

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Резніченко Г.І., Резніченко Ю.Г., Павлюченко Н.П., Резніченко Н.Ю., Спірина М.А.

м. Запоріжжя

Внутрішньоутробна інфекція в останні роки набуває все більшого значення в розвитку патології плода, захворюваності, інвалідності та смертності новонароджених та дітей раннього віку [4, 5, 6]. Актуальність профілактики внутрішньоутробної інфекції обумовлена не лише медичними наслідками, а й тим, що вона призводить до зростання частоти порушень розвитку плода, різноманітних вад, уражень нервової системи, серця, печінки, різноманітних форм інфекції, ускладнень вагітності та пологів [1, 3]. Це зростання обумовлене зниженням імунітету жінок за рахунок змін екологічного стану, зростання частоти стресогенних факторів на роботі та в побуті, погіршенням харчування [2]. Враховуючи поліетиологічність причин внутрішньоутробної інфекції, велике значення має якісна організація медичної допомоги цій групі жінок. Оскільки причини розвитку патології виникають ще задовго до розвитку вагітності, очевидною є необхідність обстеження і лікування жінок ще до настання та з моменту вагітності.

У зв'язку з цим **метою роботи** було наукове обґрунтування і вивчення ефективності застосування розробленого нами комплексу лікувально-профілактичних заходів запобігання внутрішньоутробної інфекції у плода у жінок групи ризику по розвитку внутрішньоутробної інфекції.

Матеріал та методи дослідження. Під наглядом було 215 жінок з групи ризику по розвитку внутрішньоутробної інфекції у новонароджених, в тому числі 130 застосували розроблений нами комплекс, 85 — з загальноприйнятими методами лікування. Проведено загальноклінічне та бактеріологічне обстеження, УЗД, визначено рівень субпопуляцій лімфоцитів, дослідження методами полімеразної ланцюгової реакції та імуноферментним методом.

Найбільш оптимальною тактикою профілактики розвитку внутрішньоутробної інфекції є прекоцепційна підготовка подружньої пари на етапі планування вагітності. Ми проводили обстеження і при наявності збудників TORCH-інфекції лікування подружньої пари до настання вагітності; оздоровлення жінок з екстрагенітальною патологією, особливо хронічними захворюваннями сечостатевої системи та нирок; лікування прихованих форм залізодефіцитних станів.

Для профілактики інфекційних ускладнень у жінки проводили санацію вогнищ хронічного запалення. Для санації носоглотки жінки та її чоловіка застосовували препарат ізофра, який можна використовувати і при вагітності, — по 1 вприскуванню у кожний носовий хід 4—6 разів на добу протягом 7 днів.

Інфекції групи TORCH розвиваються на тлі зниженого імунітету і, в свою чергу, призводять до подальших змін імунореактивності організму, порушення продукції інтерферону. Одним з найбільш ефективних засобів, що має одночасно виражену противірусну активність, пригнічуючи віруспецифічні ферменти тімі-динкіназу та ДНК-полімерази, та здатність до індукції ендогенних інтерферонів, є вітчизняний препарат протекфлазид. Він має антиоксидантну властивість та активуючий вплив на функції тканинних макрофагів, активує ірадикацію внутрішньоклітинних мікроорганізмів. Протекфлазид застосовували при лікуванні як вірусних інфекцій (герпес, цитомегалія), так і внутрішньоклітинних збудників (хламідії, токсоплазми) в комплексній терапії при гострій та при хронічній інфекції. Протекфлазид призначали по схемі: 1-й тиждень — по 5 крапель, тричі на добу, 2—3 тиждень — по 10 крапель, тричі на добу, 4 тиждень — по 8 крапель, тричі на добу. При хронічній інфекції проводили до 2—3 курсів терапії. Протимікробна терапія проводилась одночасно і статевим партнером.

Особливе значення для профілактики внутрішньоутробної інфекції є лікування до вагітності запальних процесів сечостатевої системи та нирок. При цьому, як свідчить досвід, у жінок найбільш оптимальними для застосування є антибактеріальні препарати, такі як монурал. Монурал (фосфаміцину торметамол) — активне похідне фосфаміцину для прийому всередину, завдяки своїм біологічним властивостям є високоефективним відносно грамотригативних та грампозитивних бактерій, які продукують β-лактамазу. Призначали одноразово у дозі 3 г. Для лікування змішаної інфекції сечостатевої сфери перевагу надавали препаратам, які поєднували у собі властивості різнопланової дії, таким як тифлокс-Авант (1 табл. якого містить 500 мг орнідазолу і 200 мг офлоксацину). Тифлокс призначали по 1 табл. 2 рази на добу протягом 7—10 днів. Одночасно при застосуванні антибактеріальних препаратів призначали пробіотики, а вагітність рекомендували планувати через 5—6 місяців. Для місцевого лікування вагінітів нами використовувався препарат комплексної дії тержинан, що впливає на аероби, анаероби, гарднерели, трихомонади та гриби, так як основною причиною сучасних вульвовагінітів є мікст-інфекція, по 1 вагінальній табл. протягом 10 днів. Препарат не пригнічує діяльність лактобацил і може використовуватись при вагітності.

Профілактика хронічної плацентарної недостатності у вагітних групи ризику по розвитку внутрішньоутробної інфекції проводилась нами в термінах вагітності 8—12, 16—20, 24—28 або 30—32 тижні вагітності. Для лікування цього в комплексній терапії додатково в дослідній групі застосовували препарат офітом, який містить кафеолові та хінні кислоти, інсуліни, ферменти, вітаміни (С, А, В1, В2) та мікроелементи (залізо, фосфор, марганець та ін.). Хофітол нормалізує клубочкову фільтрацію в нирках, велодіє м'яким калійзберігаючим діуретичним ефектом, посилює виведення продуктів азотистого обміну (сечовини і креатинину), стабілізує проникність судинної стінки. Як гепатопротектор має дію на ензимну систему печінки та посилює відтік жовчі, збільшує синтез альбумінів у печінці, як антиоксидант стабілізує кліткові мембрани, активує дихальні ферменти. Хофітол призначався по 2 табл. 3 рази на добу протягом

3—4 тижнів.

Результати та їх обговорення. Проведений порівняльний аналіз перебігу вагітності у жінок двох груп ризику по розвитку внутрішньоутробної інфекції у новонародженого показав, що жінки дослідної групи мали менший відсоток ускладнень. У них на 42% рідше діагностувалась анемія вагітних, на 24% — вогнища інфекції, на 23% — гестози, на 34% — позитивні реакції на TORCH-інфекцію при проведенні лабораторних методів дослідження. Це пояснюється завчасним, до вагітності, покращенням імунітету за рахунок цілеспрямованого застосування імунокоректора протекфлазид, а також проведеною санацією вогнищ інфекції до вагітності препаратами ізофра, тержинан, монурал, тіфлос. Зменшення частоти гестозів, хронічної плацентарної недостатності забезпечено застосуванням гепатопротектора хофітол. У жінок дослідної групи на 36% рідше відзначалось патологічне підвищення рівня печінкових ферментів у крові. В дослідній групі значно кращим був імунорегуляторний індекс CD4/CD8, який відображає співвідношення лімфоцитів хелперів до лімфоцитів супресорів і змінюється при загрозі переривання вагітності, гестозах. Цьому сприяло загальне покращення стану здоров'я жінок, а також застосування препарату протекфлазид під час вагітності.

При розгляді стану здоров'я новонароджених двох груп встановлено, що діти жінок дослідної групи мали більшу (на 135 г) масу тіла при народженні, вищу оцінку по шкалі Апгар (на 0,4 бали), меншу частоту перинатальних уражень нервової системи (на 27%), жовтяниць (на 22%). При обстеженні дітей на наявність внутрішньоутробної інфекції у дослідній групі при застосуванні лабораторних методів дослідження позитивні результати відмічені на 45% рідше. Це свідчить про значно кращі показники стану здоров'я новонароджених у жінок дослідної групи.

Висновки. Розроблений та впроваджений комплекс лікувально-профілактичних заходів у жінок групи ризику по розвитку внутрішньоутробної інфекції показав свою високу ефективність стосовно попередження розвитку внутрішньоутробної інфекції у новонародженого і може бути рекомендований до широкого застосування в акушерській практиці.

Подальше вивчення стану здоров'я дітей раннього віку дозволить оцінити ефективність розробленого комплексу лікування на стан їх здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

Вдовиченко Ю.П., Щербинская Е.С. Клинико-иммунологические аспекты хламидийной и цитомегаловирусной инфекции в привычном неvyšашивании беременных // *Здоровье женщины* — 2001.—№1.—С.21—26.

Неотложные состояния в акушерстве й гинекологии / Под ред. Степанковской Г.К., Венцовского Б.М. —К.: Здоров'я, 2000.—672 с.

Подольский В.А., Дронова В.Л., Гульчий Л.П. й др. Особенности течения беременности й возможности лечения хламидийной инфекции у женщин фертильного возраста. // *Здоровье женщин.*—2004.—№1.—С.37—40.

Резніченко Ю.Г., Резніченко Г.І Хронічна плацентарна недостатність.—3.: ВПК "Запоріжжя", 2000.—144 с.

Шуцько Є.Є. Прогнозування, клініко-імунологічні та мікробіологічні критерії діагностики, вдосконалення комплексного лікування і профілактики інфекцій у новонароджених: Автореф. дис.... д.м.н.— К., 1995.— 47 с.

Злиш Е.И., Волосове А.П. Врожденные й приобретенные TORCH-инфекции у детей.—Дон., 200

