

Ихтиярова Г.А.,
Косимова Н.И.

ЗНАЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРОБЛЕМЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Бухарский государственный медицинский институт

Одно из первых мест среди важнейших проблем акушерства и гинекологии занимает проблема невынашивания беременности. Как известно, невынашивание беременности подразделяется на привычное и спорадическое. Полагают, что самопроизвольные выкидыши первого триместра гестационного периода являются инструментом естественного отбора, так как при исследовании абортусов в 60-80% случаев выявляют хромосомные аномалии. Однако в статистическую обработку данных, скорее всего, не включены случаи спорадического прерывания беременности в очень ранние сроки и протекающие субклинически. Привычное невынашивание беременности считается полиэтиологичным осложнением беременности, в основе которого лежит нарушение функции репродуктивной системы [2, 3, 5]. Вопрос об этиологической роли бактериально-вирусного фактора, как одного из основополагающих, широко дискутируется в литературе. Одни исследователи считают, что инфекция — одна из наиболее значимых причин невынашивания как спорадического, так и привычного; другие считают, что для спорадического прерывания, может быть, инфекция играет роль, а для привычного — нет [1, 4, 6].

Целью нашего исследования явилось изучение частоты встречаемости урогенитальной и вирусной инфекции у женщин с проблемой невынашивания в зависимости от кратности прерывания беременности.

Методы исследования. В соответствии с целью нами было обследовано 160 пациенток в возрасте от 21 до 34 г., обратившихся в городской родильный дом г.Бухары за период 2009-2011 гг. с наличием в анамнезе синдрома потери плода. Все женщины были разделены на 2 подгруппы. Подгруппу А составили женщины со спорадическим прерыванием беременности — 92 жен. (57,5%), подгруппу В — женщины с привычным невынашиванием беременности — 68 женщин (42,5%). Подгруппы были сопоставимы по возрасту, наличию в анамнезе генитальной и экстрагенитальной патологии. Диагноз привычного невынашивания беременности устанавливался при самопроизвольном прерывании два и более раз. При однократном прерывании беременности женщины были отнесены в подгруппу А в не зависимости от кариотипа абортуса.

Всем пациенткам проводилось обследование, согласно разработанному нами алгоритму, включающему в первую очередь выявление бактериально-вирусного агента, затем определение уровня нарушений эндокринной системы, иммунного статуса, системы гемостаза.

Диагноз урогенитального инфицирования устанавливался на основании данных анамнеза, клинических и микробиологических исследований. Клиническую картину оценивали по данным гинекологического исследования, кольпоскопии и цитологического исследования эпителия цервикального канала, взятого с поверхности шейки матки. Микробиологическую диагностику проводили с помощью бактериоскопических и культуральных методов изучения отделяемого из цервикального канала, влагалища, уретры. Наряду с вышеперечисленными методами исследования использовались методы прямой иммунофлуоресценции, полимеразной цепной реакции.

Для выявления антител классов IgG, IgA, IgM к хламидиям, вирусу герпеса I и II типов, цитомегаловирусу использовался метод непрямой иммунофлуоресценции.

Результаты и обсуждение. По результатам опроса пациенток с невынашиванием беременности в не зависимости от кратности самопроизвольных абортусов было выявлено, что в 23,1% случаев, отмечалось раннее начало половой жизни, за несколько лет до брака. Практически все пациентки отмечали в анамнезе наличие рецидивирующих сальпингоофоритов, эндометритов, вагинитов, эрозий шейки матки, циститов, кист и абсцессов бартолиновых желез, нарушений менструальной функции различного характера. У 45% пациенток произведенное выскабливание полости матки по поводу прервавшейся беременности осложнилось либо острым эндометритом, либо обострением ранее имеющегося воспалительного процесса гениталий. При проведении микробиологического и вирусологического исследований достоверных различий по частоте встречаемости бактериально-вирусного инфицирования в сравниваемых

подгруппах выявлено не было. В большинстве случаев, а именно у 98 чел. (61,3%), было применено более двух специфических методов исследования. Урогенитальные инфекции имели место практически у 100% всех обследованных пациенток, причем в 87,5% случаев отмечались сочетанные варианты. Наиболее часто встречались следующие ассоциации инфекций: в 33,7% случаев — хламидийной и уреаплазменной инфекции, в 26,4% — трихомониаза, хламидиоза, уреаплазмоза, в 17,2% микоплазмоза, уреаплазмоза, кандидоза, герпетической инфекции II типа, в 12% — хламидиоза, цитомегаловирусной инфекции, в 9,5% — сочетание цитомегаловирусной инфекции с герпетической инфекцией II типа, в 1,2% случаев — другие сочетания. У двух пациенток был обнаружен вирус Эпштейн-Барра. У 30,3% женщин из влагалища высевалась сопутствующая бактериальная аэробная флора в диагностическом титре: *Staphylococcus Aureus*, *Staphylococcus Epidermidis*, *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Streptococcus haemolyticus*, *Proteus*. Гарднерелла была выделена из влагалища у 4,5% пациенток. Однако надо отметить, что в подгруппе А в 83% случаев было выявлено обязательное присутствие вирусного агента.

Кроме того, у женщин с привычным невынашиванием беременности в 82,7% случаев наряду с урогенитальной инфекцией имели место сочетания различных причин потери плода. В подгруппе со спорадическим прерыванием беременности — только у 16 чел. (17,4%). В терапии урогенитальной инфекции использовались курсы антибактериальной терапии с учетом возбудителя.

Препараты вводились системно и местно. Применялись фторхинолоны (нолицин, леворекс) производные тетрациклина, макролидов (азитромицин, дорамицин, Азит-500). В комплексе лечения использовались иммуномодуляторы (генферон свечи вагинальные по 500000 ежедневно №10 и 1000000 Ед), антимикотическая терапия (микосист-150 мг, фуцис150 мг однократно с последующим Рофлузол 50 мг по схеме). С учетом возможных побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта применялись гепатопротекторы (эссенциале), эубиотики (энтерожермина). Все пациентки получали фитоадаптогены, поливитамины, системную энзимотерапию.

Таким образом, урогенитальная инфекция встречалась практически у всех обследованных женщин, как со спорадическим, так и с привычным невынашиванием беременности, причем моноинфицирование отмечалось только у 12,5% пациенток.

Следовательно, при тщательном сборе анамнеза уже при первичном посещении всем женщинам, независимо от кратности самопроизвольных выкидышей, целесообразно рекомендовать обязательное обследование на наличие бактериально-вирусного агента, иногда с использованием более двух специфических методов исследования для достоверности полученных результатов.

Использованная литература:

1. Демидова Е.М. Патогенез привычного выкидыша // Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1993.
2. Захаревич Н.П., Новикова Л.Н., Михнина Е.А. и др. // Акушерство и гинекология. 2001. №3. С. 56-57.
3. Краснопольский В.И., Туманова В.А., Титченко Л.И. и др. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2005. №1. С. 36-40.
4. Макаров О.В., Бахарева И.В., Идрисова Л.С. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2004. №4. С. 24-30.
5. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М.: Триада-Х, 2004.
6. Khan G., Heggen D. // The Female patient. 1998. №3.