверных различий по частоте бактериально-вирусного инфицирования в сравниваемых подгруппах нет. Высказано предположение, что целесообразно рекомендовать всем женщинам, независимо от кратности самопроизвольных выкидышей, обязательное обследование на наличие бактериально-вирусного агента.

Ключевые слова: инфекция, беременность, невынашивание.

M.S. Tulupova

ROLE OF UROGENITAL INFECTION IN MISCARRIAGE IN THE PRIMORYE TERRITORY

The Regional clinical center «Protection of motherhood and childhood»; Far East branch of State centre of sciences of Medical ecology, the East - Siberian centre of sciences of the Siberian branch of Russian Academy of Medical Sciences, Vladivostok

Summary

Frequencies of occurrence and structure of urogenital and viral infection in women with sporadic and habitual pregnancy miscarriage are investigated. The comparative analysis of the received results is carried out depending on frequency rate of spontaneous abortions. It is shown, that there are no authentic distinctions of frequency of bacterial-viral infections in the compared subgroups. The assumption is made that it is useful to recommend all women irrespectively of the frequency of spontaneous abortions rate to undergo obligatory test for the presence of the bacterial-viral agent.

Key words: infection, pregnancy, miscarriage.

хламидиоза, уреаплазмоза, в 17,2% — микоплазмоза, уреаплазмоза, кандидоза, герпетической инфекции II типа, в 12% — хламидиоза, цитомегаловирусной инфекции, в 9,5% — сочетание цитомегаловирусной инфекции с герпетической инфекцией II типа, в 1,2% случаев — другие сочетания. У двух пациенток был обнаружен вирус Эпштейн-Барра. У 30,3% женщин из влагалища высевалась сопутствующая бактериальная аэробная флора в диагностическом типе: *Staphylococcus Aureus*, *Staphylococcus Epidermidis*, *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Streptococcus haemolyticus*, *Proteus*. Гарднерелла была выделена из влагалища у 4,5% пациенток. Однако надо отметить, что в подгруппе А в 83% случаев было выявлено обязательное присутствие вирусного агента.

Кроме того, у женщин с привычным невынашиванием беременности в 82,7% случаев наряду с урогенитальной инфекцией имели место сочетания различных причин потери плода. В подгруппе со спорадическим прерыванием беременности — только у 16 чел. (17,4%).

В терапии урогенитальной инфекции использовались курсы антибактериальной терапии с учетом возбудителя. Препараты вводились системно и местно. Применялись

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-