

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинико-иммунологические особенности герпес-вирусной инфекции у новорожденных детей [Текст]/А.В.Александровский, Н.И.Кудашов, Л.В.Ванько//Рос. вестн. перинатологии и педиатрии.-1999.-№5.-С.19-21.
2. Перекисное окисление β -липопротеидов при позднем токсикозе беременных [Текст]/А.Р.Бабаянц, В.М.Здановский, Г.И.Клебанов//Акуш. и гин.-1986.-№4.-С.32-34.
3. Перекисное окисление липидов, белков и активность антиоксидантной системы сыворотки крови новорожденных и взрослых [Текст]/С.О.Бурмистров, Е.Е.Дубинина, А.В.Арутюнян//Акуш. и гин.-1997.-№6.-С.35-39.
4. Иммунный статус новорожденных детей с генерализованной формой герпетической инфекции [Текст]/Ванько Л.В. [и др.]//Иммунология.-1996.-№2.-С.50-52
5. Изменение состава липидного спектра сыворотки крови у женщин во время беременности при поражении организма герпес-вирусной инфекцией/Н.Н.Дорофиевко, Н.А.Ишуткина//Бюл. физиол. и патол. дыхания.-2008.-Вып.28.-С.29-32.
6. Современные принципы диагностики и лечения перинатальных герпес-вирусных инфекций [Текст]/Иванова В.В. [и др.]// Рос. вестн. перинатологии и педиатрии.-2008.-№1.-С.10-18.
7. Фосфолипиды при нарушении дыхательной функции организма [Текст]/М.Т.Луценко.- Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2006.-164 с.
8. Структурно-функциональные параметры клеток крови в норме и при патологии у детей в условиях севера [Текст]/Манчук В.Т. [и др.]//Бюл. СО РАМН.-2005.-№2.-Т.108.-С.10-16.
9. Состояние процессов перекисного окисления липидов, антиоксидантной системы и липидного обмена сыворотки крови беременных, больных хронической герпес-вирусной инфекцией [Текст]/Ю.А.Попова//Бюл. физиол. и патол. дыхания.-2003.-Вып.14.-С.19-21.
10. Липидный спектр пуповинной крови новорожденных [Текст]/И.Г.Чхадзе//Педиатрия.-1988.-№2.-С.108.
11. High density lipoprotein metabolism [Text]/S.Eisenberg//Lipid Res.-1984.-Vol.25.-P.1017-1058.

Поступила 05.11.2008

УДК 618.3-022.14

М.И.Томский¹, Н.И.Дуглас², Е.А.Борисова², Я.Г.Радь², Л.Н.Афанасьева¹

**ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО АГЕНТА НА РАЗВИТИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПРИВОДЯЩЕЙ К УХУДШЕНИЮ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

¹Якутский научный Центр СО РАМН, г.Якутск, ²кафедра акушерства и гинекологии Медицинского института Якутского государственного университета имени М.К.Аммосова, г.Якутск

РЕЗЮМЕ

Проводилось комплексное медицинское обследование, лабораторные исследования, ультразвуковая диагностика у женщин с неразвивающейся беременностью, с обязательным патоморфологическим изучением ткани хориона и плаценты. Установлена прямая зависимость между инфицированием женщины бактериальным и вирусным агентом и развитием декомпенсированной формой плацентарной недостаточности, реализующейся в неразвивающуюся беременность. Определены профилактические мероприятия, сформированы группы риска по неразвивающейся беременности, разработана схема предгравидарной подготовки к последующим беременностям.

Ключевые слова: фетоплацентарная недостаточность, герпес-вирусная инфекция, неразвивающаяся беременность.

SUMMARY

M.I.Tomskii, N.I.Douglas, E.A.Borisova, Ya.G.Rad, L.N.Afanasyeva

**INFLUENCE OF THE INFECTIOUS AGENT ON
DEVELOPMENT OF DECOMPENSATED
FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY LEADING
TO DETERIORATION OF REPRODUCTIVE
HEALTH**

Complex medical examination, laboratory researches, ultrasonic diagnostics of women with not developing pregnancy with obligatory pathomorphological studying of chorion and placenta tissues were held. Direct dependence between infecting of women with both bacterial and virus agents and development of decompensated form of placental insufficiency that turns into not developing pregnancy is established. Preventive actions are found, risk groups of not developing

pregnancy are formed, and the scheme of pre-gravid preparation for the subsequent pregnancies is elaborated.

Key words: fetoplacental insufficiency, herpes-virus infection, not developing pregnancy.

Ежегодно в стране почти каждая пятая желанная беременность заканчивается самопроизвольным выкидышем, из них неразвивающаяся беременность обуславливает 45-88,6% всех случаев ранних самопроизвольных выкидышей. В конечном счете, формируется патологическая цепочка, последним звеном в которой является факт снижения в течение каждых пяти лет на 20% женщин, способных родить ребенка.

В этой связи особенно актуально стоит вопрос о сохранении и физиологическом развитии беременности у супружеских пар, желающих иметь детей. Решение проблемы синдрома потери плода (неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш) считается одной из наиболее приоритетных задач современного акушерства и гинекологии, так как является важной частью программы, направленной на улучшение репродуктивного здоровья населения. Кроме того, неразвивающаяся беременность и самопроизвольные аборт в ряде регионов России и некоторых республиках СНГ удерживают лидирующие места в структуре материнской смертности до 28 недель беременности в связи с развитием тяжелых кровотечений [5]. Природа замирания беременности и спорадического самопроизвольного аборта чрезвычайно разнообразна и не всегда четко обозначена и ясна, а это, в свою очередь, затрудняет поиск методов прогнозирования и оптимального лечения данных пациенток [6].

Проблема невынашивания определяется множеством факторов, среди которых выделяют генетические, эндокринные, инфекционные, иммунологические, пороки развития гениталий, экстрагенитальные заболевания, осложненное течение беременности [1], причем они могут действовать последовательно или одновременно [3]. Несмотря на мультифакторность синдрома потери плода, одним из основополагающих патогенетических механизмов его реализации является ранняя плацентарная недостаточность.

Плацента выполняет множество функций, которые необходимы для полноценного развития плода и защищает его от многих вредных агентов, например от инфекции. При плацентарной недостаточности этот гомеостаз нарушается, плод отстаёт в развитии, может даже погибнуть.

Исследования А.А.Оразмурадова (2003), Х.Б.Кокашвили (2002) продемонстрировали, что самопроизвольный аборт и неразвивающаяся беременность являются декомпенсированной формой ранней плацентарной недостаточности. По данным Н.М.Мамедалиевой, С.Ш.Исеновой [2], более чем у 60% пациенток с невынашиванием в биоптате хориона и цервикальном канале выявляется условно-патогенная и/или патогенная бактериальная флора, наличие микробных ассоциаций.

Исследования А.Р.Махмудовой и соавт. [4] показали, что из года в год прослеживается тенденция к снижению частоты микоплазмоза, токсоплазмоза и хламидиоза, но увеличивается число беременных, инфицированных вирусами, причем наиболее неблагоприятным прогностическим фактором является инфицирование вирусом простого герпеса и цитомегаловирусом.

Целью исследования явилось изучение факторов, приводящих к гибели плода, с учетом клинико-лабораторных и инструментальных исследований, а также разработка мероприятий по предгравидарной подготовке в профилактике плацентарной недостаточности.

Материал и методы исследования

Ретроспективно проанализировано 222 истории у женщин с неразвивающейся беременностью в возрасте от 17 до 45 лет за 2007 год. Материал представлен гинекологическим отделением клинической больницы №1.

Результаты исследования и их обсуждение

Следует заметить, что количество неразвивающейся беременности возрастает с каждым годом. В 2007 году эта цифра составила 222 случая, а за 9 месяцев 2008 года – 189. Из них, 102 (50,5%) – это женщины плодотворного репродуктивного возраста от 20 до 30 лет и 53 (24%) от 31 до 35 лет. В 157 (71%) случаях плод погиб на сроке до 12 недель беременности.

Наблюдалось раннее становление менструального цикла. Начало менструации у 166 (75%) женщин отмечалось в 11 лет.

Хронические очаги инфекции выявлены у 79 пациенток, что составило 35,5% (хронический пиелонефрит, бронхит, тонзиллит). 162 (73%) женщины курили, причём 186 (84%) курящих женщин начали курить в ранней молодости с 15 до 20 лет. Из анамнеза выяснено, что у 117 (57,5%) пациенток были аборт. Первый аборт в анамнезе имел место в 30% случаев.

Отмечается высокий процент воспалительных заболеваний женской половой сферы. Все женщины были обследованы на наличие в цервикальном канале ДНК инфекционных возбудителей методом ПЦР и на наличие сывороточных антител методом ИФА. У 184 (83%) женщин выявлены маркеры урогенитальных инфекций. Маркеры бактериального инфицирования были выявлены у 128 (58%) женщин, вирусного инфицирования – вирус папилломы человека (ВПЧ), типы 16 и 18 у 11 (5%), вирусно-бактериального инфицирования у 44 (20%). Причина, которая вызывала гибель эмбриона, осталась во многих случаях неясной. Это так называемые «необъяснимые потери беременности». У 146 (66%), беременность осложнилась явлениями угрожающего выкидыша, но только 23 из них получали соответствующую сохраняющую терапию в условиях стационара.

В ходе УЗИ у всех пациенток данной группы оценивалось расположение и структура хориона. Более чем у каждой второй женщины (57,1%) при

оценке структуры хориона была выявлена его неоднородность, характеризующаяся наличием гипохогенных и анэхогенных зон различной величины. При патологоанатомическом исследовании хорион/плацент у всех женщин выявлены признаки хронической плацентарной недостаточности. При микроскопическом исследовании в плацентах и хориальной ткани обнаружена воспалительная инфильтрация в межворсинчатом пространстве, ворсинах хориона. К сожалению, повторяемость замершей беременности была у 16 (7%) женщин. 128 (56%) женщин высказали нежелание либо боязнь иметь беременность в будущем, что мотивировалось полученной тяжёлой психической травмой.

Необходимо указать, что 35 женщинам была проведена предгравидарная подготовка (алгоритм лечения приводится ниже). Из них 9 забеременели и находятся на стадии гестации от 16 до 28 недель. У 8 беременных гестация протекает без осложнений. У одной женщины беременность осложнилась угрозой прерывания.

*Алгоритм лечения
(предгравидарная подготовка)*

- Удаление остроконечных кондилом острым путём.
- Среди физиотерапевтических методов предпочтение отдают лазеротерапии, которая позволяет разрушать практически любые образования (по методике кафедры АиГ ММА им. Сеченова, проф. С.А. Леваков). Целесообразно лазеротерапию производить на 5-7 день цикла.
- Противовирусное лечение (Ацикловир, 200 мг внутрь 5 раз в сутки в течение 7-10 сут. или до исчезновения симптоматики. Валацикловир, 500 мг внутрь 2 раза в сутки. Фамцикловир, 125 мг внутрь 2 раза в сутки). Местное применение специфических мазей (Зовиракс).
- Антибактериальная терапия – применение антибиотиков широкого спектра действия (спирамицин, джозамицин, азитромицин).
- Неспецифическая иммунокоррекция (виферон, кипферон, интерферон).
- Санация хронических экстрагенитальных очагов инфекции проводится с учётом чувствительности возбудителей к антибактериальным препаратам.
- Восстановление микробиоценоза половых путей (бифидо- и лактобактерин).
- Так как любая инфекция сопровождается нарушением процессов метаболизма на клеточном, тканевом и органном уровнях, необходимо назначать метаболическую терапию (витамины В₆, С, Е).
- Гормональная терапия (КОК).

Таким образом, исследования показали, что ведущей причиной развития декомпенсированной фетоплацентарной недостаточности явился инфекционный агент. Стабильно высокая частота и многофакторность синдрома потери плода, её повторяемость, характер осложнений для матери диктуют необходимость разработки новых методов профилактики, лечения и реабилитации данного осложнения беременности.

Выводы

1. Внутриутробная гибель плода на ранних сроках беременности обусловлена хронической плацентарной недостаточностью.
2. Ведущими факторами развития ранней плацентарной недостаточности является вирусная и бактериальная инфекции.
3. Проведение комплексной предгравидарной подготовки позволит не только снизить такое осложнение как синдром потери плода, но и будет способствовать физиологическому течению беременности.
4. Необходима популяционная профилактика вируса папилломы человека вакциной Гардасил.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство [Текст]/Э.К. Айламазян.-СПб.: Специальная литература, 1997.-С.232-237.
2. Алгоритм ведения пациенток с инфекционным генезом невынашивания [Текст]/Н.М.Мамедалиева, С.Ш.Исенова//Материалы III Российского форума «Мать и дитя».-М., 2001.-С.109-110.
3. Морфофункциональные основы диагностики, лечения и профилактики ранних самопроизвольных выкидышей и неразвивающейся беременности [Текст]/А.А.Марачев//Материалы I Международной конференции «Ранние сроки беременности: проблемы, пути решения, перспективы».-М., 2002.-С.85-89.
4. Внутриутробное инфицирование как фактор невынашивания беременности [Текст]/Махмудова А.Р. [и др.]//Материалы III Российского форума «Мать и дитя».-М., 2001.-С.116-117.
5. Факторы риска репродуктивных потерь до 28 недель беременности [Текст]/С.М.Мухамадиева, М.Х.Курбанова//Материалы третьего Российского научного форума «Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии».-М., 2001.-С.144-145.
6. Прогнозирование некоторых осложнений беременности в I триместре беременности [Текст]/Савельева Г.М. [и др.]//Проблемы беременности.-2000.-№1.-С.17-21.

Поступила 22.10.2008