

Г.В. Вишнякова, Е.Б. Дружинина, Н.В. Протопопова

**МИКОПЛАЗМЕННАЯ КОНТАМИНАЦИЯ (*UR. UREALYTICUM* И/ИЛИ *M. HOMINIS*)  
НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД**

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Инфицирование младенцев, рожденных от матерей с микоплазменной колонизацией УГТ произошло только в 10,5 % случаях (42 из 400). Инфицирование детей, рожденных от матерей с микст-инфекцией (трихомонадно-хламидийно-уреаплазменной) зарегистрировано у 71 из 128, что составило 55,5 %. Такой же высокий процент передачи инфекции от матери к ребенку (69,1 %) был отмечен среди новорожденных, от матерей с трихомонадно-хламидийной инфекцией УГТ.

**Ключевые слова:** новорожденные, уреамикоплазменная контаминация

**THE MYCOPLASMAL COLONIZATION (*UR. UREALYTICUM* И/ИЛИ *M. HOMINIS*)  
OF NEWBORN IN NEONATAL PERIOD**

G.V. Vishnykova, E.B. Druzhinina, N.V. Protopopova

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

Infection of the babies, who were born by mothers with mycoplasmal colonization of urogenital tract during pregnancy occurred only in 10,5 % of cases (42 of 400). 55,5 % (71 of 128 cases) of the babies, who were born by mothers with mixed-infection were infected. The same high rate of transmission of the infection from a mother to a baby was registered among newborns, who were born by mothers with trichomonas-chlamydia infection of urogenital tract.

**Key words:** newborn, ureamycoplasmal colonization

Урогенитальные инфекции создают большую проблему для общественного здравоохранения и представляет основную угрозу репродуктивному здоровью населения. Наибольший удельный вес в структуре всех ИППП занимают трихомонады (24,7 %), хламидиоз (10,4 %) и сочетанные бактериальные инфекции (15–20 %), в том числе и микоплазменные [2, 4, 6, 8, 10].

Одновременно с этим наблюдается высокий уровень инфекционной заболеваемости у беременных женщин. В последние годы изменилась структура инфекционной патологии, резко возросла роль условно-патогенных микроорганизмов. Наиболее часто у беременных встречаются смешанные инфекции в виде микробных ассоциаций [1, 13]. Среди возбудителей УГИ наибольший удельный вес занимают трихомонады, хламидии и уреамикоплазмы. Они служат причиной воспалительных заболеваний гениталий в 2–3 раза чаще, чем гонорея и сифилис.

Подтверждений об отрицательном влиянии трихомонадной и хламидийной инфекций на течение, исход беременности и состояние здоровья новорожденного достаточно много. Е.Н. Фомичева с соавт. (1997) доказали, что колонизация половых путей *C. trachomatis* повышает риск преждевременного прерывания беременности, осложняет роды несвоевременным излитием околоплодных вод, развитием аномалий родовой деятельности и у этих женщин чаще рождаются дети с признаками внутриутробной гипотрофии.

А взгляды о влиянии *M. hominis* и *Ur. urealyticum* на течение беременности, родов

и о частоте инфицирования детей разноречивы: так, например, инфицирование беременных *M. hominis* повышает частоту развития преждевременных родов, хориоамнионита [3, 7, 13]; A. Fullana Montoro et al. (1992) сделал вывод о том, что колонизация новорожденных уреаплазмами не повышала риск развития преждевременных родов, низкого веса новорожденных и каких-либо заболеваний в первые 3 месяца жизни.

Известно, что колонизация микоплазмами происходит при прохождении плода через родовые пути. Последовательные исследования показали постоянное уменьшение количества микроорганизмов в первый год жизни. Генитальные микоплазмы (*M. hominis* и *Ur. urealyticum*) редко обнаруживаются у девочек, не достигших пубертатного возраста. Некоторые исследователи считают, что колонизация генитальными микоплазмами (*M. hominis* и *Ur. urealyticum*) происходит только с началом половой жизни. Существует мнение, что активная колонизация урогенитального тракта этими микроорганизмами происходит на фоне гормональной перестройки вследствие повышения эстрогенов и прогестерона. После достижения половой зрелости колонизация происходит при половых контактах, затем нарастает при увеличении числа половых партнеров.

Частота внутриутробного инфицирования при уреаплазменной инфекции составляет 45 %, при микоплазменной – 3–20 % [5, 9].

Уровень материнской цервикальной колонизации *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma*

*hominis* составил 57,5 и 15,8 % соответственно, тогда как уровень обнаружения в носоглоточных секретах новорожденных составил 50,8 % для *Ureaplasma urealyticum* и 6,6 % для *Mycoplasma hominis*. У недоношенных детей уровень обнаружения *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* в носоглотке не зависел ни от гестационного срока ребенка и веса, ни от наличия абортов и количества родов в анамнезе матери. Однако была тенденция к персистенции *Ureaplasma urealyticum* в носоглоточном секрете новорожденных детей, особенно у детей с весом < 2 кг. Ни у кого из детей, зараженных при рождении микоплазмами, не развились респираторные симптомы в течение 6–8 недель последующего наблюдения [8, 11].

Таким образом, нет единого мнения об инфицированности новорожденных, рожденных от матерей с *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*.

**Цель исследования** — изучить частоту инфицирования новорожденных от матерей с УГИ.

Под нашим наблюдением находилось 680 беременных женщин и также 680 рожденных ими детей. Всем женщинам проводили комплексное лабораторное обследование. Для выявления генитальных микоплазм (*Ur. urealyticum*, *M. hominis* и *M. genitalium*) использовали метод ПЦР-анализа с тест-системами «Литех» (Москва), а для количественной оценки *Ur. Urealyticum* и *M. hominis* использовали культуральный метод с помощью тест-системы DUO («Sanofi», Франция). Материалом для исследования являлись отделяемое и соскоб влагалища, цервикального канала, уретры и центрифугат утренней свежеевыпущенной мочи.

В результате обследования все беременные были разделены на группы: 400 женщин с микоплазменной колонизацией (*Ureaplasma urealyticum* и/или *Mycoplasma hominis*), 128 человек с микст-инфекцией (трихомонадно-хламидийно-микоплазменная), 55 женщин с трихомонадно-хламидийной инфекцией УГТ, и 97 человек составили контрольную группу, т.е. без урогенитальных инфекций.

Из 583 беременных 431 женщина получила курс антибактериального лечения по поводу УГИ, из которых у 238 не произошло микробной эрадикации, а у 193 женщин наступило микробиологическое выздоровление.

Все дети, рожденные от наших матерей также были также обследованы на наличие возбудителей УГИ. Забор клинического материала осуществляли из 5 точек: уретра, влагалище, прямая кишка, задняя стенка глотки, конъюнктивы. Дополнительно, материалом для исследования была свежеевыпущенная утренняя моча.

Все новорожденные дети были условно разделены на группы:

1 группа — 400 детей, рожденных от женщин, у которых во время беременности были обнаружены только микоплазмы;

2 группа — 128 детей, рожденных от женщин, у которых была микст-инфекция (сочетание микоплазм с трихомонадно-хламидийной инфекцией УГТ);

3 группа — 55 детей, рожденных от матерей с трихомонадно-хламидийной инфекцией УГТ в период беременности;

4 группа — 97 детей, рожденных от матерей контрольной группы.

Дети первой группы имели самые низкие значения контаминации — *Ur. Urealyticum* и *Mycoplasma hominis*. Только в 10,5 % случаях (42 из 400) была обнаружена микоплазменная колонизация: у 12 (9,8 %) младенцев, рожденных от непролеченных матерей с микоплазмой, у 17 (14,2 %), матери которых не излечились от урогенитальной инфекции во время беременности и у 13 (8,2 %) новорожденных — от матерей с положительным эффектом от проведенной антибактериальной терапии.

Контаминация возбудителями УГИ у детей второй группы была высокой — 58,5 % и достоверно отличалась от аналогичных показателей первой и контрольной групп ( $p < 0,05$ ). Так, инфицированность детей при микст-инфекции у матерей обусловлена в большей степени *T. vaginalis*, *C. trachomatis* или их сочетанием и была выявлена у 14 (77,8 %) новорожденных, матери которых не лечились от трихомонадно-хламидийно-микоплазменной инфекции во время беременности, у 55 (61,1 %) детей от невылеченных матерей.

Процент контаминация *T. vaginalis* и *C. trachomatis* у детей, матери которых во время беременности были инфицированы трихомонадно-хламидийной инфекцией, был также высоким и составил 69,1 % (38 из 55): у новорожденных от нелеченных и невылеченных матерей, 91,7 и 92,9 % соответственно.

Следует отметить, что низкий процент контаминации — 10,0 и 6,7 % встречался у младенцев излечившихся матерей с микст- и трихомонадно-хламидийной инфекциями: у 2 младенцев второй группы была выявлена только *Ur. urealyticum* < 10<sup>4</sup>, которая через 2 месяца элиминировалась полностью и у 1 ребенка из третьей группы выявлена *C. trachomatis*, несмотря на то, что у его матери наступила микробиологическая санация.

Интересен факт обнаружения у 3 новорожденных *Ur. urealyticum* и у одного — *M. hominis* (4,1 %), рожденных от матерей контрольной группы, которые во время беременности принимали антибактериальные препараты (у двух женщин было обострение хронического пиелонефрита и у двух других — фолликулярная ангина). Через 2 месяца после рождения *Ur. urealyticum* и *M. hominis* у детей не обнаружены.

Таким образом, низкий процент контаминации (10,5 %) характерен для *Ur. urealyticum* и *M. hominis* и не зависит от результатов лечения, высокий процент контаминации характерен для

истинных патогенов — *T. vaginalis* и *C. trachomatis* (58,5 %), снижающийся у детей по мере достижения микробиологической излеченности у матери во время беременности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путем / В.П. Адаскевич. — Витебск, 1996. — 280 с.
2. Аковбян В.А. Рациональная терапия инфекций передающихся половым путем / В.А. Аковбян // *Consilium medicum*. — 2000. — № 2. — С. 159–161.
3. Беднова В.Н. Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путем / В.Н. Беднова, В.В. Делекторский. — М., 1992. — 302 с.
4. Боровкова Е.И. Взаимодействие возбудителей инфекции с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода / Е.И. Боровкова, И.С. Сидорова // *Акушерство и гинекология*. — 2005. — № 2. — С. 20–24.
5. Голубева Т.Н. Факторы патогенности микоплазм урогенитального тракта и чувствительность к антимикробным препаратам / Т.Н. Голубева // *Медлайн экспресс*. — 2004. — № 5. — С. 15–19.
6. К вопросу о лабораторной диагностике урогенитального хламидиоза / А.А. Чураков, А.Н. Куличенко, Е.С. Казакова, Н.Е. Серебряник и др. // *Клиническая лабораторная диагностика*. — 2005. — № 2. — С. 43–47.
7. Клинические особенности и лечение хронической хламидийно-уреаплазменной инфекции у мужчин / М.М. Васильев и др. // *Вест. дерматологии и венерологии*. — 1988. — № 9. — С. 34–37.
8. Мирзабалаева А.К. Инфекционные вульвовагиниты: клиническая проблема и пути ее решения / А.К. Мирзабалаева // *Акушерство и гинекология*. — 2005. — № 6. — С. 51–55.
9. Сидорова И.С. Внутриутробные инфекции: хламидиоз, микоплазмоз, герпес, цитомегалия / И.С. Сидорова, И.Н. Черниенко // *Рос. вестн. перинатологии и педиатрии*. — 1998. — № 3. — С. 7–13.
10. Урогенитальный трихомониаз: вопросы антибактериальной терапии / А.А. Халдин, К.М. Ломоносов, И.М. Изюмова, А.А. Фадеев // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. — 2006. — № 1. — С. 56–58.
11. Colonization and transmission of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* from mothers to full and preterm babies by normal vaginal delivery / K.B. Chua et al. // *Med. J. Malaysia*. — 1999. — Vol. 54, N 2. — P. 242–246.
12. Ren P. Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Ureaplasma urealyticum* from aborted tissues by polymerase chain reaction technique / P. Ren, X. Yan, Y. Yang // *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. — 1997. — Vol. 32, N 4. — P. 214–216.
13. *Ureaplasma urealyticum* infections of the placenta in pregnancies that ended prematurely / R.B. Kundsин et al. // *Obstet. Gynecol.* — 1996. — Vol. 87, N 1. — P. 122–127.