

чании «фазы продолжения» лечения при сохранении бактериовыделения и деструктивных изменений в легких;

– бронхоплевроторакальные фистулы, эмпиема плевры.

Противопоказания к операции могут быть вынесены по сопутствующей патологии, которые могут иметь временный характер.

Выводы.

1. Ежегодно увеличивается число больных, оперирующихся с многократно-лекарственно-устойчивым туберкулезом, причем лиц молодого и трудоспособного возраста. Лица, у которых до операции установлен МЛУ туберкулез, преимущественно поступают на хирургическое лечение в связи с бесперспективностью дальнейшей консервативной терапии продолжительностью более 2-3 лет.

2. В 76,6% случаев длительная химиотерапия способствует формированию МЛУ туберкулеза и эффективность операции у этой категории больных зависит прямо пропорционально от длительности заболевания. Оператив-

ное лечение у впервые выявленных больных с МЛУ туберкулезом следует проводить по окончании срока фазы «продолжения лечения», т.е. к исходу 5-6 мес. химиотерапии.

3. У 23,1% больных с малыми формами туберкулеза МЛУ МБТ является находкой- выявляются после операции из резецированного участка легкого. Такое явление следует расценивать как латентное течение МЛУ туберкулеза. В связи с этим по истечении 2-4 мес. лечения больным с туберкулезом легкого и другими ограниченными туберкулезными процессами следует ставить вопрос оперативного лечения.

4. Хирургические вмешательства при МЛУ туберкулезе являются не альтернативным, а основным видом лечения у этой сложной категории больных. Эффективность хирургического лечения МЛУ туберкулеза составляет 83,1%, послеоперационные осложнения – 10,7, послеоперационная активация туберкулеза – 4,6, летальность – 6,1 %. Отделения, где проводится

хирургическое лечение больных с МЛУ туберкулезом, должны владеть методами повторных вмешательств на органах дыхания, в том числе плевропульмонэктомией и различными методами ампутации и реампутации культи главного бронха.

Литература

1. **Руководство** по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью / Международное издание. – США: Partners of Health, 2003. – 171 с.

2. **Стрелис А.А.** Хирургическое лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза легких и клиническая реабилитация больных: Автореф. дисс. ... д-ра мед.наук. – Томск, 2005. – 48 с.

3. **Фармер П., Кононец А.С., Борисов С.Е., и др.** // Полирезистентный туберкулез: угроза человечеству. Гарвардская мед.школа/ Институт «открытое общество». – Москва, 1999. – С.29-33.

4. **WHO.** Global Tuberculosis Programme Anti-Tuberculosis Drug resistance in the word. – Geneva, 1997.

5. **WHO.** Global Tuberculosis Programme Anti-Tuberculosis Drug resistance in the word. – Geneva, 2002.

Н.И. Дуглас, Е.А. Борисова

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (НА ПРИМЕРЕ ХЛАМИДИЙ И ВИРУСОВ)

ВВЕДЕНИЕ

В наступившем третьем тысячелетии в акушерско-гинекологической и неонатологической практике повысилась приоритетность и значимость проблем, связанных с вирусной и/или бактериальной инфекциями, частота которых возрастает из года в год. Отмечено существенное увеличение доли оппортунистических инфекций (герпетической, цитомегаловирусной и др.), развитие которых возможно лишь в условиях иммунодефицита. Нарушения экологии, ускорение ритма жизни, рост стрессовых ситуаций и ятрогенных вмешательств в современных условиях неизбежно приводят к увеличению частоты иммунодефицитных состояний. Классической «моделью» физиологической иммуносупрессии является беременность. Поэтому сочетание инфекции и беременности представляется особо неблагоприятным. Урогенитальная инфекция вызывает

большой процент осложнений беременности (гестоз, угроза прерывания беременности, многоводие, пиелонефрит беременных, плацентарная недостаточность, преждевременная отслойка плаценты и др.), внутриутробные поражения плода и новорожденного (таблица).

Хламидийная инфекция среди гинекологических больных, страдающих воспалительными процессами, обнаруживается у 30%, среди женщин с бесплодием – у 50%, у женщин с трубным

бесплодием – до 60%. У 80% беременных хламидиоз протекает латентно.

Общий процент инфицированных хламидиями новорожденных достигает 9,8.

Свыше 90% населения земного шара инфицировано вирусом простого герпеса (ВПГ), из них до 20% имеют те или иные клинические проявления инфекции.

Генитальный герпес вызывают два серотипа вируса простого герпеса: ВПГ-1 и ВПГ-2 (наиболее часто ВПГ-2).

Частота случаев осложнений беременности при урогенитальной колонизации инфекции, %

Характер осложнения	Микоплазм	Уреаплазма	Кандида	Стрептококки	Бактериальный вагиноз
Угроза прерывания беременности	66,0	67,5	48,0	32,1	58,0
Неразвивающаяся беременность	8,0	1,2	–	3,2	8,0
Спонтанные аборт	9,4	6,2	3,5	31,1	8,0
Преждевременные роды	16,0	8,8	13,5	24,7	13,8
Многоводие	17,0	12,5	10,0	8,7	18,1
Пиелонефрит беременных	21,4	7,0	–	29,7	–
Гестоз	49,0	23,7	17,0	72,4	–
Несвоевременное излитие околоплодных вод	39,0	12,5	21,0	44,1	48,7

ДУГЛАС Наталья Ивановна – к.м.н., ст. препод. МИ ЯГУ; БОРИСОВА Елена Афраимовна – к.м.н., ст. препод. МИ ЯГУ.

Риск неонатального инфицирования новорожденного зависит от формы генитального герпеса у матери и составляет от 0,01 до 75%.

Особенностью возбудителей генитальных инфекций являются их частые ассоциации. Так, генитальные микоплазмы обнаруживаются вместе с условнопатогенной флорой, грибами рода *Candida*, трихомонадами, гонококками; хламидии – с гонококками, вирусом генитального герпеса, стрептококками группы В.

При оценке условнопатогенной микрофлоры у женщин с невынашиванием беременности и при наличии воспалительных заболеваний влагалища выделяются: дрожжеподобные грибы рода *Candida* (в основном *Candida albicans*) – в 12%, стрептококки – в 31,5, золотистые стафилококки – в 1,5% случаев.

Кроме этого, в некоторых случаях при нарушенных микробиотических процессах во влагалище выделяются кишечные палочки, клебсиеллы, анаэробные микроорганизмы.

Целью данного исследования явилось изучение влияния хламидийной и вирусной инфекции на примере особо значимых случаев осложнений беременности и родов.

Частота встречаемости урогенитального хламидиоза среди беременных женщин, по нашим данным, равна 28%. Передача возбудителя ребенку возможна как при наличии, так и при отсутствии явных клинических проявлений инфекции у матери (вероятность ее передачи – 50-70%). Плод инфицируется как при непосредственном контакте с родовыми путями матери, так и внутриутробно: при заглатывании или аспирации околоплодных вод.

Изучение вирусной инфекции (ЦМВ, ВПГ-1,2) показало, что среди беременных женщин высока частота так называемой иммунной прослойки (92% женщин имеет антитела к ЦМВ и ВПГ).

Материалы и методы

Для решения данной цели пациентки были разделены на 2 группы: 1-я – 43 беременных с хламидийной инфекцией, 2-я – 36 с вирусной (ЦМВ, ВПГ-1,2) патологией.

Урогенитальную инфекцию определяли в мазках из цервикального канала методом прямой иммунофлуоресценции, а также методом иммуноферментного анализа по типоспецифическим иммуноглобулинам G и A в крови.

Общеклинические исследования включали в себя определение жалоб

пациенток, клинической картины, общеклинических лабораторных исследований, УЗИ-динамики, определения биофизического профиля плода и доплерометрии.

Результаты исследований и обсуждение

В первой и второй группах было 66,7% женщин в возрасте до 30 лет, первобеременных – 14,6, первородящих – 61,2%.

В анамнезе всех беременных не было достоверных различий по частоте перенесенных воспалительных заболеваний гениталий. Однако у пациенток с урогенитальным хламидиозом неразвивающаяся беременность в прошлом встречалась в 3 раза чаще, чем во 2-й группе. Бесплодием страдали 11,1% женщин 1-й группы.

Клинически, как правило, хламидийная инфекция во время беременности протекала латентно, и лишь в 12% случаев больные отмечали обильные бели, при осмотре были выявлены гиперемия и отек стенок влагалища и шейки матки.

У каждой второй пациентки (51%) с хламидийной инфекцией данная беременность осложнилась угрозой прерывания, а хроническая фетоплацентарная недостаточность обнаружена у 33% беременных. Гестоз, пиелонефрит и ОРВИ наблюдались примерно в одинаковом проценте случаев. Гестационной анемии больше подвержены женщины с вирусным поражением (рис.1).

В мазках воспалительный ответ тканей установлен у 23% женщин. В посевах из цервикального канала в обеих группах доминировала условно-патогенная флора – стафилококки, чаще эпидермальный (30%), и грибы рода *Candida* (27%).

Анализируя результаты ультразвукового исследования плода, обращалось особое внимание на эхографические маркеры внутриутробной инфекции и фетоплацентарной недостаточности. При хламидийной инфекции в 4 раза

чаще обнаруживалось присутствие мекония в околоплодных водах в виде мелкодисперсной эхопозитивной взвеси, в 3 раза – маловодие и преждевременное созревание плаценты, в 1,3 раза – неравномерное утолщение плаценты и в 2,5 раза чаще – внутриутробная задержка роста и развития плода (рис.2).

Снижение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока выявлено у 37% беременных с хламидийной инфекцией. Фетоплацентарная недостаточность у женщин с различными формами вирусной инфекции развивается с 32-33 недель беременности и проявляется нарушениями функционального состояния плода.

Клиническое течение беременности у женщин с вирусной инфекцией характеризуется высоким уровнем гестационной анемии (58,0%) и фетоплацентарной недостаточности (44,0%).

Родоразрешение женщин с вирусной инфекцией сопровождается высокой частотой: преждевременного разрыва плодных оболочек (29,0%), аномалий родовой деятельности (14,0%), патологического прелиминарного периода (10,0%), маточных кровотечений (11,0%).

Рецидивирование вирусной инфекции во время беременности чаще все-

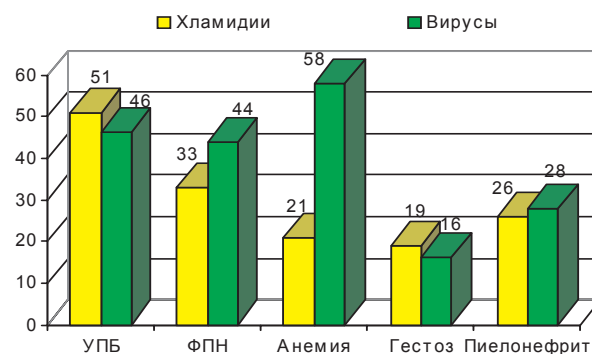


Рис.1. Частота клинических осложнений при инфекционных агентах

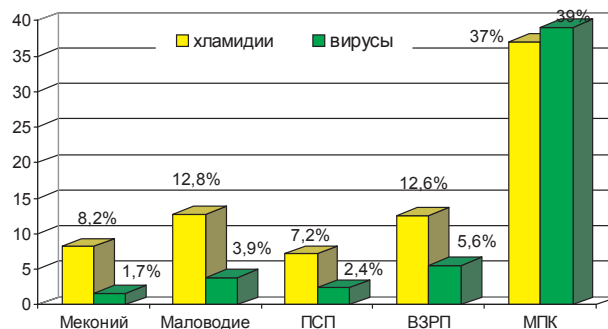


Рис.2. Результаты УЗИ-исследований

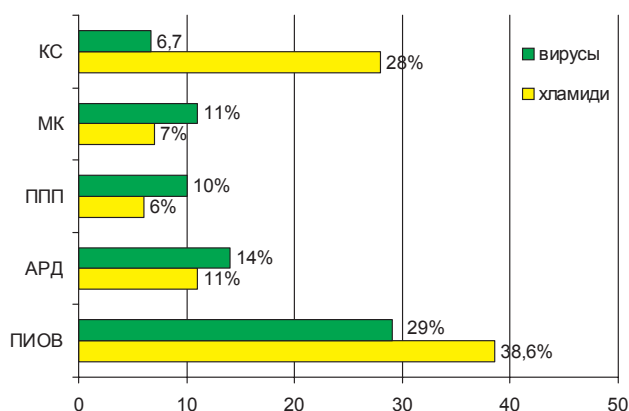


Рис.3. Анализ исхода гестации. КС - кесарево сечение, МК - маточные кровотечения, ППП - патологический преламинарный период, АРД - аномалия родовой деятельности, ПИОВ - преждевременное излитие околоплодных вод

го происходило до 28 недель беременности (56,0%), при этом частота основных осложнений гестационного периода и при родоразрешении увеличивалась в 1,5-2 раза по сравнению с хронической формы.

Перинатальные исходы родоразрешения у женщин с вирусной инфекцией зависят от ее формы и характеризуются высокой частотой интранатальной асфиксии (38,0%), интраамниального инфицирования (22,0%), геморрагического синдрома (6,0%) и гипербилирубинемии (6,0%).

Наиболее выраженные вирусологические и микробиологические изменения у женщин с рецидивирующей вирусной инфекцией диагностируются в 32-33 недели беременности и характеризуются высокой частотой антител к IgG и М (28,0%), наличием вируса в слизи цервикального канала (92,0%) на фоне высокой частоты вирусно-бактериальных контаминации в виде двух (52,0%) и трех микроорганизмов (58,0%).

При анализе исходов периода гестации (рис.3) установлено, что у 84,3% женщин первой группы произошли своевременные роды, у 14% - преждевременные. У 38,6% рожениц роды осложнились преждевременным разрывом плодных оболочек, у каждой 4-й - аномалией родовой деятельности. Во второй группе эти осложнения встречались реже.

Частота кесарева сечения составила 28% в первой группе и только 6,7% - во второй, показаниями к которым служили рубец на матке, аномалии родовой деятельности, неправильные положения плода, пожилой возраст первородящей в сочетании с отягощен-

ным акушерско-гинекологическим анамнезом, предлежание или преждевременная отслойка плаценты, миопия высокой степени. Такая существенная разница в проценте кесарева сечения имела место за счет высокого уровня у женщин первой группы преждевременного разрыва плодных оболочек и аномалий родовой деятельности с явным преобладанием дискоординации (20%).

Заключение

Таким образом, как показали результаты проведенных исследований, урогенитальная инфекция у беременных имеет сложный патогенез, в основе которого лежат воспалительный синдром, нарушения гормонального статуса, дисбаланс иммунной системы. В то же время урогенитальная инфекция имеет неблагоприятное влияние на течение беременности и внутриутробное состояние плода, что требует соответствующей медикаментозной коррекции. Исходя из вышеизложенного, важнейшим и неотъемлемым этапом является правильная предгравидарная подготовка женщин.

Поэтому проведение мероприятий по борьбе с инфекцией необходимо начинать до наступления беременности. Они должны включать:

1. Выявление пациенток с инфекцией, составляющих группу риска по развитию акушерских осложнений. В данную группу необходимо включать женщин, имеющих в анамнезе:

- хронические воспалительные заболевания придатков и матки, эктопию шейки матки, частые рецидивирующие кольпиты;
- аномалии развития и хронические воспалительные заболевания органов мочевого выделения, дизурические расстройства неустановленной этиологии;
- заболевания, передающиеся половым путем (герпес, цитомегаловирус, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, кандидоз и т.д.);
- хронические экстрагенитальные очаги инфекции с частыми рецидивами;
- склонность к частым острым респираторным вирусным инфекциям;

- нарушения репродуктивной функции;

- осложненное течение предыдущих беременностей, родов, послеродового периода, неблагоприятные перинатальные исходы.

2. Тщательное клинико-лабораторное обследование женщин группы риска для верификации генитальной или экстрагенитальной инфекции независимо от уровня поражения репродуктивной системы не менее чем двумя современными методами лабораторной диагностики, исследованием иммунного и интерферонов статуса и др.

3. Проведение комплексного лечения, куда должны входить как этиотропные виды терапии (комплекс антибактериального или противовирусного лечения), так и лечение сопутствующих заболеваний.

4. Планирование и подготовку к беременности.

Проведение ранней диагностики, профилактики и лечения инфекционной патологии репродуктивной системы женщин до наступления беременности, предгравидарная подготовка и планирование беременности позволяют снизить частоту осложнений гестационного периода, тяжесть течения (частоту и длительность рецидивов) инфекционного процесса при беременности, предупредить тяжелые формы неонатальной инфекции, уменьшить перинатальную заболеваемость и смертность.

Литература

- Айламазян Э.К.** Акушерство. Учебник для студентов медицинских институтов. - СПб.: «Специальная литература». - 1997. - С.232-237.
- Базовая М.Ю.** Оптимизация диспансерного наблюдения в ранние сроки гестации женщин с отягощенным акушерским анамнезом: Автореф. дис....канд. мед. наук. - М., 2003. - 12 с.
- Мамедалиева Н.М., Исенова С.Ш.** Алгоритм ведения пациенток с инфекционным генезом невынашивания // Материалы III российского форума «Мать и дитя». - М., 2001. - С.109-110.
- Махмудова А.Р., Хашаева Т.Х., Рамазанова И.В. и др.** Внутриутробное инфицирование как фактор невынашивания беременности // Там же. - С.116-117.
- Рыжкова С.Н., Балыков А.Ж., Авраменко В.И. и др.** Роль инфекции в невынашивании беременности ранних сроков // Материалы I междунар. конф. «Ранние сроки беременности: проблемы, пути решения, перспективы». - М., 2002. - С.357-359.