

©Н.І. Генік, Н.М. Кінаш, С.О. Остафійчук, С.С. Стоцький

ПРОФІЛАКТИКА АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ ІЗ ХЛАМІДІЙНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Івано-Франківський національний медичний університет

ПРОФІЛАКТИКА АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ ІЗ ХЛАМІДІЙНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ. Охорона здоров'я матері та дитини є пріоритетним напрямом в сучасній охороні здоров'я, так як в Україні має місце висока малюкова і перинатальна захворюваність та смертність на фоні різкого зниження народжуваності. В структурі малюкової смертності перше місце посідає перинатальна патологія, питома вага якої складає 35–38 %. Особливе місце серед різних причин перинатальної патології відводиться інфекціям репродуктивної системи жінки, частота яких серед вагітних, за даними різних авторів, коливається від 34 до 50 %. У світлі затверджені на урядовому рівні державної програми “Репродуктивне здоров'я нації на 2006–2015 роки” особливого значення набувають наукові дослідження, присвячені діагностиці та лікуванню інфекцій репродуктивної системи, антенатальній охороні плоду, підвищенню ефективності профілактичних та лікувальних заходів, спрямованих на зниження материнської і перинатальної захворюваності інфекційного генезу, та розробка програм, які забезпечують народження здорової дитини у жінок із запальними процесами уrogenітального тракту.

ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ. Охрана здоровья матери и ребенка есть приоритетным направлением в современной системе здравоохранения, так как в Украине имеет место высокая перинатальная заболеваемость и смертность на фоне снижения рождаемости. В структуре смертности малышей первое место занимает перинатальная патология, которая составляет около 35–38 %. Особое место среди разных причин перинатальной патологии занимают инфекции репродуктивной системы женщины, частота которых среди беременных встречается от 34 % до 50 %. В свете утвержденной на государственном уровне программы “Репродуктивне здоров'я нації на 2006–2015 роки” особое значение занимают научные исследования, посвященные диагностике и лечению инфекций репродуктивной системы, антенатальной охране плода, повышению эффективности профилактических и лечебных мероприятий, направленных на снижение материнской и перинатальной заболеваемости инфекционного генеза, и разработка программ, которые обеспечивают рождение здорового ребенка у женщин с воспалительными заболеваниями уrogenітального тракта.

PREVENTION OF THE OBSTETRIC COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH CHLAMYDIAL INFECTION. Health of mother and child is a priority in today's health care, as in Ukraine there is a high infant and perinatal morbidity and mortality with drastic reduction in fertility. In the structure of infant mortality the perinatal pathology takes the first place, the share of which composes 35–38 %. One of the most special causes of the perinatal pathology is the infections of female reproductive system, whose frequency among pregnant women ranges from 34 to 50 % according to different authors. According to the approved government program “Reproductive Health of the Nation for 2006–2015” the special attention will be paid to the scientific studies on the diagnosis and treatment of infections of the reproductive system, antenatal fetal health, as well as to the improvement of preventive and therapeutic measures aimed at reducing maternal and perinatal morbidity of infectious origin, and the development of programs that ensure the birth of healthy babies by women with inflammation of the urogenital tract.

Ключеві слова: хламідійна інфекція, перинатальні ускладнення, вагітність.

Ключевые слова: хламидийная инфекция, перинатальные осложнения, беременность.

Key words: chlamydial infection, perinatal complications, pregnancy.

ВСТУП. Відомо, що уrogenітальний хламідіоз та вірусна інфекція несприятливо впливають на перебіг вагітності, призводять до викиднів, несвоєчасного розриву амніональної оболонки, передчасних пологів, хоріоамніоніту, сприяють розвитку післяпологового ендометриту та перинатального інфікування новонароджених. Проте, до цього часу не виявлені клінічні особливості перебігу гестаційного періоду при хламідійному інфікуванні, відсутні дані про роль хламідійної інфекції в розвитку порушень у системі мати-плацента-плід, перебігу акушерських і екстрагенітальних захворювань.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Відповідно до поставленої мети і задачі нами було проведено клініко-параклінічне обстеження та розродження 250 вагітних жінок, що були розподілені на такі групи:

I група – 100 жінок із хламідійною інфекцією, яким проводилось антибактеріальне лікування хламідіозу та загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи акушерських ускладнень. Дані пацієнтки були розділені на дві підгрупи:

Ia – 50 вагітних із хламідійною інфекцією, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи з 16–18 тижнів вагітності.

Iб – 50 жінок із хламідіозом, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи з 28 тижнів вагітності;

II група – 100 вагітних із хламідійною інфекцією, що одержували запропоновану нами методику профілактики, лікування та реабілітації, які також були розділені на дві аналогічні підгрупи:

IIa – 50 жінок із хламідійною інфекцією, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи з 16 – 18 тижнів вагітності;

IIб – 50 жінок із поєднаною хламідійною інфекцією які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи з 16–18 тижнів вагітності.

Контрольну групу склали 50 вагітних без акушерської і соматичної патології, які розроджені через природні пологові шляхи. При обстеженні цих вагітних

не було виявлено ні одного із патогенних збудників уrogenітальних інфекцій.

Групи були підібрані відповідно до мети і задач даного наукового дослідження, а також із дотриманням принципу рандомізації для адекватної оцінки отриманих результатів.

У всіх вагітних і роділь збирали детальний анамнез, особлива увага зверталась на менструальну, дітородну функції. Крім того проводили клінічні методи дослідження.

Ведення вагітних жінок першої групи проводилося за загальноприйнятими положеннями МОЗ України [2, 4, 6]. При цьому для лікування хламідійної інфекції використовували препарат еритроміцин у терапевтичних дозуваннях (2 г на добу) не менше 10 днів. Для корекції можливих порушень у системі мати-плацента-плід використовували рекомендації [1, 3].

Відмінними рисами запропонованої нами методики лікувально-профілактичної терапії був комплексний етіопатогенетичний підхід, що містив у собі такі моменти:

Під час вагітності:

1. Використання для лікування хламідійної інфекції антибактеріальних препаратів вільпрафен по 0,5 г тричі на день курсом 10 днів із моменту діагностування даного захворювання, але не раніше 14 тижня вагітності. При необхідності проводилась корекція плацентарної дисфункції.

Ехографічні та доплерометричні дослідження плода, навколоплідних вод, плаценти проводилися на ультразвуковому апараті Aloka SSD-1700 [5]. Також за допомогою УЗД проводили антенатальну оцінку біофізичного профілю плода. Для діагностики хламідійної інфекції використовували метод імунофер-

ментного аналізу (ІФА), полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та імунофлюоресцентної мікроскопії. Матеріалами для дослідження були: венозна кров, зішкріб з цервікального каналу.

РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Аналізуючи клінічну ефективність запропонованих лікувально-профілактичних заходів необхідно відзначити відсутність алергічних реакцій і індивідуального сприйняття на всі запропоновані лікарські препарати. Для більш адекватної оцінки отриманих результатів нами обраний методологічний підхід, що полягає в оцінці порівняльних аспектів у I і II групах обстежуваних жінок. Критеріями ефективності запропонованої і проведеної нами терапії служили позитивна динаміка показників перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також результати закінчення вагітності для матері і новонародженого у II групі вагітних, роділь і породіль.

Дані свідчать, що в I половині вагітності у жінок II групи виявлено високий рівень ускладнень, хоча намітилась тенденція до зниження їх основних форм (загрози мимовільного викидня до 20–24 %, бактеріального вагінозу до 20–26 %, ПН до 20–22 %).

У II половині вагітності (табл.1) вдалося істотно знизити частоту основних ускладнень: ПН в II а підгрупі у 2,8, в II б – у 2,1 рази; анемії – у 1,9 та 1,7 рази відповідно ($p < 0,05$); преєклампсії – у 2,0 та 2,2 рази ($p < 0,05$). Частота загрози переривання вагітності знизилась вдвічі в обох підгрупах і лікувалась швидше, ніж у жінок I групи, що отримували загальноприйнятую терапію ($p < 0,05$). Розвиток бактеріального вагінозу та вагініту виявлено у 2,6 рази рідше ($p < 0,05$). Крім того, відзначені істотні розходження у структурі усіх акушерських ускладнень і термінів їх розвитку.

Таблиця 1. Клінічний перебіг II половини вагітності у обстежених вагітних(%) ($M \pm m$)

Показник	Групи жінок			
	I група		II група	
	Ia (n=50)	Iб (n=50)	IIa (n=50)	IIб (n=50)
Плацентарна недостатність	34,0±6,70	46,0±7,05	12,0±4,60*	22,0±5,86
Преєклампсія	16,0±5,16**	22,0±5,86	8,0±3,64*	10,0±4,24*
Анемія	52,0±7,07	66,0±6,70	28,0±6,35	38,0±6,86
Загроза передчасних пологів	28,0±6,35	34,0±6,70	14,0±4,91*	16,0±5,18**
Бактеріальний вагіноз	32,0±6,60	48,0±7,07	12,0±4,60*	18,0±5,43**
Обтяження соматичної захворюваності	8,0±3,84*	12,0±4,60**	-	2,0±1,98
Респіраторна вірусна інфекція	8,0±3,84	16,0±5,18	4,0±2,77	6,0±3,36

Примітки: 1. * – $p < 0,05$

2. ** – $p < 0,01$

В свою чергу вищеописані розходження в клінічному перебігу гестаційного періоду істотно вплинули і на частоту різноманітних ускладнень при розродженні.

Так, завдяки використанню комплексного підходу відбулося зниження рівня передчасного розриву плодових оболонок (з 41,0 % до 19,0 %); аномалій пологової діяльності (з 40,0 % до 10,0 %); патологічного прелімінарного періоду (з 10,0 % до 5,0 %); дистресу плода (з 16,0 % до 9,0 %) і маткових кровотеч (з 22,0 % до 6,0 % відповідно). Клінічної картини хоріоамніоніту в пологах не спостерігалось. Також відмічено зниження на 20% частоти травматизму м'яких поло-

гових шляхів. Сумарна частота абдомінального розродження знизилась незначно (I група – 22,0% і II – 16,0 %), проте структура показань істотно відрізнялась в обох групах.

При аналізі клінічного перебігу пуерперального періоду відмічено зниження ускладнень в 3,6 рази. У породіль обох груп переважала сповільнена інволюція матки.

Аналіз перинатального періоду показав, що у жінок із урогенітальним хламідіозом народилось 99 живих дітей, з яких 97 % – доношеними, 3 % – недоношеними. Варто зазначити помітне зменшення частоти

інтранатальної асфіксії при порівнянні з Ia і Ib підгрупами відповідно – із 28,0 % до 12,0 % у Ia та з 38,0 % до 16 % у Ib підгрупі ($p < 0,005$), причому у всіх випадках мала місце асфіксія легкого ступеня.

Маса новонароджених при народженні становила 3300 ± 100 г у Ia та 3220 ± 120 г у Ib підгрупі, коливаючись від 2100 г до 4200 г. Внутрішньоутробна гіпотрофія плода I ступеня діагностована у 8,0 % дітей Ia підгрупи та 12 % дітей Ib підгрупи. На відміну від новонароджених I групи не було виявлено затримки розвитку плода II ступеня, у жінок II групи, які отримували запропоноване нами лікування.

При аналізі клінічного перебігу неонатального періоду встановлено зменшення частоти постгіпоксичної енцефалопатії (у 2,4 раза в Ia і 2,3 раза – Ib підгрупі) та інтраамніального інфікування (у 3,1 раза в Ia і 2,6 раза в Ib підгрупі). Сумарні перинатальні втрати знизилися з 60,0 % в I групі при загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходах до 10,0 % в II групі при використанні запропонованої нами методики і були зумовлені одним випадком ранньої неонатальної смертності від вродженої та інкурабельної вади серця у новонародженої дитини ($p < 0,01$).

При обстеженні новонароджених породіль II групи хламідії виявлені у 8 (8,1 %) з них, що у 7,4 рази рідше, ніж у новонароджених I групи ($p < 0,01$). Аналогічна тенденція спостерігалася при аналізі перебігу раннього неонатального перебігу. Так, маніфестних форм XI не було виявлено в жодному випадку, неспецифічні прояви перинатального хламідіозу мали місце у 37,5 %, а латентна форма інфекції – у 62,5 %. При проведенні нейросонографії виявлено наявність перивентрикулярного набряку у 12,5 %, патологічну

пульсацію судин у 12,5 %, інших патологічних змін не відмічено.

ВИСНОВКИ. Отже, як наочно свідчать отримані клінічні результати, запропонований комплексний підхід з включенням основних патогенетичних компонентів дозволяє істотно знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з урогенітальним хламідіозом. З представлених результатів очевидно, що завдяки використанню запропонованої лікувально-профілактичної і реабілітаційної методики нам вдалося знизити частоту основних неспецифічних симптомів внутрішньоутробного інфікування у новонароджених, у немовлят і у малюків.

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, із метою зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок із різними формами хламідійної інфекції необхідний комплексний підхід, спрямований на корекцію всіх патогенетичних ланок патології, що розвивається. Отримані результати є переконливою підставою щодо рекомендації даної методики для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Таким чином, урогенітальний хламідіоз та вірусна інфекція є актуальною медико-соціальною проблемою, а тому поглиблені дослідження клінічних, імунологічних, мікробіологічних та ендокринологічних аспектів цієї проблеми у вагітних, розробка і впровадження лікувально-профілактичних програм є одним з перспективних резервів зниження репродуктивних втрат, материнської та перинатальної захворюваності. Водночас такі дослідження складають значний науковий інтерес та велику практичну цінність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боровкова В.И. Взаимодействие возбудителей инфекций с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода / В.И. Боровкова, И.С. Сидорова // Акушерство и гинекология, №2., 2005., с. 20–24.
2. Виноград Н.О. Сучасний стан проблеми хламідіозів / Н.А. Виноград, О.Р. Ковальська // Львівський медичний часопис. 2005. – №1. с. 110–114.
3. Грищенко О.В. Тактика профилактики внутриутробного инфицирования плода у беременных с урогенитальным хламидиозом / О.В. Грищенко, А.В. Сторчак, Т.А. Яковлева // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – №4.

4. Дудченко М.О. Урогенітальна хламідійна інфекція у вагітних жінок / М.О. Дудченко, К.В. Васильєва, Н.А. Дудченко // Дерматологія, косметологія, сексопатологія. 2006. №2. с. 203–204.

5. Подольский В.В. Особенности течения беременности и возможности лечения хламидийной инфекции у женщин фертильного возраста / В.В. Подольский, В.Л. Дронова, Л.П. Гульчий, Вл.В. Подольский, Т.А. Лысяная // Здоровье женщины. – 2004. – №1. – С. 37–40.

6. Чинов Г.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика генитального хламидиоза в Украине / Г.П. Чинов // журнал «Дерматологія та венерологія» №1(23). 2004. с. 85–88.

Отримано 11.03.2013