

ЛИТЕРАТУРА

1. Булаев В.М., Дашидондоков Ш.-Н.С. Образ жизни населения как отражение национальной самобытности (на примере бурят Восточного Забайкалья). — Улан-Удэ: Изд-во БНЦ СО РАН, 2002. — 168 с.
2. Вязьмин А.Я. Диагностика и комплексное лечение синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Иркутск, 1999. — 42 с.
3. Катышев А.В. Клинико-физиологические и эпидемиологические аспекты патологии височно-нижнечелюстного сустава у жителей Европейского Севера: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Архангельск, 2000. — 22 с.
4. Мастерова И.В., Перегудов А.Б., Лебеденко И.Ю. и др. Расово-этнический морфометрический детерминизм фронтальных зубов // Рос. стом. журн. — 2001. — № 6. — С.42–44.
5. Пахутов А.Е. Традиционная пища монгольских народов как историко-этнографический источник: Автореф. дис. ... канд. ист. наук. — М., 1979. — 22 с.
6. Писаревский Ю.Л. Закономерности клинико-биохимических нарушений в патогенезе синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Чита, 2001. — 40 с.
7. Ряховский А.Н. Клинико-функциональная характеристика новой жевательной пробы для изучения состояния зубочелюстной системы и качественной оценки ортопедического лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Львов, 1988. — 16 с.
8. Санжицыренова Т.И. Антропометрические параметры зубов, зубных рядов и апикальных базисов челюстей у бурят с физиологической окклюзией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 16 с.
9. Ahn S.J., Lee S.P., Nahm D.S. Relationship between temporomandibular joint internal derangement and facial asymmetry in women // Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. — 2005. — Vol. 128, № 5. — P.583–591.

© ПРОТОПОПОВА Н.В., МАРЯНЯН А.Ю., ДРУЖИНИНА Е.Б. — 2006

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА С МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Н.В. Протопопова, А.Ю. Марянян, Е.Б. Дружинина

(Иркутского государственного медицинского университета, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра акушерства и гинекологии, зав. — д.м.н., проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. В результате проведенного исследования не получено достоверных различий течения родов и послеродового периода у женщин с уреаплазменной инфекцией как с высокой, так и с низкой степенью контаминации, так и у женщин без урогенитальных инфекций.

Ключевые слова. Беременность, роды, послеродовый период, микоплазмоз.

Среди возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовых органов большое внимание уделяется семейству *Mycoplasmataceae*, а именно *U. urealyticum*, *M. hominis* и *M. genitalium* [6,10].

Актуальность проблемы урогенитального микоплазмоза обусловлена не столько значительным распространением этой инфекции в популяции, сколько неоднозначностью ее оценки эпидемиологами и клиницистами [2,8]. По мнению большинства авторов, микоплазмы могут являться причиной ряда заболеваний урогенитального тракта (УГТ), этиологическим фактором преждевременных родов, невынашивания беременности, нарушения репродуктивной функции, случаев мертворождения [9,11,19]. С другой стороны, отмечается возможность бессимптомного носительства микоплазм у клинически здоровых лиц и отсутствие влияния на течение беременности [3,13,14,18].

По мнению многочисленных зарубежных авторов [12,15,17] колонизация генитальными микоплазмами урогенитального тракта беременных женщин происходит на фоне гормональной перестройки вследствие повышения эстрогенов и прогестерона.

V.K. Paul и соавт. и T. Walther и соавт. в своих работах доказали, что нет связи между колонизацией *U. urealyticum*, *M. hominis* урогенитального тракта и частотой преждевременных родов [14,16].

Частота выделения *Ureaplasma urealyticum* у беременных составляет 50–75%, *Mycoplasma hominis* — 20–25%. Во время беременности высеваемость уреаплазм увеличивается в 1,5–2 раза, что объясняется изменением иммунного и гормонального статуса женщины [1,3]. В последние годы появились работы, в которых авторы указывают на патогенность микоплазм в зависимости от степени контаминации [3,4].

Вышеизложенное побудило нас предпринять собственное исследование, целью которого явилось изучение течения родов и послеродового периода у женщин с уреаплазменной инфекцией в зависимости от степени микробного обсеменения урогенитального тракта.

Материалы и методы

В результате лабораторной диагностики исследуемую группу составили беременные женщины только с уреаплазменной инфекцией — 485 человек.

Для удобства мы выделили 3 группы:
1 группа (n=92) — беременные женщины, у которых на момент обследования не было обнаружено возбудителей урогенитальных инфекций (контрольная группа).

2 группа (n=373) — беременные женщины с уреаплазменной инфекцией УГТ в высоком титре ($>10^4$).

3 группа (n=112) — беременные женщины с уреаплазменной инфекцией УГТ в низком титре ($<10^4$).

Возрастной состав обследованных женщин представлен в табл. 1. Средний возраст беременных женщин I группы составил 25±5,2 года, 2 группы — 25,7±4,6 лет, 3 — 26 лет, что при внутригрупповом сравнении не имеет достоверных отличий.

Таблица 1

Возраст беременных женщин

Возраст	I группа n=92		II группа n=373		III группа n=112	
	n	%	n	%	n	%
до 20 лет	16	17,4	43	11,5	18	16,1
21–30	59	64,1	269	72,1	67	59,8
31 и более	17	18,5	61	16,4	27	24,1
Средний	25±5,2		25,7±4,6		26	

Лабораторную диагностику УГИ проводили согласно Методическим указаниям по диагностике, лечению и профилактике заболеваний, передаваемых половым путем (1997–1998 гг.) на базе лаборатории ИГЦМД. Обязательным являлся забор клинического материала из 3 точек у

женщин (уретры, влагалища и прямой кишки), для чего пользовались стерильными универсальными полипропиленовыми зондами accelon multi фирмы Medscand AB, Швеция.

Диагностику уреа- и микоплазмоза проводили культуральным методом, методом ПЦР и ИФА, гонореи и трихомониаза — микроскопическим и культуральным методом, анаэробной инфекции и кандидоза — микроскопическим методом, хламидиоза — иммунофлуоресцентным и методом ПЦР. Диагностику вирусной инфекции проводили методом ПЦР и ИФА.

Метод световой микроскопии использовали в различных вариантах: исследование нативного препарата (для идентификации *T. vaginalis* — у 577 женщин) и окрашенного метиленовым синим, по Граму (для выявления *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *G. vaginalis*, *Mobiluncus*, *Leptotrix*, *Candida* — у 577 женщин) и Романовскому-Гимзе (для обнаружения *T. vaginalis* — у 577 женщин). При проведении световой микроскопии подсчитывали количество сегментоядерных лейкоцитов в поле зрения.

Культуральный метод. Выявление *Ur. urealyticum*, *M. hominis* у 577 женщин осуществляли при помощи тест-системы «Mycoplasma IST» (фирма «BioMerieux», Франция). Материалом для исследования являлось: отделяемое УГТ, соскоб со слизистой уретры, цервикального канала и стенок влагалища. Данная тест-система позволяла не только проводить количественную оценку патологической концентрации, но и определить чувствительность к антибиотикам: доксициклин, джозамицин, офлоксацин, тетрациклин, ципрофлоксацин, азитромицин, кларитромицин, пристиномицин.

Результаты и обсуждение

Так, в контрольной группе срочные роды были почти у всех беременных, и составили — 93,5%, приближенным к нему оказались показатели во 2 и 3 группах — 94,6% и 94,6% соответственно.

Частота патологии родов была, примерно, одинаковой и у беременных женщин без УГИ, и при наличии уреамикоплазменной инфекции независимо от микробного числа. Так, преждевременные роды, одинакового часто были у женщин исследуемых групп — 6,5%, 5,4%, 5,4% соответственно (табл. 2).

Сравнительная характеристика течения родов у беременных женщин с УГИ в высоком и низком титре и без УГИ

Параметры	Контрольная n=92		Высокий титр n=373		Низкий титр n=112	
	n	%	n	%	n	%
Преждевременные роды	6	6,5	20	5,4	6	5,4
Срочные роды	86	94,5	353	94,6	106	94,6
Кесарево сечение	15	16,3	67	17,96	30	26,8**
ДИОВ	19	20,7	97	26,01	30	26,8
Дистресс плода	2	2,2	18	4,83	10	8,93
ХВГП не прогрессирует	20	21,7	130	34,9	42	37,5
Дискоординация родовой деятельности	12	13,04	53	14,21	22	19,6
Хориоамнионит в родах	0	0	9	2,4	1	0,9

Примечание: * $p < 0,05$ критерий достоверности при сравнении I и III групп; + $p < 0,05$ критерий достоверности при сравнении I и II групп.

Процент родоразрешений путем операции кесарево сечения был одинаков в контрольной группе и группе с уреамикоплазменной инфекцией в высоком титре — 16,3% и 17,9% и несколько больше этот показатель составил в третьей группе — 26,8%, большую часть которого составили плановые операции по показаниям (миопия высокой степени, возрастная первородящая и бесплодие в анамнезе), что дало достоверные различия

при сравнении с первой и второй группами.

Отслойка нормально расположенной плаценты была зарегистрирована только по 1 случаю в контрольной группе и по 2 случаям в группах с инфекцией.

Длительный безводный период развился только у беременных с уреамикоплазменной инфекцией с высоким микробным числом (2,9%).

Плотное прикрепление плаценты в контрольной группе было у 2 (2,2%) женщин и у 10 (2,6%) — с высоким титром уреамикоплазменной инфекции, но не отмечено в группе с низким титром инфекции.

Непрогрессирующая хроническая гипоксия плода в первой группе была зарегистрирована у 20 (21,7%) женщин, у 130 (34,9%) беременных — во 2 и у 42 (37,5%) — в 3 группе ($p > 0,05$).

Диагноз дистресс плода установлен одинаково часто в контрольной и второй группах 4,3% и 4,8% соответственно и чаще в третьей группе (8,9%), однако статистически достоверность различий не была подтверждена.

Дискоординация родовой деятельности диагностирована во всех группах: 13,04%, 14,2%, 19,6%. При межгрупповом сравнении достоверность различий не выявлена ($p > 0,05$).

Такие осложнения родовой деятельности как родовозбуждение без эффекта, несостоятельность рубца на матке, клинический узкий таз, хориоамнионит в родах во всех группах наблюдались крайне редко и при сравнении между группами достоверных различий не давали.

Послеродовый период закономерно отражает течение всей беременности и родов. Действительно, нормальное течение этого периода, по нашим данным, наблюдалось у большинства родильниц всех групп и составило 96,7%, 97,6%, 96,4% соответственно.

Таблица 2

В контрольной группе гематометра встречалось у двух родильниц, что составило 2,2%, лохиометра — всего у одной женщины (1,1%).

В группе с уреамикоплазменной инфекцией в высоком титре в четырех случаях диагностирован как гематометра, так и эндометрит. В этом случае развитие эндометрита мы связываем с наличием остатков плацентарной ткани.

В группе с низким титром уреамикоплазменной инфекции течение послеродового

периода осложнилось только лишь в четырех случаях гематометрой (3,5%).

Таким образом, на основании наших данных, мы можем предположить, что обнаружение только микоплазм в урогенитальном тракте беременных женщин, независимо от микробного числа, не оказывает влияние на течение родов и послеродового периода.

COURSE OF DELIVERIES AND THE POSTNATAL PERIOD WITH MYCOPLASMOSUS INFECTION

N.V. Protopopova, A.J. Marjanjan, E.B. Druzhinina
(Irkutsk State Medical University)

As a result of the carried out research, it was not received authentic distinctions of course of labours and the postnatal period in women with mycoplasma infection, both with high, and low degree of contamination, and in women without urogenital infections.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путем. — Витебск, 1996. — 280 с.
2. Аковбян В.А. Рациональная терапия инфекций, передающихся половым путем // Consilium medicum. — 2000. — № 2. — С.159-161.
3. Кисина В.И., Ширинова Е.В., Забиров К.И. и др. Клинические синдромы, ассоциированные с генитальными микоплазмами: диагностика и лечение // Вест. дерматовенерол. — 2004. — № 5. — С.16-23.
4. Кисина В.И., Загребина О.С., Забиров К.И., Мешков В.В. Современное состояние вопроса о значении Ureaplasma urealyticum в генезе урогенитальных заболеваний // ИППП. — 2002. — № 1. — С.8-16.
5. Краснополский В.И. Инфекция в акушерстве // Сб. науч. труд. — М., 1995.
6. Кубанова А.А., Забиров К.И., Васильев М.М., Абудуев Н.К. Некоторые механизмы патогенеза репродуктивных нарушений у мужчин с урогенитальным хламидиозом и микоплазмозом // Вестн. последиплом. мед. образования. — 1999. — Спец. вып. — С.53-54.
7. Кудрин М.И., Колмогорова И.В. Аспекты лабораторной диагностики урогенитального микоплазмоза // — 2004. — № 6. — С.13-16.
8. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Якуха М.В. Роль дерматовенерологических учреждений в организации лечебной помощи и борьбы с распространением болезней передаваемых половым путем // Кожные и венерические болезни. — 1999. — № 1. — С.763-782.
9. Doh K., Barion P.T., Korneeva I., et al. Differential vaginal expression of interleukin-1 system cytokines in the presence of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum in pregnant women // Infect Dis Obstet Gynecol. — 1986. — № 2. — P.79-85.
10. Fernandez C., Alvarez K., Muy L., Martinez M. Detection using molecular biology techniques of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum in urogenital samples // Rev Argent Microbiol. — 1998. — Vol. 30, № 2. — P.53-58.
11. Gonzalez Bosquet E., Gene A., Ferrer I. et al. Value of Endocervical Ureaplasma Species Colonization as a Marker of Preterm Delivery // Gynecol Obstet Invest. — 2005. — № 3. — P.119-123.
12. Iwsaka T., Wada T., Kadera Y., Sugimori H. Hormonal status and mycoplasma colonization in the female genital tract // Obstet Gynecol. — 1986. — Vol. 68, № 2. — P.263-266.
13. Labbe A.S., Frost E., Deslandes S. et al. Mycoplasma genitalium is not associated with adverse outcome of pregnancy in Guinea-Bissau // Sex Transm Infect. — 2002. — № 4. — P.289-291.
14. Lu G.S., Schwebke J.R., Duffy L.B. et al. Midtrimester vaginal Mycoplasma genitalium in women with subsequent spontaneous preterm birth // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2001. — № 1. — P.163-165.
15. McCormack W.M., Almedia P.S., Bailey P.E. et al. Sexual activity and vaginal colonization with genital mycoplasmas // JAMA. — 1972. — Vol. 221, № 12. — P.1375-1377. Med. — 1998. — Vol. 26, № 3. — P.280-210.
16. Paul V.K., Gupta U., Singh M. et al. Association of genital mycoplasma colonization with low birth weight // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 1998. — Vol. 63, № 2. — P.109-114.
17. Shafer M.A., Sweet R.L., Ohm-Smith M.J. et al. Microbiology of the lower genital tract in postmenarchal adolescent girls: difference by sexual activity, contraception and presence of nonspecific vaginitis // J. Pediatr. — 1985/ - Vol. 107, № 6. — P.974-981.
18. Walther T., Stepan H., Baumann L. et al. Absence of phospholipase A2 activity in genital Mycoplasma hominis // J. Perinat. Med. — 1998. — Vol. 26, № 3. — P.280-210.
19. Witt A., Berger A., Gruber C.J. et al. Increased intrauterine frequency of Ureaplasma urealyticum in women with preterm labor and preterm premature rupture of the membranes and subsequent cesarean delivery // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — № 5. — P.166-169.

© ЛАНДЫШЕВ Ю.С., ФЕДИК О.Е. — 2006

ЦИРКАДИАНЫЕ РИТМЫ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ГИПОФИЗАРНО-ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ю.С. Ландышев, О.Е. Федик

(Амурская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. В.А. Доровских, кафедра госпитальной терапии, зав. — д.м.н., проф. Ю.С. Ландышев)

Резюме. Изучены циркадианные ритмы функции внешнего дыхания и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы у больных бронхиальной астмой различной степени тяжести. Выявлены нарушения биологических ритмов. Степень изменений прогрессировала с нарастанием тяжести заболевания. Использование хронотерапии позволяет с наилучшим эффектом корректировать проводимое лечение больных бронхиальной астмой.

Ключевые слова. Бронхиальная астма, циркадианный ритм, ТТГ, T_3 , T_4 , кортизол, функция внешнего дыхания.

В последнее время во всем мире, в том числе и России прогрессивно увеличивается число больных, страдающих бронхиальной астмой (БА) [4,9]. Изменилось представление о заболевании — этиологии, патогенезе, клинической картине, лечении и профилактике этой патологии [5,6,8]. Однако, несмотря на существенный прогресс в понимании его сущности и возможности лечения [10,11], медицинская статистика свидетельствует об увеличении заболеваемости и смертности.

Интеграция колебательных процессов в организме синхронна, иерархична и имеет ряд временных фаз с преобладанием тех или иных гормональных и метаболических процессов [1]. Нарушения фазовой архитек-

тоники циркадианной системы, заключающиеся в сдвигах по фазе ритмов различных функций, постоянно выявляются при заболеваниях и патологических процессах. Циркадианные ритмы различных систем организма находятся в сложных взаимоотношениях, определяющихся, прежде всего, расположением акрофаз на оси времени. Десинхронизация суточных ритмов является наиболее ранним симптомом «неблагополучия» организма, его отдельных органов и систем [3,7]. Изучение околосуточных ритмов функционирования вентиляционной и эндокринной системы в норме и при патологии является новой, недостаточно исследованной областью хронобиологии [2].