

The Estimation of the Efficiency of Conservative Treatment at Incompetent Pregnancy

On the base of the analysis of clinicobiochemical material the authors demonstrate the participation of biogenic amines in pathogenesis of incompetent pregnancy. In the process of the conservative treatment by the change of the level of serotonin and catecholamines it is possible to judge of the efficiency of the therapy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян Л. Е. Тез. докл. Всес. конф. М., 1981, с. 86.
2. Арсененко Л. П. Автореф. дис. канд. Киев, 1988.
3. Бакшеев Н. Х., Орлов Р. С. Сократительная функция матки. Киев, 1976, с. 5.
4. Красников Д. Г. Автореф. дис. канд. М., 1986.
5. Матлина Э. Ш., Киселева З. М., Софиева И. Э. В сб.: Методы клинической биохимии гормонов и медиаторов. Под ред. В. В. Меньшикова. М., 1969, с. 52.
6. Самородинова Л. А., Шипуржицкая З. И., Ковалева Л. А. В сб.: Невынашивание беременности. Петрозаводск, 1989, с. 41.
7. Сергеев П. В. Биохимическая фармакология. М., 1982, с. 123.
8. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности. М., 1986.
9. Grepin G., Debrix M., Qerbecu D. et al. *Gynecology Biol. Reprod.*, 1980, 9, 1, 67.
10. Euleu U. S., Lyshajko F. *Acta physiol. Scand.*, 1959, 27, 122.
11. Rush R. W., Kierse M. S., Howat P. et al. *Brit. med. J.*, 8., 1976, 2, 965.

УДК 618.3

Г. С. Авакян, Р. А. Абрамян

РОЛЬ УРЕАПЛАЗМЫ УРЕАЛИТИКУМ В НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

На современном этапе невынашивание беременности продолжает оставаться актуальной проблемой. Частота этой патологии колеблется от 10 до 25% к числу беременностей [2, 5]. Угроза прерывания беременности является наиболее частым акушерским осложнением, приводящим к высокой перинатальной заболеваемости и смертности. Причины невынашивания разнообразны и тесно связаны с многочисленными социальными и медицинскими факторами.

Среди причин невынашивания одно из первых мест занимают инфекционные заболевания беременных. Как показали исследования последних лет, возросло число самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, обусловленных воспалительными процессами, вызванными микроорганизмами так называемой условно-патогенной группы, в том числе и микоплазменной инфекцией [6, 7, 8].

Целью настоящего исследования явилось выявление возможной роли уреаплазмы уреалитикум в этиологии невынашивания беременности, а также разработка лечебно-профилактических мероприятий, направленных на сохранение беременности и снижение заболеваемо-

сти и перинатальной смертности новорожденных, инфицированных уреоплазмой уреаплазмой внутриутробно.

Под наблюдением находились 495 беременных с угрозой прерывания беременности в сроки от 7 до 36 недель (основная группа) и 168 практически здоровых беременных с нормально развивающейся беременностью (контрольная группа).

Помимо общеклинического, все беременные подвергались специальным методам обследования (бактериоскопическое, бактериологическое, гормональное, иммунологическое, ультразвуковое, по уреоплазме уреаплазмой, на токсоплазмоз, бруцеллез). В процессе обследования беременных тщательно изучались менструальная, половая и детородная функции, перенесенные гинекологические и экстрагенитальные заболевания, условия труда и быта.

Материал для исследования помещался в специальную среду для первичной изоляции уреоплазмы уреаплазмой с pH—6,5 (фирма «Джикко-диагностик». Кат. № T-1987, США) и инкубировался в термостате в течение 48 часов при температуре 36,6°C. Рост уреоплазмы уреаплазмой в жидкой среде обнаруживался при перемене окраски раствора, обусловленной ощелачиванием среды вследствие гидролиза мочевины. При этом соломенно-желтый цвет среды переходит в интенсивный малиновый. Для идентификации уреоплазмы уреаплазмой от других микоплазм производился пересев культуры на твердую дифференциальную среду Агар А-7 (фирма «Джикко-диагностик» Кат. № M-52650, США). После инкубации в эксикаторе при температуре 36,6°C в течение 7 суток в атмосфере со сниженным содержанием кислорода и повышенным углекислоты нами были получены специфические для уреоплазмы уреаплазмой колонии чистой культуры, напоминающие по форме яичницу-глазунью размером 20—50 мкм.

Все беременные с угрозой прерывания беременности были разделены на две клинические группы: первую составили 308 беременных с отягощенным акушерским анамнезом по невынашиванию, вторую—187 беременных без отягощенности в анамнезе.

Обследованные беременные были в возрасте от 17 до 37 лет, подавляющее большинство (88%) были в возрасте от 20 до 30 лет. При изучении соматического анамнеза у каждой второй женщины основных и у каждой девятой женщины контрольной группы выявлен высокий индекс инфекционных заболеваний в детстве и в период половой зрелости. У 36% беременных основной группы выявлена экстрагенитальная патология, причем у каждой второй из них имелись или ранее отмечались воспалительные заболевания мочевыделительной системы (дефлоративный цистит, пиелит, пиелонефрит), а в контрольной группе экстрагенитальная патология выявлена только у 8% беременных. В основных группах из гинекологических заболеваний наиболее часто (31,8%) выявлены эндоцервициты, эрозия шейки матки, кольпиты, воспаление матки и придатков. В контрольной же группе эти заболевания отмечены лишь в 4,1% случаев.

На разных сроках беременности 90% обследованных основных групп перенесли ОРЗ, 78% из них с повышением температуры, при-

чем 58,9% болели повторно, что, по-видимому, у большинства из них следует оценить как проявление микоплазмоза. В контрольной группе только у 8,9% ОРЗ сопровождалось повышением температуры, а повторно переболели лишь 6,4% беременных.

В результате обследования были исключены эндокринные, анатомические, иммунологические причины невынашивания.

Клинические группы, сходные по возрасту и соматическому статусу, резко отличались по частоте инфицирования уреоплазмой уреалитикум и акушерскому анамнезу. В первой группе женщины в анамнезе имелись 1265 беременностей, из них только 7% беременностей завершились срочными, 26%—преждевременными родами, 67%—самопроизвольными выкидышами. Один выкидыш в анамнезе имели 27% беременных, 2 выкидыша—23%, 3—17%, 4 и более—30%. Индекс невынашивания составил 5,4, 60% этих женщин оказались бездетными. Почти все беременные были многократно обследованы и получили своевременное традиционное лечение по сохранению беременности.

Беременные II группы не имели отягощенности в анамнезе по невынашиванию, из них 45% были первобеременные, 55%—повторнобеременные, 29%—имели только срочные роды.

Степень чистоты влагалища нами определена по общепринятой классификации. При бактериоскопическом исследовании содержимого влагалища и шейки матки различий в обеих группах беременных не выявлено. У большинства больных выявлена IV степень чистоты—67,3 и 64%. В контрольной группе 55,7% составили беременные с III степенью чистоты, II степень была определена только в 10,1% случаев.

Бактериологическое исследование выявило, что у 23,3% беременных высевались грибки рода кандида, у 29,3%—эпидермальный стафилококк, у 22,9%—кишечная палочка (серовар Оз), у 3,6%—золотистый стафилококк, у 20,9%—стрептококк. Кишечная палочка с другими микробами выявлена у 9,8% беременных. У 74,3% женщин контрольной группы посевы оказались с преобладанием сапрофитной флоры. У остальных беременных высевались энтерококки, кишечная палочка и эпидермальный стафилококк. У 2,4% беременных этой группы высеян золотистый стафилококк.

Если при бактериоскопическом исследовании статистически достоверных различий в степени чистоты у беременных I и II групп не обнаружено, то при бактериологическом исследовании высеваемость патогенной микрофлоры, а также микоплазм в I группе была статистически достоверно выше, чем во II группе. Уреоплазма уреалитикум в первой группе выявлена в 81,6%, во второй клинической группе—в 59% и в контрольной группе—в 16% случаев ($p < 0,001$).

Согласно литературным данным, лечение уреоплазменной инфекции проводится антибиотиками тетрациклинового ряда или эритромицином. Хороший лечебный эффект получен от применения эритромицина по схеме 0,25 г 4 раза в день per os в течение 10 дней. Одновременно отмечалось отсутствие отрицательного влияния на плод [4].

Учитывая, что прием эритромицина в течение 10 дней для беременных нежелателен, мы рекомендовали сочетанное лечение эритромицином, применяя его после 16 недель беременности в течение 5 дней по 0,25 г 4 раза в день с одновременным местным применением ацидофильной культуры путем введения её во влагалище в количестве 20 мл два раза в день (утром и на ночь). Лечение считалось эффективным в случае отсутствия роста уреоплазмы уреалитикум в последующих двух специфических бактериологических исследованиях с интервалами 2—3 недели.

Беременные (125) с угрозой прерывания беременности, страдающие микоплазмозом, получили сохраняющую терапию без антибиотиков, 236 беременных основной группы, кроме сохраняющей беременность терапии, получали лечение по описанной нами методике (санация влагалища ацидофильной культурой и эритромицин).

После первого курса у 92,8% беременных лечение по предлагаемой нами методике оказалось эффективным. Различия между клиническими группами по результатам лечения недостоверны (89% против 95%, $P < 0,5$).

Наиболее частым осложнением беременности и родов явилось несвоевременное излитие околоплодных вод. Почти у каждой второй беременной выкидыш и преждевременные роды начинались преждевременным излитием околоплодных вод. Патология плаценты (преждевременная отслойка, плотное прикрепление) в основной группе наблюдалась в 3—4 раза чаще, чем в контрольной.

В группе женщин, страдающих микоплазмозом при угрозе прерывания беременности, получивших специфическое лечение по разработанной нами методике, наблюдались изменения в степени чистоты (IV степень чистоты уменьшилась в 2 раза) и нормализация микрофлоры влагалища. У 90,4% беременных исчезли клинические проявления прерывания беременности, 81,7% из них родоразрешились в срок живыми доношенными новорожденными. В результате лечения в 4 раза уменьшились частота самопроизвольных выкидышей, в 3,5 раза—количество преждевременных родов и в 3,2 раза—патология плаценты.

У 94,9% новорожденных, родившихся от матерей, страдающих микоплазмозом и получивших при угрозе прерывания беременности лишь традиционную терапию без антибиотиков, высевалась уреоплазма уреалитикум из носоглотки в первые же сутки после рождения, свидетельствующая о внутриутробном инфицировании. Важно отметить, что лишь у 12,5% новорожденных, родившихся в группе матерей, получивших антибактериальное лечение, выявлена уреоплазма уреалитикум, при этом—8,3% от матерей с отрицательными результатами лечения.

Заболеваемость новорожденных (пневмония, пневмопатия, синдром дыхательных и мозговых расстройств), родившихся от матерей, не получивших антибактериального лечения, оказалась высокой (70,9% против 20,4%, $P < 0,001$).

Состояние большинства обследованных детей с микоплазмозом требовало проведения реанимационных мер или интенсивного лечения. Внутриутробный микоплазмоз новорожденных характеризовался высокой перинатальной заболеваемостью (70,9%) и смертностью (19,8%), а также высокой частотой мертворождаемости (6,5%). Причиной мертворождаемости были асфиксия, врожденные пороки развития, пневмония, сепсис.

В течение раннего неонатального периода даже у доношенных новорожденных, родившихся от матерей, страдающих невынашиванием и микоплазмозом, имели место клинические проявления нарушений процессов адаптации: у 17% — патологическая потеря массы тела, у 39% — позднее восстановление первоначальной массы тела, у 30,5% — позднее отпадение пуповинного остатка.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать заключение, что специфическое и своевременное лечение микоплазмоза беременных существенно улучшает исход для матери и плода.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2
Ереванского медицинского института

Поступила 6/II 1993 г.

Գ. Ս. Ավագյան, Ռ. Ա. Աբրահամյան

ՈՒՐԵԱՊԼԱՅԹԻԿ ՈՒՐԵԱԼԻԿՈՒՄԻ ԴԵՐԸ ՎԱՀԱՐՆՈՒԹՅԱՆ ՄԵԶ

Աշխատանքում բերված են տվյալներ ուրեապլազմա ուրեալիտիկոմի դերի մասին վաղածնության պատճառագիտության մեջ:

Ստացված տվյալների հիման վրա հեղինակները եզրահանգում են ուրեապլազմա ուրեալիտիկոմի մեծ դերի մասին վաղածնության մեջ: Ուրեապլազմոզով տառապող հղիների ժամանակին և նպատակաուղղված բուժումը թույլ է տալիս հեղինակներին բարելավել հղիության ելքը մոր և պտղի համար:

G. S. Avakian, R. A. Abramian

The Role of Ureaplasma Urealythicum in Incompetent Pregnancy

On the base of the obtained data the authors draw a conclusion about the significant role of Ureaplasma Urealythicum in etiology of incompetent pregnancy.

The timely and purposeful treatment of pregnant allowed to improve the outcome of the pregnancy for the mother and fetus.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Акунц К. Б., Ерзинкян Л. А., Саркисян Р. Г. Применение антропофильной культуры (Ер-2) в акушерстве и гинекологии (методические рекомендации). Ереван, 1982.
2. Булиенко С. Д., Степанковская Г. К., Фогел П. И. Недонашивание и перенашивание беременности. Киев, 1982.
3. Ерзинкян Л. А., Акоюн Л. Г. В сб.: Актуальные вопросы акушерства, Ереван, 1987, с. 3.
4. Кирющенков А. П. Основы фармакотерапии при беременности. М., 1988.
5. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности. М., 1986.
6. Сидельникова В. М., Слепцова С. И., Чаклин А. В. Акуш. и гинек., 1988, 2, с. 3.