

ticum у 101 женщины: у 77 титр $>10^4$, у 24 $<10^4$, M. hominis у 25: у 18 $>10^4$, у 6 — $<10^4$. Сочетание U. urealyticum и M. hominis встретилось у 28 женщин, причем высокий титр U. urealyticum и M. hominis наблюдался у 18 женщин, а у 10 — высокий наблюдался высокий титр U. urealyticum и низкий титр M. hominis. У одной женщины было сочетание U. Urealyticum, M. hominis и M. genitalis.

По возрасту обследуемые подразделялись: от 18 до 26 лет — 89, от 27 до 35 — 61, от 36 до 42 лет — 5 женщин.

Не все женщины получали этиотропное лечение по поводу УГИ либо из-за поздней выявления УГИ (после 30-34 недель), либо из-за финансовых трудностей. У 104 (66,1%) женщин произошли самостоятельные срочные роды. У 51 (32,9%) женщины родоразрешение произошло путем операции кесарева сечения.

Из осложнений в родах чаще встречались: прогрессирующая хроническая внутриутробная гипоксия плода — 39 (25,2%), конфликт по пуповине — 18 (11,6%), родовое излитие околоплодных вод — 23 (14,8%), высокое вскрытие плодного пузыря — 29 (18,7%), плоский плодный пузырь — 25 (16,1%), слабость родовой деятельности — 12 (7,7%), дистресс плода, прогрессирующая хроническая внутриутробная гипоксия плода — 9 (5,8%), травмы шейки матки, влагалища и промежности — 24 (15,5%), частичное плотное прикрепление плаценты, ручное отделение —

6 (3,9%), послеродовый эндометрит — 3 (1,9%).

У всех женщин было проведено гистологическое исследование плаценты. Диагноз хронической плацентарной недостаточности по гистологическим данным был поставлен в 30 случаях в первой группе, в 3 случаях в группе с микоплазменной инфекцией и у 5 в группе с уреаплазменной инфекцией.

Циркуляторные нарушения в плаценте, тромбозы, признаки длительной внутриутробной гипоксии плода наблюдались в группе с уреаплазменной инфекцией у 19 (18,8%), в группе с микоплазменной инфекцией у 2 (8%), а с уреаплазменной инфекцией — у 3 (10,8%) пациенток.

Воспалительная инфильтрация по плодным оболочкам и пуповине обнаружена в первой группе у 19 (18,8%) женщин, во второй группе — у 4 (16%), в третьей — у 5 (17,9%).

Серьезный и гнойно-деструктивный хориоамнионит был у 18 (17,8%) женщин с уреаплазмозом, у 4 (16%) — с микоплазмозом и в группе пациенток с уреаплазмозом — у 3 (10,8%). Хотелось отметить, что наиболее часто (91% случаев) наблюдался высокий титр U. urealyticum и M. hominis.

Таким образом, важна не только качественная оценка микробного фона беременной женщины, но и количественная характеристика, так как это позволит выбрать правильную тактику ведения беременности и возможно избежать последствий урогенитальных инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тареева Т.Т., Федорова Н.В. и др. // Вестн. Рос. Ассоциации акушеров-гинекологов. — 1994. — №1. — С. 85-91.
2. Владимиров Н.Н., Третьякова А. Н., Владимирова Е.Л. // Вестник последиplomного мед. образования. — 2002. — №4. — С. 21-22.
3. Хадсон М.М.Т., Талбот М.Д. // ЗППП. — 1998. — №1. — С. 10-13.

TO A QUESTION ABOUT UREAMYCOPLASMIC OF AN INFECTION DURING PREGNANCY

E.B. Druzhinina, N.V. Protopopova, A.Yu. Maryanyan
(Russia, Irkutsk state medical university)

At inspection 457 pregnant women at 155 the ureamycoplasmic infection is revealed. The definition of credits U. urealyticum, M. hominis and their combination allows to choose correct tactics of treatment the urogenitalic infection and conducting of pregnancy.

© МАТЮНОВА А.Е., БРЕГЕЛЬ Л.В., КРУПСКАЯ Т.С., БАТУРИНА Л.М., КНЯЗЕВА Т.С. —

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

А.Е. Матюнова, Л.В.Брегель, Т.С.Крупская, Л.М.Батурина, Т.С.Князева
(Россия, Иркутск, Государственный институт усовершенствования врачей, Государственный медицинский университет, Государственная областная детская клиническая больница)

Резюме. Среди разнообразных вариантов течения ювенильных идиопатических артритов артрит с системным началом, безусловно, отличается выраженной тяжестью общего воспалительного ответа, яркой полисиндромностью, тяжелой функциональной недостаточностью в острый период, и большим риском развития в прогнозе деформирующего артрита. В статье определено место артритов с системным началом в общей структуре ювенильных идиопатических артритов, дана характеристика особенностей клинического течения и исходов в зависимости от применения различных схем терапии.

Ключевые слова: ювенильный идиопатический артрит с системным началом, течение.

Интерес к проблеме хронических воспалительных заболеваний суставов у детей возник еще в конце прошлого столетия, когда в 1897 году английский ученый Стилл описал симптоматику данного заболевания. В дальнейшем на протяжении 100 лет это заболевание оставалось предметом изучения и обсуждения диагностических и классификационных критериев ювенильного артрита. В настоящее время используется классификация ювенильных идиопатических артритов (ЮИА), принятая Международной Лигой по борьбе с ревматизмом в 1997 году [2, 6, 7], в соответствии с нею выделяют: 1) системный; 2) Олигоартрит: а) персистирующий, б) распространяющийся; 3) Полиартрит серопозитивный; 4) Полиартрит серонегативный; 5) Псориатический артрит; 6) Артриты, связанные с энтезитами; 7) Другие артриты, не укладывающиеся ни в одну категорию или укладывающиеся более чем в одну категорию.

Представленная классификация определяет ЮИА как совокупность болезней, которые имеют различное начало, течение и исход, а также различную этиологию. В силу этого данный вариант классификации [2,3], предусматривает варианты начала, течения, основные лабораторные параметры, прогноз инвалидизирующих осложнений. По мнению составителей, такая классификация необходима по клиническим причинам, для лучшего лечения ЮИА, для кооперативных научных исследований детей с ЮИА как гомогенной группы.

Среди разнообразных вариантов течения ЮИА артрит с системным началом, безусловно, отличается выраженной тяжестью общего воспалительного ответа, яркой полисиндромностью, тяжелой функциональной недостаточностью в острый период, и большим риском развития в прогнозе деформирующего артрита.

ЮИА с системным началом [3] — это артрит с/или предшествующей документированной лихорадкой по крайней мере в течение 2-х недель в сочетании с двумя или более признаками: 1) Мимолетная, не фиксированная эритематозная сыпь. 2) Генерализованное увеличение лимфоузлов. 3) Гепато— или спленомегалия. 4) Серозиты.

В структуре ЮИА у детей по данным нашего регистра артрит с системным началом является наиболее распространенным (34%). В сравнении, частота проявления всех подтипов на выборке в 121 ребёнка представлена следующим образом: 1) артрит с системным началом — 42 (34%), 2) полиартрит — 14 (12%), 3) олигоартрит персистирующий — 31 (21%), 4) олигоартрит распространённый — 12 (10%), 5) артрит с энтезитами — 21 (17%); 6) псориатический артрит — 1 (1%) чел.

Начало заболевания отмечается, в основном, в 2-хлетнем возрасте, но может встречаться и у годовалых детей. Мальчики и девочки поражаются с одинаковой частотой. Системный артрит у взрослых, известный под названием болезни Стилла, встречается редко. Основные клинические проявления — лихорадка (40°C), пик которой приходится на дневное время, транзиторная пятнисто-папулезная сыпь и артрит. Среди других симптомов встречается серозит, гепатоспленомегалия и генерализованная лимфоаденопатия. Диагноз подтверждается следующими лабораторными данными (во время острой фазы): повышенная СОЭ, увеличенная концентрация СРБ, нейтрофильный

лейкоцитоз и тромбоцитоз. С течением времени (в среднем 3-4 года) системные проявления уменьшаются, ведущим симптомом становится полиартрит. Нелеченный системный артрит может привести к синдрому активации макрофагов (известному также как гемофагоцитарный синдром) с высоким уровнем смертности [4].

По данным регионального регистра клинические проявления артрита с системным началом проявляются следующим образом:

- равное соотношение полов и/или преобладание мальчиков (в нашем регистре соотношение 1:1)
- Преимущественно ранний возраст к моменту заболевания. По нашим данным пик заболеваемости приходится на 4–7 лет (38 %) и 7–10 лет (41 %).
- Системные проявления — высокая лихорадка — 85,7%, кожная сыпь — 45,2%, висцериты — 30,9%, повышенная СОЭ — 93%, увеличение СРБ — 53%, нейтрофильный лейкоцитоз и тромбоцитоз — 53%, увеит — 9,5%. С течением времени (в среднем 3-4 года) системные проявления уменьшаются, ведущим симптомом становится полиартрит.

- Прогноз — деформирующий артрит у 28,5%.

Анализ течения системного варианта ЮИА выявляет более неблагоприятный прогноз для девочек. Во-первых: у девочек в 1,5 раза чаще возникают рецидивы, и, как следствие рецидивов воспаления — деформирующие нарушения суставов у девочек отмечаются в 3 раза чаще, чем у мальчиков. Во-вторых, у девочек в 3 раза чаще, чем у мальчиков, встречаются такие осложнения, как асептический некроз головки тазобедренного сустава. Впоследствии в 7,1% артрита с системным началом у девочек происходит трансформация в олигоартрит, и в 4,7% случаев в полиартрит. У мальчиков трансформация в олиго— и полиартрит не отмечена, но в 7,1% случаев после купирования системного воспаления основным проявлением остался артрит с энтезитами. Очевидно, эти данные подтверждают теорию генетической детерминированности артритов в системе HLA. Различие в клиническом течении ЮИА с системным началом проявляется и в особенностях выхода в ремиссию: у мальчиков стойкая ремиссия отмечена в 23% случаев, у девочек — лишь в 9,5%. У детей с продолжительностью заболевания более года в 25% случаев развивается деформирующий артрит (рис. 1).

Высокая активность заболевания и неблагоприятный прогноз в отношении деформирующих осложнений требуют как можно более раннего назначения базисной терапии [1,5]. Опыт 5-летнего наблюдения показывает неэффективность терапии преднизолоном как монотерапии, так и в сочетании с плаквенилом (87,5% и 61,1% детей с ЮИА рефрактерны к данной терапии).

Терапия в комбинации с метотрексатом более успешна — 68% детей вышли в ремиссию, и только 8% не ответили на лечение (потребовалось подключение циклоспорина А).

В 8 случаях при агрессивном течении с крайне высокой активностью применялась пульс-терапия метипредом в сочетании с циклофосфаном, метотрексатом, плазмаферезом. В четверти случаев терапия не показала эффекта, и к лечению подключен второй базисный препарат. Обнадёживает введение в терапию торпидных артритов циклоспорина

исходы системного артрита (n=42)

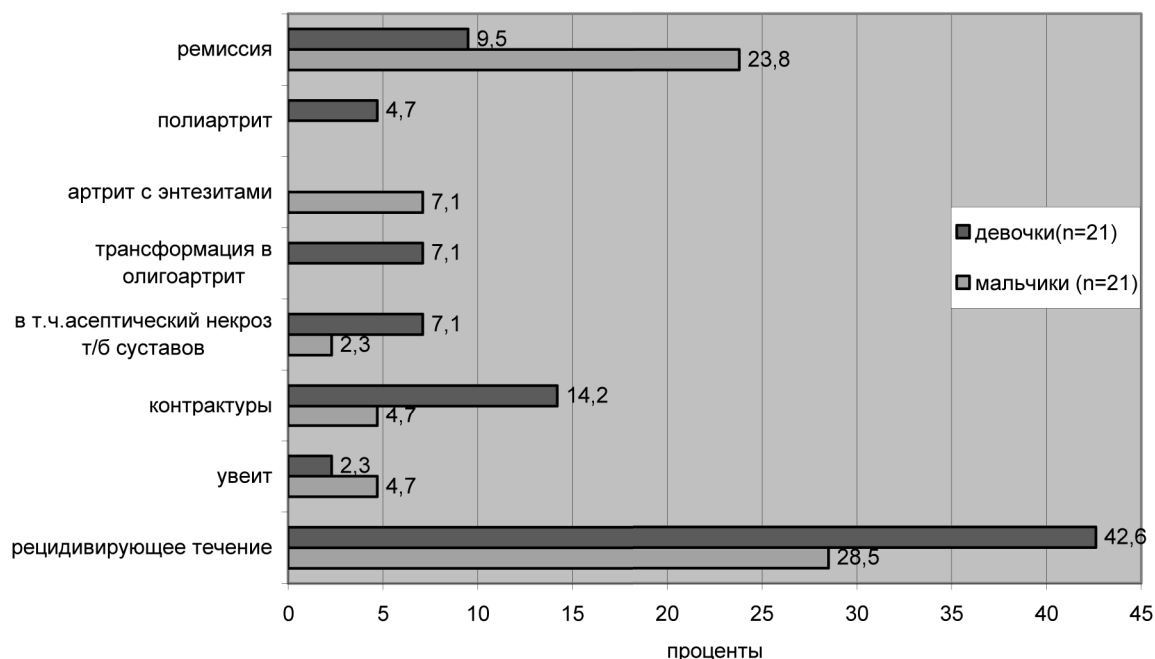


Рис. 1.

А, при лечении которым отмечается положительный эффект (выход в клиническую ремиссию) в 80% случаев (критерий Манна-Уитни $p < 0,06$). Но выводы по терапии циклоспорином А в настоящее время неоднозначны — короткий срок катамнеза и контроля за токсичностью.

Выводы:

- В структуре ЮИА у детей наиболее часто встречается системный артрит с ранним возрастом к моменту заболевания и равным соотношением полов и/или преобладанием мальчиков.
- Из системных проявлений на первом месте высокая лабораторная активность — 93%, лихорадка — 85,7%, далее — кожные сыпи — 45,2%, висцериты — 30,9%. С течением времени (в среднем 3-4 года) системные проявления уменьшаются, ведущим симптомом становится полиартрит.

Лихорадка в сочетании с артритом, серозитами и высокой лабораторной активностью при системных формах ЮИА предполагают неотложное назначение базисной терапии метотрексатом, т.к. аминохинолиновые препараты не оказывают убедительного положительного эффекта.

- В прогнозе при системном варианте ЮИА деформирующий артрит при длительности заболевания более года развивается у 25% детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Е.И., Шахбазян И.Е., Жолобова Е.С. Факторы неблагоприятного прогноза ювенильного ревматоидного артрита и возможности его изменения средствами лекарственной терапии // Рос. педиатр. журн. — 2003. — № 4. — С. 48-52.
2. Кузьмина Н.Н., Шайков А.В. Ювенильный ревматоидный артрит: терминологические и классификационные аспекты // Научно-практич. ревматол. — 2000. — №1. — С. 35-42.
3. Кузьмина Н.Н., Воронцов И.М., Никишина И.П., Салугина С.О. Эволюция взглядов на терминологию и классификацию ювенильных хронических артритов // Научно-практич. ревматол. — 2001. — № 1. — С.25-32.
4. Кузьмина Н.Н., Никишина И.П., Салугина С.О. Современная стратегия и тактика фармакотера-

пии ювенильных артритов // Русский мед. журнал. — 2003. — Т. 11, № 7. — С. 419-424.

5. Лыскин А.Г., Шахбазян И.Е. Рациональная терапия ювенильного ревматоидного артрита у детей раннего возраста // Рос. педиатр. журн. — 2003. — № 1. — С. 14-17.

6. Petty R.E., Southwood T.R., Baum J., et al. Revision of the Proposed Classification Criteria for Juvenile Idiopathic Arthritis. Durban, 1997. // J. Rheumat. — 1998. — Vol. 25, N10. — P.1991-1994.

7. Southwood T.R.. New classifications of juvenile idiopathic arthritis Scand. / 28th Scand. Congress of Rheumatol. Abstracts from the meeting in Turku, Finland, 7-10 Sept. 2000. // J. Rheumatology. 2000. — Vol. 29, suppl. — P. 114. — AS4.

JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS WITH THE SYSTEM BEGINNING: CLINICAL FEATURES OF CURRENT

A.E.Matjunova, L.V.Bregel, T.S.Krupskaja, L.M.Baturina, T.S.Knjazeva

(Russia, Irkutsk State Institute of Improvement of Doctors, Irkutsk State Medical University, State Regional Children's Clinical Hospital)

Arthritis with systemic onset is different from various courses of juvenile idiopathic arthritis by marked gravity of general inflammatory response, expressed number of syndromes, severe functional deficiency in acute period and high risk from arthritis development in prognosis of arthritis deformans. This paper describes the place of arthritis with systemic onset in the structure of juvenile idiopathic arthritis and presents specific features of clinical courses and results depending on different therapeutic schemes applied.

© КУПЕРТ М.А., КУПЕРТ А.Ф. —

«ФЕРМЕНТАТИВНЫЙ КЮРЕТАЖ» СТЕНОК МАТКИ — АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИТОВ ПОСЛЕ РОДОВ

М.А. Куперт, А.Ф. Куперт

(Россия, Иркутск, Государственный медицинский университет)

Резюме. Вместо инструментального опорожнения матки (выскабливание, вакуум-аспирация), приводящих к серьезным осложнениям (нарушение менструальной функции, бесплодие, невынашивание беременности, ВЗОМТ) предложен ферментативный кюретаж стенок послеродовой матки пролонгированным иммобилизованным протеолитическим ферментом «Profesimum». Препарат вводился внутриматочно в дозе 1 мл на 10 см² площади матки. Предложена формула расчета послеродовой матки. Показаны преимущества предложенного метода по сравнению с традиционным лечением.

Ключевые слова: послеродовой эндометрит, ферментативный кюретаж, профезим.

Актуальность изучения послеродовых эндометритов (ПЭ) несомненна, поскольку, несмотря на достигнутые успехи в профилактике и терапии послеродовых заболеваний, частота этой патологии не снижается. В структуре послеродовых инфекционных заболеваний ПЭ встречается с частотой 25-45% после родов и 20-90% после операции кесарева сечения, занимая лидирующее положение.

В условиях изменившейся этиологии и клинического течения послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений, большое значение приобретает прогнозирование, профилактика и своевременное начатое лечение.

В современном акушерстве лечение ПЭ рассматривается с позиции учения об инфицированной ране. Хирургическая обработка раневой поверхности направлена на удаление патологических включений из полости матки. Применяемые с этой целью выскабливание стенок матки, вакуум-аспирация, привели к существенному улучшению ближайших результатов лечения ПЭ. Однако, отношение большинства авторов к инструментальному опорожнению матки отрицательное, так как отмечается высокая травматизация нервно-мышечного аппарата матки, что влечет за собой развитие поздних осложнений (нарушение менструальной функции, бесплодие, невынашивание беременности, ВЗОМТ). В этой связи очевидна необходимость разработки новых менее травматичных способов хирургической обработки раны в послеродовой матке.

На наш взгляд, перспективным является применение ферментативного кюретажа стенок матки с использованием отечественных пролонгированных иммобилизованных протеолитических ферментов,

поскольку они способствуют интенсификации процессов некролиза и значительно ускоряют процесс очищения гнойных полостей от инфицированных некротических масс и фибрина. Кроме этого, выявлена высокая эффективность местной энзимотерапии за счет прямого или опосредованного антибактериального их действия, обусловленного повышением активности применяемых антибиотиков за счет растворения фибриновой пленки в очаге воспаления. Нами использовался профезим (Profesimum), обладающий весьма широким спектром действия: протеолитическим, противовоспалительным, прямым или опосредованным антибактериальным, антикоагулянтным, дегидратационным, антиоксическим. Действуя как «биологический скальпель», путем некролиза, профезим вскрывает микроабсцессы и микрофлегмоны рассеянные в зоне воспаления, стимулирует развитие грануляций и эпителизацию раневой поверхности, что и является основой ферментативного кюретажа стенок матки.

Исходя из выше изложенного, нами предложен комплексный метод лечения ПЭ с использованием профезима.

Материалы и методы. Лечение проведено 185 женщинам с ПЭ. Средний возраст пациенток 22,3 года. Все пациентки разделены на 3 группы, в зависимости от способа лечения. В I группу отнесены 65 пациенток, которым проводилось традиционное лечение, включающее антибактериальную, противовоспалительную, иммунокорректирующую, утеротоническую терапию. Лечение начиналось с инструментального удаления патологического содержимого полости матки. При наличии остатков плацентарной ткани, проводилось выскабливание стенок матки тупой кюреткой. При