

ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

ЗАЯЦ-КАХНОВЕЦ О.И.

Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика.

Введение. Невынашивание беременности представляет собой одной из наиболее важных проблем здравоохранения во всем мире. Частота преждевременного прерывания беременности колеблется в пределах 10-25% [1-4]. Несмотря на большое количество исследований, посвященных профилактике и лечению невынашивания, частота преждевременных родов составляет 5-10% [1].

Невынашивание беременности – это универсальный, интегрированный ответ женского организма на любое выраженное неблагополучие в состоянии здоровья беременной, внутриутробного плода, окружающей среды и многих других факторов. В условиях адаптации к беременности наиболее ярко проявляется единство нервной и гуморальной регуляции, контролируемое симпато-адреналовой системой, которая обеспечивает организм женщины созданием достаточных энергетических ресурсов в условиях изменившейся внутренней и внешней среды [1-4].

Среди различных факторов риска невынашивания все большее значение приобретают исходные фоновые воспалительные заболевания урогенитального тракта. Успехи микробиологии и вирусологии к настоящему времени создали предпосылки к пониманию генеза нарушений репродуктивной системы и обеспечили возможность более глубокого понимания механизмов невынашивания беременности на фоне перенесенных воспалительных заболеваний урогенитального тракта [1-4].

Вместе с тем, патогенез невынашивания на фоне воспалительных процессов урогенитального тракта изучен недостаточно. Отсутствуют четкие данные об особенностях формирования и функционального состояния фетоплацентарного комплекса и нарушений состояния внутриутробного плода и новорожденного в зависимости от исходных особенностей микробиоценоза половых путей. Кроме того, отсутствуют данные об эффективном подходе к профилактике невынашивания беременности с учетом основных причин воспалительного процесса.

Все вышеизложенное является достаточным обоснованием актуальности выбранной научной задачи.

Целью исследования является снижение частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин с невынашиванием и воспалительными заболеваниями урогенитального тракта в анамнезе на основе изучения особенностей микробиологического статуса и функционального состояния фетоплацентарного комплекса, а также усовершенствования комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования.

Для решения поставленной цели и задач было отобрано 100 женщин с невынашиванием беременности инфекционного генеза в анамнезе по следующим критериям:

- наличие в анамнезе одного или более самопроизвольных выкидышей подряд от одного и того же полового партнера;
- отсутствие хромосомных аномалий в кариотипе супругов;
- отсутствие грубых анатомических дефектов внутренних половых органов (пороки развития матки, внутриматочные синехии, непроходимость маточных труб);
- отсутствие оперативных вмешательств на матке (кесарево сечение, ушивание перфорационного отверстия, консервативная миомэктомия);
- отсутствие выраженных соматических и эндокринных заболеваний.

Кроме того, в исследование вошли только те женщины, возраст которых не превышал 35 лет. Это было сделано с целью нивелировать влияние возраст-зависимых факторов на результаты исследования, так как после 35 лет повышается частота образования яйцеклеток с аномальными наборами хромосом, в частности трисомией по 21 и 18 парам хромосом [1].

Для выявления эффективности предлагаемых нами лечебно-профилактических мероприятий был проведен сравнительный анализ течения беременности и родов в трех группах женщин:

1 группа (основная) – 50 женщин с с угрозой прерывания беременности в сроке 18-22 недели гестации на фоне урогенитальной инфекции и невынашиванием в анамнезе, которые получали разработанную нами методику;

2 группа (сравнения) - 50 женщин с с угрозой прерывания беременности в сроке 18-22 недели гестации на фоне урогенитальной инфекции и невынашиванием в анамнезе, которые получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия;

3 группа (контрольная) – 50 соматически и гинекологически здоровых первобеременных.

На момент обследования все женщины находились во втором триместре беременности (18-22 нед.) с явлениями угрожающего прерывания инфекционного генеза, т.е. имел место воспалительный процесс урогенитального тракта. При этом, основная группа беременных была сопоставлена с группой сравнения по наиболее важным показателям (срок беременности, возраст, паритет, социально-экономическое положение, генитальная и экстрагенитальная патология, исход предыдущих беременностей).

Общепринятые лечебно-профилактические мероприятия включали использование по показаниям антибактериальных препаратов; гормональную терапию, комплексы витаминов и

микроэлементов; средства, улучшающие микроциркуляцию (курантил, трентал, компламин); иммунокорректирующую терапию [3].

Предлагаемая нами методика состоит из следующих моментов:

1 этап – предгравидарная подготовка: 6-12 месяцев.

- гормональная коррекция – логест; утрожестан.
- коррекция микробиоценоза половых путей - гравагин; бетадин.
- иммунокорректирующая терапия – протекфлазид; виферон; плацентоль.
- подготовка полового партнера – протекфлазид; виферон;
- коррекция дисметаболических нарушений – кртал;

2 этап (8-10 нед. и 18-20 нед.) – до 20 недель беременности:

- гормональная терапия - утрожестан до 12 недель, после 12 нед. - дуфастон.
- коррекция микробиоценоза половых путей - пимафуцин; кандибене после 12 недель.
- комплексная метаболическая терапия – кртал;
- иммунокорректирующая терапия - протекфлазид;

Отдельно хотелось бы остановиться на двух моментах предлагаемой методики – использование препаратов кртал (коррекция дисметаболических нарушений) и протекфлазид (антивирусная терапия).

Кртал - это новый отечественный препарат, производства Борсаговского химфармзавода, растительного происхождения, 1 таблетка которого содержит 0,867 г таурина; 0,043 г экстракта плодов боярышника густого и 0,087 г экстракта пустырника густого. Кртал обладает мягким кардиотоническим действием, антиангинальной, коронаролитической и антиаритмической активностью, проявляет антигопксическое и антиагрегантное действие. Препарат оказывает ингибирующее действие на ренин-ангиотензивную и калликреин-кининовую системы, положительное влияние на продукцию цАМФ и ингибирует процессы перекисного окисления липидов. Кроме того, он улучшает кровоснабжение и функциональное состояние миокарда, увеличивает «коронарный резерв», улучшает сократительную и насосную функции сердечной мышцы и уменьшает артериальное давление.

Наш выбор был сделан на препарате Протекфлазид (разработчик - «ЭКОФАРМ» и производитель – «ФИТОФАРМ»), так как это новый отечественный препарат растительного происхождения, содержащий гликозиды флавоноидов и обладающий сочетанным действием – активной стимуляцией выработки альфа- и гамма-интерферонов, а также с конкретным взаимодействием с вирусной тимидинкиназой. Наряду с противовирусным эффектом препарат обладает детоксикационной и нейропротективной активностью за счет наличия аминокислотной кислоты. При использовании протекфлазида, практически, отсутствуют негативные побочные эффекты и аллергические реакции.

В комплекс проведенных исследований были включены клинические, функциональные, иммунологические, эндокринологические, микробиологические и статистические методы исследования.

Результаты исследований и их обсуждение.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ведущими факторами риска развития угрожающего прерывания беременности у женщин с невынашиванием воспалительного генеза являются наличие в анамнезе инфекционной соматической патологии – острые респираторные вирусные инфекции с частотой три раза в год и более (40,0%); хронические тонзиллит (28,0%), бронхит (18,0%), пиелонефрит(16,0%), гастрит (14,0%), колит (10,0%) и хронические воспалительные заболевания гениталий – кольпит (78,0%), псевдоэрозия шейки матки (66,0%) и сальпингофорит (62,0%).

Наиболее частыми осложнениями гестационного периода у женщин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта и невынашиванием в анамнезе являются угрожающее прерывание беременности в ранних сроках (68,0%), ранний токсикоз беременных легкой и среднетяжелой формы (40,0%), фетоплацентарная недостаточность (54,0%), изменение объема околоплодных вод (28,0%) и низкая плацентация (32,0%). Частота самопроизвольного прерывания беременности составляет 20,0%.

Установлено, что «микробиологическими» факторами риска у женщин с невынашиванием беременности воспалительного генеза является наличие в урогенитальном тракте смешанного паразитоценоза, представленного активными анаэробным (T.Vaginalis, M.Hominis, Ur.Urealiticum), вирусным (CMV, HCV type 1,2, Сохsackieviruses A,B) и грибковым компонентами, а также высоким уровнем инвазированности лямблиями (40,0%), токсокарами (28,0%) и острицами (26,0%).

Состояние фетоплацентарного комплекса у женщин с невынашиванием воспалительного генеза в анамнезе характеризуется высокой частотой задержки внутриутробного развития плода (42,0%); нарушениями гемодинамики в системе мать-плацента-плод (56,0%); снижением содержания основных гормонов (ПЛЛ, Ез, К, ДГЕА-С и 17-ОП) и плацентарных белков (SP1 и PP14).

Родоразрешение женщин с невынашиванием воспалительного генеза характеризуется высоким уровнем (25,0%) преждевременных родов; абдоминального родоразрешения (25,0%); асфиксии новорожденных (20,0%); внутриутробного инфицирования (17,5%) и постгипоксической энцефалопатии.

Использование предлагаемого комплекса лечебно-профилактических мероприятий с применением препаратов кртал и протекфлазид позволяет снизить частоту самопроизвольного прерывания беременности в 3,3 раза; преждевременных родов в 2,9 раза; асфиксии новорожденных в 2 раза; внутриутробного инфицирования в 2,8 раза и постгипоксической энцефалопатии в 2,1 раза.

Подтверждением эффективности предлагаемой методики с использованием препаратов кратал и протеклазид являются результаты проведенных микробиологических исследований.

Так, анализируя основные изменения частоты выделения микроорганизмов в цервикальном канале, уретре и влагалище у обследованных женщин нами установлено существенное снижение уровня обсемененности *Chlamydia trachomatis* (основная группа – 62,0% и сравнения – 86,0%); *Trichomonas vaginalis* (основная группа – 36,0% и сравнения – 50,0%); *Mycoplasma hominis* (основная группа – 34,0% и сравнения – 52,0%); *Ureaplasma urealyticum* (основная группа – 44,0% и сравнения – 28,0%), а также всех видов вирусов, анаэробов и грибов рода *Candida*.

При оценке средних геометрических титров антител IgG к *Chlamydia trachomatis* в основной группе отмечено снижение всех вариантов титров, начиная с низких (основная группа – 40,0% и сравнения – 40,0%) и заканчивая высокими титрами (основная группа – 8,0% и сравнения – 2,0%). По сравнению с этим, существенных изменений со стороны частоты распространения персистентных и метаболически активных форм *Chlamydia trachomatis* в различных группах нами не установлено. Весьма показательными являются и данные, свидетельствующие о снижении частоты выявления распространенных *Trichomonas vaginalis* всеми методами, но особенно культуральным (основная группа – 20,0% и сравнения – 64,0%).

Особого внимания заслуживают результаты уринарного экскретирования микроорганизмов у обследованных женщин различных групп. Здесь необходимо отметить существенное снижение уровня обсемененности мочи *Chlamydia trachomatis* (основная группа – 26,0% и сравнения – 16,0%); *Trichomonas vaginalis* (основная группа – 54,0% и сравнения – 32,0%); *Mycoplasma hominis* (основная группа – 46,0% и сравнения – 22,0%); *Ureaplasma urealyticum* (основная группа – 24,0% и сравнения – 12,0%), а также всех видов вирусов, анаэробов и грибов рода *Candida*.

Аналогичная закономерность отмечена нами и при оценке частоты выявления паразитов у обследованных женщин, причем всех видов: *Jiardia lamblia* (основная группа – 40,0% и сравнения – 20,0%); *Toxocara canis* (основная группа – 28,0% и сравнения – 12,0%) и *Enterobius vertikularis* (основная группа – 26,0% и сравнения – 14,0%).

На заключительном этапе проведенных микробиологических исследований была дана оценка частоте встречаемости ассоциаций микроорганизмов в паразитоценозах в различных группах женщин. Полученные результаты подтверждают эффективность предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий.

Заключение.

Таким образом, в результате проведенного клинико-лабораторного, функционального и статистического анализа исхода беременности и родов в рассматриваемых группах женщин становится очевидным преимущество предлагаемых методов диагностики и этиопатогенетической терапии с использованием препаратов кратал и протеклазид угрожающего прерывания беременности на фоне воспалительных заболеваний урогенитального тракта по сравнению с общепринятым лечением.

Литература:

1. Голота В.Я., Бенюк В.О. Перинатальні аспекти недоношування вагітності // Проблеми медицини. - 1999. - № 1-2. - С. 32-35.
2. Новікова Н.В., Стукалова О.М., Руденко А.В. Урогенітальна інфекція як основний чинник невиношування вагітності // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 2000. - № 6. - С. 105-107.
3. Назаренко Л.Г., Салами Омар. Привычное невынашивание беременности: микробиологическая характеристика и лечение // Буковинський мед.вісник. - 2001. - № 2-3. - С. 134-136.
4. Малюк В.В., Оладенко И.Б., Архипов М.В. Особенности течения беременности и ее исход у женщин с TORCH-инфекцией / 36.наукових праць. Асоціація акушерів-гінекологів України. - К.: "Фенікс". - 2001. - С. 397-399.

Репродуктивное здоровье женщины N1, К. 2005 р., С. 53-56.