

Е.Б. Дружинина, А. Маранян, Н.В. Протопопова

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности имеют свои особенности: так инфицирование плода и новорожденного может быть вызвано как острой инфекцией у матери, так и её активацией хронической инфекции. Большинство урогенитальных инфекций у беременных протекают в латентной и субклинической форме. Отсутствует параллелизм между инфекционным процессом у матери и инфицированием плода, степенью тяжести у него инфекционного заболевания.

Ключевые слова: беременность, хламидиоз, уреоплазмоз

UROGENITAL INFECTIONS DURING PREGNANCY

E. V. Druzhinina, A. Maranyan, N. V. Protopopova

SC ME ESSC SB RAMS, Irkutsk

Infectious-inflammatory diseases during pregnancy have specific features. Infection of fetus and infant may be caused both by acute infection in mother and activation of chronic infection. Most urogenital infections in pregnant women have latent and subclinical forms. There is no parallelism between infectious process in mother, infection of fetus, and degree of severity of infectious disease in fetus.

Key words: pregnancy, clamidiosis, ureaplasmosis

Проблема внутриутробной инфекции плода является одной из ведущих в акушерской практике, в связи с высоким уровнем инфицирования беременных, рожениц, родильниц, опасностью нарушения развития плода и рождения больного ребёнка.

Наличие инфекции у матери является фактором риска ВУИ плода, но не всегда означает его заболевание.

Инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности имеют свои особенности, так инфицирование плода и новорожденного может быть вызвано как острой инфекцией у матери, так и её активацией хронической инфекции. Большинство урогенитальных инфекций у беременных протекают в латентной и субклинической форме. Отсутствует параллелизм между инфекционным процессом у матери и инфицированием плода, степенью тяжести у него инфекционного заболевания.

Возможный спектр возбудителей внутриутробной инфекции весьма разнообразен и широк. Это бактерии, грибы, простейшие, микроорганизмы, хламидии, вирусы. Чаще всего наблюдается сочетание возбудителей.

Учитывая, что источником инфекции для плода всегда является его мать, особое значение приобретают следующие факторы риска внутриутробной инфекции:

- первичное инфицирование во время беременности, активация инфекционного процесса;
- хронические очаги инфекции в организме матери, прежде всего, инфекции мочевыделительного тракта, урогенитальные инфекции;
- патологическое снижение общего и местного иммунитета.

Взаимодействия внутриутробной инфекции разнообразны и зависят во многом от следующих

факторов: срока беременности, при котором происходит инфицирование; вида возбудителя, его вирулентности, массивности обсеменения; снижение распространенности и интенсивности воспалительного процесса; состояния организма матери, её иммунологической толерантности.

Учитывая неспецифичность клинических проявлений ВУИ во время беременности, диагностика её в большинстве случаев затруднена и возможна лишь в результате клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования.

Хламидийная инфекция. Заражение матери *Chlamydia trachomatis* имеет исключительное значение, т.к. является причиной неблагоприятного воздействия инфекции на новорожденного. Так, частота воспалительных заболеваний верхних и нижних отделов дыхательных путей составляет 42,9 %, частые ОРЗ на первом году жизни перенесло 53,6 % детей ($p < 0,001$), которые в большинстве случаев сопровождались конъюнктивитом и дакриоциститом (53,6 %).

Поражение урогенитального тракта у детей этой группы также оказывается достаточно высоким. Так, инфекция мочевыводящих путей была нами зарегистрирована у 35,7 % детей, вульвовагинит — у 7,14 %, уретрит — у 21,4 %.

Во всех случаях установленных заболеваний у детей первого года жизни, этиологическим фактором был тот возбудитель урогенитальной инфекции, которым была инфицирована мать ребёнка.

Хламидийная инфекция среди беременных встречается до 5–7 % наблюдений. Клиническое течение у беременных бессимптомное, у 72 % является цервицит.

Диагностика основывается на проведении ПЦР, выделении культуры и серологических методах.

Ожидаемый риск развития у новорожденного пневмонии хламидийной этиологии, рожденно-инфицированной матерью, составляет 3 %.

Хламидиоз требует проведения лечения.

В I триместре после 10 недель беременности: Джозамицин 500 мг 3 раза в сутки 10 – 14 дней или Спирамицин по 3 млн МЕ 3 раза в сутки 7 – 10 дней. После проведенного лечения ПЦР через 30 дней или культуральное исследование через 10 дней.

II триместр: Джозамицин по 500 мг 3 раза в сутки 10 – 14 дней или Спирамицин по 3 млн МЕ 3 раза в сутки 7 – 10 дней.

С 18 недель – Клаксид по 500 мг 1 раз в сутки; или Клабакс, Фромимед – по 250 мг 2 раза в сутки 10 – 14 дней. Пимафуцин по 1 таблетке 4 раза в сутки.

III триместр – может проводиться и лечение следующими препаратами: Сумамед 1 г однократно.

Уреа-микоплазменная инфекция. Широкое распространение урогенитальных микоплазм и их частое выявление у практически здоровых женщин затрудняет решение вопроса о роли этих микроорганизмов в этиологии и патогенезе заболеваний урогенитального тракта и осложнений беременности.

Наши исследования, в которых проводилось наблюдение за 426 беременными с уреа-микоплаз-

менной инфекцией показали, что частота выделений *Ureaplasma urealyticum* у беременных составляет до 25 %, *Mycoplasma hominis* – до 5 %.

Во время беременности увеличивается интенсивность инфицирования, что связано с изменением физиологического и гормонального статуса.

Влияние уреа-микоплазменной инфекции на частоту акушерской патологии нами не установлено.

Заболеваемость детей, так же достоверно не отличалась от новорожденных группы клинического сравнения.

Бактериальный вагиноз является вагинальной инфекцией, характеризуется большим количеством микроорганизмов, наряду с уменьшением нормального уровня лактобацилл.

Установлено, что лечение бактериального вагиноза не влияет на улучшение исходов беременности, за исключением женщин, имеющих преждевременные роды, привычное невынашивание.

Таким образом, лечение уреа-микоплазменной инфекции целесообразно при привычном невынашивании. Профилактика внутриутробной инфекции снижает частоту и тяжесть неблагоприятных перинатальных исходов. Это, прежде всего, подготовка к планируемой беременности.