

Акзамова Б.Б.,
Фаттаева Ш.М.
Ганиев Ф.И.,
Арзиева Г.Б.,
Тулаева Т.У.

ХЛАМИДИОЗ У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав. проф. Негмаджанов Б. Б.), СамМИ (ректор проф. Шамсиев А.М.)

Удачный исход и благополучное родоразрешение беременных с хламидийной инфекцией, как для матери, так и для ребенка зависят от ведения беременной на протяжении всего срока беременности. Беременность вызывает определенную перестройку женского организма; эти изменения обеспечивают оптимальные условия для развития плода и течения родов. В начале беременности (до формирования плаценты) перемены в работе женского организма и обменные процессы у плода определяются деятельностью яичников и гипофиза. К 10-12 неделям беременности эти функции полностью переходят к плаценте - специальному органу питания плода и важной железе внутренней секреции. Гормоны, выделяемые плацентой во время беременности, вызывают в организме матери многочисленные физиологические изменения, которые обеспечивают правильное развитие плода, подготавливают организм к предстоящим родам и кормлению грудью. Однако на организм матери с начала беременности воздействуют не только гормоны плаценты, но и продукты обмена плода и биологически активные соединения, вырабатываемые плодом в процессе развития, что вызывает дополнительное напряжение многих систем женского организма.

Хламидийная инфекция - заболевание относящееся к группе ИППП, характеризующееся многоочаговостью поражения с вовлечением в воспалительный процесс органов половой сферы, а иногда суставов, органа зрения и дыхательных путей. [1]. Оно является одним из основных этиологических агентов, вызывающих воспалительные поражения

органов малого таза, хроническое течение которых оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье и вызывает ряд серьезных осложнений: послеродовый эндометрит, многоводие, дородовое излитие вод, плацентарную недостаточность, преждевременные роды, инфицирование плода, рождение с низкой массой тела, вторичное бесплодие, невынашивание беременности, злокачественные опухоли шейки матки и др [13,14, 10].

Особое значение хламидийная инфекция имеет у беременных, учитывая неблагоприятные последствия для плода и послеродовые осложнения у матери. По сравнению с неинфицированными роженицами у беременных с выявленной хламидийной инфекцией достоверно повышен риск перинатальной патологии (повышение риска смертности плода, запоздалые роды, преждевременного разрыва плодных оболочек). У 30-60% инфицированных женщин встречаются послеродовые осложнения в виде эндометрита, сальпингита, лихорадки и кровопотери свыше 300 мл [14,15].

Цель исследования: Обоснование патогенетически обоснованного комплексного лечения урогенитального хламидиоза у беременных и уменьшение перинатальных осложнений.

Методы и материал. Выполнена работа по выявлению и ведению беременных с хламидийной инфекцией. Ретроспективному анализу были подвергнуты 50 истории родов женщин с хламидийной инфекцией материалам Самаркандского комплекса № 3 за 2008-2009 гг.

Возрастной диапазон беременных с хламидийной инфекцией

по
таблице

Возраст	л	%
<20	12	24
21-25	20	40
26-30	10	20
31-35	5	10
36-38	3	6

Большую часть беременных с хламидийной инфекцией составили женщины в возрасте 21- 30 лет - 30 из 50, отобранных сплошным методом по признаку наличия/выявления хламидийной инфекции (60%). Оценка общего состояния больных и локального статуса заболевания осуществлялась на основании: клинического исследования (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ, коагулограмма, определение группы крови и Rh принадлежностей) с изучением особенностей репродуктивной обследованных беременных женщин изучали характер жалоб. Объективные данные: общий осмотр. Во время влагалищного и бимануального исследования определяли состояние шейки

матки, тела матки и придатков. менст-руальной и функций; У всех
Для выбора тактики лечения были установлены причины, длительность заболевания, количество родов и их течение, влагалищное исследование, ультразвуковое сканирование

вание. ответ анализа на хламидии. Только на основании анамнеза, жалоб больной, вагинального осмотра и лабораторного обследования на хламидии можно достоверно диагностировать урогенитального хламидиоза.

Среди обследованных женщин жительницы города - 12 составили 24%. сельской местности - 38 (76%); в том числе Джам- байский район - 6 (12%), Ургутский район - 14 (28%), Тайлакский район - 8 (16%), Булун- гурский район - 5 (10%), Пайарыкский район - 3 (6%), Каттакурганский район - 2 (4%). Как видно, территориальное распределение больных обратно пропорционально расстоянию до учреждения.

По социальному положению: домохозяйка было 32 (64%). студенток - 6 (12%). рабочих - 8 (16%). служащих - 4 (8%).

Менархе до 14 лет включительно наступило у - 27 (54%), с 15 лет у - 23 (46%) больных. По количеству беременностей в анамнезе беременные распределены следующим образом: первобеременные - 26 (52%), повторно-беременные - 24 (48%).

По количеству предыдущих беременностей повторнородящих в анамнезе беременные распределены следующим образом: от 1 до 3 родов у 39 (78%) от 3 до 5 родов у 8 (16%) и более 5 родов у 3 (6%).

Результаты исследования. При изучении общего анализа крови, биохимического анализа крови, коагулограммы крови отклонения от нормы не выявлены. При исследовании крови у беременных С

хламидийной инфекцией низкое содержание гемоглобина (ниже 60 ЕД) обнаружено у 7 (14%). проведено исследование при помощи сканирования крови под темнопольным микроскопом. У всех беременных женщин были положительные ответы анализа крови на хламидии. У женщин хламидии были обнаружены методом Иммунофер- ментного анализа (ИФА). Хламидий в крови (более 0.3) обнаружено у всех 50 (100%) беременных.

У обследованных нами беременных наблюдались следующие осложнения: многоводие 14 (28%), TORCH-инфекция 4 (8%), угрожающий выкидыш 6 (12%), самопроизвольные выкидыши 14 (28%). неразвивающиеся беременность 12 (24%).

Беременность, отягощенная ОРВИ 13 (26%), пиелонефрит беременных 9 (18%), пневмония 2 (4%). По исходу беременности: у женщин наблюдались преждевременные роды - у 17 (34%), антенатальная гибель плода - у 15 (30%), операция кесарево сечение - у 3 (6%), нормальные роды - у 15 (30%).

Показанием к оперативному родораз- решению были: кесарево сечение при предыдущих родах - 1 (2%), преждевременная отслойка низко расположенной плаценты - 1 (2%), косое положение плода - 1 (2%). У 15 (30%) роды были в сроки 36-40 недель (из них 5 родов двойней), преждевременные роды в сроки менее 36 недель - у 17 (34%), запоздалые роды у I (2%) женщины в срок 42 недели.

Таблица 2

Конъюнктивит	9 18
Пневмония	4 8

Осложнения у новорожденных при хла м ид и озе

Осложнения п %

Назофарингит	2 4
Вульвит у девочек	3 6
Уретрит у мальчиков	1 2

Большинство новорожденных - 31 (62%) родились по шкале Апгар на 7-9 баллов, двое (4%) - на 4-6 баллов, и у 17 (34%) наблюдающихся женщин имела место антенатальная гибель плода. 15 (30%) новорожденных родились с весом 2700-4000 г. 18 (36%) новорожденных родились с весом менее 2700 г и 2 (4%) - с весом более 4000 г. Согласно данным авторов [1] при хламидийной инфекции у беременных препаратами выбора служат:

- азитромицин — 1,0 г однократно;
- эритромицин — по 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней;
- амоксициллин — по 500 мг 3 раза в сутки 7 дней.

В европейском руководстве среди основных препаратов фигурируют:

- эритромицин основание 500 мг внутрь 4 раза в сутки — 7 дней;
- амоксициллин 500 мг внутрь 3 раза в сутки — 7 дней;
- джозамицин 750 мг внутрь 2 раза в сутки -г-- 7-14 дней.

А в качестве альтернативных приводятся следующие схемы:

- эритромицин основание 250 мг внутрь 4 раза

в сутки — 14 дней;

- эритромицин этилсукцинат 800 мг внутрь 4 раза в сутки — 7 дней, или 400 мг— 14 дней;
- азитромицин 1,0 г однократно внутрь.

Лечение беременных с хламидийной инфекцией:

Амоксициллин по 500 мг 3 раза в день в течение 7 дней; Азитромицин (Зитмак) 1г перорально, однократно; Побочные эффекты: со стороны желудочно-кишечного тракта отмечались у 2 (4%) беременных женщин. Априд 750 мг перорально 2 раза в день в течении 5 дней; Джозамицин 750 мг перорально 2 раза в день в течении 7 дней.

Выше изложенные препараты и иммунокорректирующую терапию мы применяли нашим беременным только после второго триместра беременности. Беременные получа

ли необходимые витамины и микроэлементы для стимуляции или поддержания иммунитета.

Установлено, что виферон, в комплексной терапии новорождённых приводит к восстановлению баланса иммунорегуляции и к положительному клиническому эффекту в виде снижения частоты инфекционных осложнений. Для снижения частоты внутриутробной инфекции применяли у беременных с урогенитальными хламидиями вифероно-терапию с 28 недель гестации. Беременные применяли его в виде свечей; по 1 свече 2 раза в день в течении 10 дней. На фоне комплексной терапии беременных уже на первые сутки отмечали значительное уменьшение выделений из половых путей, а к концу курса лечения беременные отметили отсутствие каких-либо жалоб. Только у 3(6%) беременных продолжали беспокоить выделения белей, но в значительно меньшем количестве, чем до лечения.

Таким образом, отрицательное влияние хламидийной инфекции на течение беременности, родов и на новорожденных можно предотвратить эффективным лечением. А применение антихламидийной, противовирусной и виферонотерапии способствуют достижению положительных результатов. Своевременное излечение хламидийной инфекции беременных способствует благоприятному течению беременности и уменьшает перинатальную потерю.

Выводы

Частота хламидийной инфекции среди беременных обратившихся в 2008-2009 гг по № 3 родильному комплексу составила 8,9%.

Основными факторами риска хламидийной инфекции у беременных являются: ранее перенесенные ИППП - 22%. предшествующие осложненные беременности (36% женщин имели в анамнезе неразвивающиеся беременности), их характер (угрожающий выкидыш в 1 триместре 24%),

бесплодие ^%- ■

Факторами, способствующими прогрессированию хламидийной инфекции у беременных являются: снижение иммунного статуса беременной женщины (частая заболеваемость, ОРВИ), контакт с (зольным хламидийной инфекцией или имеющим симптомы у ретрита/цёрви цита.

Считаем, что основным методом лечения хламидийной инфекции у беременных является ранняя диагностика хламидийной инфекции и комплексная терапия включая антибактериальную, . противовирусную, иммуномодулирующую терапию, что приводит к восстановлению баланса и к положительному клиническому эффекту в виде снижения частоты инфекционных осложнений у новорожденных.

Практические рекомендации

Рациональное ведение беременности, родов и послеродового периода с обследованием на хламидийную инфекцию при наличии предрасполагающих факторов риска.

В регионах с высокой рождаемостью рекомендуется проведение разъяснительной работы с целью предупреждения частых (через 2 года и менее) родов, приводящих к утрате тонуса, эластичности тканей, расслаблению мышц тазового дна и брюшного пресса.

При риске инфицирования беременных хламидиями, проводить комплексное лечение для предотвращения осложнений у матери (преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, многоводие, внутриутробная гибель плода) и ребенка (конъюнктивит, пневмония, назофа-рингит, вульвит у девочек, уретрит у мальчиков), применение азитромицина со 11- триместра беременности

Литература

1. Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Кулаков В.И., Савельева Г.М. Акушерство национальное руководство. Москва.2009. С 791.
2. Айламазян Э.К. Потин В.В. Тарасова М.А. и др. Гинекология отпубертата до постменопаузы /Под ред. Э.К.Айламазяна - М.:Медпресс - информ,2006. -491с.
3. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М. и др. Методические материалы по диагностике, лечению и профилактике наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым: Методическое пособие. -СПб.; Издательство Н-Л. 2002. -112 с.
4. Соколовский Е.В., Савичева А.М., Домейка М. и др. Инфекции, передаваемые половым путём: Руководство для врачей. - М¹ М.:Медпресс - Информ. 2009. - 256 с.
5. Шипицына Е.В., Воробьева Н.Е., Савичева А.М. и др. Применение метода Nucleic Acid Sequence-based Amplification в реальном времени (NASBA Real-Time) для диагностики урогенитальной хламидийной инфекции// Журнал акушерства и женских болезней, - 2005, - Т.11V.№4.С. 17-21.
6. Шипицына Е.В., Савичева А.М. Устойчивость Chlamydia trachomatis к антибиотикам // журнал акушерства и женских болезней. -2002. -Т. 11. №4. С. 77-83.
7. Приказ МЗ РФ №403 от 12.08.2003 «Об утверждении и введении в действие учётной формы № 089/у - кВ».
8. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases. Treatment Guidelines 2006. MMWR 2006;(№RR-1 1).
9. European Guideline for the Management of Sexually Transmitted infections. International Journal of STD & AIDS 2003; 12 (Suppl 3).
10. European STD Guidelines: ed. by K Radcliffe// International Journal of STD AIDS. -2001, -Vol. 12. Suppl 3.-P.107.
- Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections. - WHO, 2001. - 79 p.
11. Monif G.R.G, Baker D.A. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. - 5th ed. - London: The Parthenon Publishing Group. 2004. -723 p.
12. Sexually transmitted and other reproductive tract infections: A guide to essential practice. - Geneva: World Health Organization. 2005. - 1860 p.
13. Shaiepo K... Savicheva A., Shipitsyna E. et al. Diagnosis of Chlamydia trachomatis in Russia - in house PCR assays may be effective but overall optimization and quality assurance are urgently needed // APMIS. - 2006. - Vol. 114, N 7-8. - P. 500-507.
14. World Health Organization. Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections. Overview and Estimates. Geneva: WHO. 2001