

ИНФЕКЦИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА В НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**Д. Н. Абдуллаев, Л. С. Абдуллаева**Самаркандский Государственный медицинский институт,
Самаркандский городской родильный комплекс №2, Самарканд, Узбекистан**Ключевые слова:** невынашивание беременности, генитальная инфекция.**Таянч сўзлар:** кўтараолмаслик, генитал инфекция.**Key words:** miscarriage, genital infection.

В статье рассматриваются осложнения беременности у женщин с инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе риск выкидыша, невынашивания, преждевременных родов и их влияние на беременность.

ҲОМИЛАДОРЛИКНИ КЎТАРАОЛМАСЛИКДА ЖИНСИЙ ЙЎЛЛАР ИНФЕКЦИЯСИ**Д. Н. Абдуллаев, Л. С. Абдуллаева**

Самарканд Давлат тиббиёт институти,

Самарканд шаҳридаги 2-сон туғруқ комплекси, Самарканд, Ўзбекистон

Мақолада жинсий йўллари инфекцияси билан оғриган аёлларда ҳомиладорлик даврида кузатиладиган асоратлар, жумладан ҳомила тушиши хавфи, ҳомиладорликни кўтараолмаслик, муддатидан олдинги туғруқ ва уларнинг ҳомиладорликнинг кечилишига таъсири ёритилган.

GENITAL TRACT INFECTIONS IN MISCARRIAGE**D. N. Abdullaev, L. S. Abdullaeva**

Samarkand state medical institute,

Samarkand city maternity hospital №2, Samarkand, Uzbekistan

This article deals with the complications of pregnancy in women with genital tract infections along with impact of genital tract infections to the course of pregnancy and its outcomes.

Введение: в последние годы в акушерско-гинекологической практике особое значение приобретает инфекция генитального тракта (хламидия, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, цитомегаловирус и вирус герпеса). Она может быть причиной бесплодия, а при наступлении беременности явиться причиной выкидыша, при прогрессировании беременности может вызвать врожденные пороки развития плода и нервно-психические заболевания у новорожденных. Инфекция генитального тракта не оставляет после себя стойкого иммунитета, у беременных они протекают в хронической или латентной форме, не причиняя особой беспокойства [1,2,3,4,7].

Инфекция генитального тракта является причиной широкого спектра антенатальной патологии: инфекционных заболеваний плода, фетоплацентарной недостаточности, мертворождений, невынашивания, задержки роста плода и аномалий его развития.

Наряду с острым течением инфекции у плода и новорожденного может наблюдаться длительная персистенция возбудителя с формированием латентного, медленно протекающего хронического инфекционного процесса. Инфекционная патология плода часто скрывается за такими диагнозами, как внутриутробная гипоксия, асфиксия, внутричерепная травма новорожденного.

Во многих странах более 70-80% населения заражаются ВПГ-1 типа (ВПГ-1) еще в детском возрасте. Это в какой-то степени предохраняет от инфицирования ВПГ-2 типа (ВПГ-2) традиционно считающимся возбудителем генитального герпеса. Серологические исследования показывают, что у 15-70% населения имеются антитела к ВПГ-1 и примерно у 20% населения к ВПГ-2 [2,4,8].

Внутриутробная инфекция в I триместре беременности может окончиться самопроизвольным выкидышем. Имеются случаи врожденного герпеса, проявляющегося микрофтальмией, хореоретинитом и микроцефалией [1,3,6,7].

Ureaplasma urealyticum представитель семейства *Mycoplasmataceae* – часто входит в состав микрофлоры влагалища. Этот микроорганизм обнаружен в плодных оболочках при преждевременных родах, а также выделен из ткани легких новорожденных, умерших от пневмонита. [6,7,8].

Mycoplasma genitalium вызывает спектр заболеваний, подобно хламидийной инфекции (цервицит, воспалительные заболевания внутренних половых органов, негонококковый уретрит) [6,7,8].

Цитомегаловирус относится к семейству герпесвирусов и поэтому способен вызывать латентно текущую инфекцию. Частота составляет 1 на 200 беременных. В 40% случаев происходит внутриутробное заражение плода. К основным симптомам внутриутробной цитомегаловирусной инфекции относятся микроцефалия, слепота и глухота, пневмонит, хореореитинит, кальцификаты мозга и ВЗРП [1,6,7,8].

Попав в организм человека цитомегаловирус размножается и выделяется из него на протяжении недель, месяцев (при инфицировании взрослого) и даже лет (при заражении ребенка). Проникая в лимфоциты, он сохраняется в организме человека на протяжении всей его жизни и поэтому может передаваться при переливании крови или при трансплантации органов. Время от времени происходит реактивация вируса сопровождающееся его выделением из организма хозяина через мочеполовые или дыхательные пути. [1,2,5,6,8].

Инфекция генитального тракта не оставляет после себя стойкого иммунитета, у беременных они протекают в хронической или латентной форме, не причиняя особой беспокойства.

Цель работы: оценка влияния инфекций генитального тракта на репродуктивную функцию женщин.

Материал и методы исследования: нами проанализированы 50 историй болезни женщин, поступивших в гинекологическое отделение родильного дома № 2 г. Самарканда с угрозой прерывания беременности в 2018 году.

Всем женщинам наряду с наряду с клинико-лабораторно-инструментальными методами исследования было выполнено комплексное бактериологическое исследование выделений из половых путей. Исследование проводилось с использованием микробиологических методов исследования с определением типа флоры. Все исследования проводились в частной медицинской фирме «Нарру тама»

Результаты собственных исследований: По возрасту больные распределялись следующим образом: младше 20 лет – 7, от 21 до 30 лет – 34, от 31 до 35 года – 9 женщин. Срок беременности при поступлении до 16 недель был у 40 женщин, от 17 до 20 недель и выше – у 10. Из поступивших 50 больных 10 были первобеременными, остальные 40-повторнобеременными: 18 из них имели по одному аборту в анамнезе, 12- по 2-3, 10-более 3-х абортов. У 14 женщин в анамнезе были самопроизвольные выкидыши, 17 в прошлом рожали и 3 были оперированы по поводу внематочной беременности, 37 имели в прошлом гинекологические заболевания: у 16 женщин хронический аднексит, у 14-эрозия шейки матки, хроническая гонорея у 2, у одной – нарушение менструального цикла, ещё у одной – истмико-цервикальная недостаточность, которая потребовала при беременности наложения кругового шва на шейку матки. Отягощенный соматический анамнез выявлен у 14 женщин: у 12-хронический пиелонефрит, у 2-х хроническая гипертензия.

Наблюдаемая беременность у всех протекала с явлениями угрожающего выкидыша. При обследовании на урогенитальную инфекцию у 7 женщин обнаружен хламидиоз, у 7-гарднереллёз, у 6-трихомониаз, у 4-х микоплазмоз, у 7-уреаплазмоз, цитомегаловирусная инфекция выявлена у 3 женщин и вирус герпеса у 2-х. При бактериологическом обследовании выявлен стрептококк, энтерококк у 3-х и кишечная палочка у 3-х женщин; кандидоз выявлен у 9 обследованных. Смешанная инфекция отмечена у 11 обследованных беременных: гарднереллёз и стрептококкоз, гарднереллёз и хламидиоз и др. Из 50 женщин, госпитализированных по поводу угрозы прерывания беременности, только у 11 не были выявлены

инфекционные воспалительные заболевания.

В стационаре больные получали сохраняющую терапию: но-шпа, папавериновые свечи, аэвит, гормонотерапию дюфастоном или утрожестаном, а также по показаниям антибактериальную терапию. Из 50 больных 48 были выписаны с прогрессирующей беременностью, у 2-х женщин произошёл самопроизвольный выкидыш.

Заключение: таким образом, инфекции генитального тракта оказывают существенное влияние на течение как настоящей, так и последующих беременностей. Поэтому профилактика и лечение инфекций генитального тракта в программе предгравидарной подготовки способствуют улучшению исходов как беременности, так и родов.

Использованная литература:

1. Кэмпбелл Ст., Лиза К., ред. Акушерство от десяти учителей: Пер. с англ. 17-е изд. М., 2004. 464 с.
2. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Ранние сроки беременности. М., 2005.
3. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. М.: Триада Х, 2000. 304 с.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of recurrent early pregnancy loss. ACOG practice bulletin no. 24 / American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, DC, 2001.
5. Azam AZ, Vial Y, Fawer CL, et al: Prenatal diagnosis of congenital cytomegalovirus infection. Obstet Gynecol 97:443, 2001
6. Baud D, Greub G: Intracellular bacteria and adverse pregnancy outcomes. Clin Microbiol Infect 17:1312, 2011
7. Bricker L., Farquharson R.G. Types of pregnancy loss in recurrent miscarriage: implications for research and clinical practice // Hum. Reprod. 2002. Vol. 17, N 5. P. 1345–1350.
8. Coonrod DV, Jack BW, Boggess KA, et al: The clinical content of preconception care: infectious diseases in preconception care. Am J Obstet Gynecol 199(6 Suppl 2):S290, 2008