

реходить у плацентарну недостатність при вагітності, а також урогенітальна інфекція. Отримані результати свідчать про необхідність розробки комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів із метою зниження частоти репродуктивних втрат у жінок цієї групи високого ризику.

ЛІТЕРАТУРА

1. Веропотвелян П. М., Нетребко Н. П., Веропотвелян М. П. Характеристика стану новонароджених у породіль, котрі лікувались з приводу неплідності // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1997. — № 4. — С. 60-62.
2. Кулаков В. И. Пренатальная медицина и репродуктивное здоровье женщины // Акушерство и гинекология. — 1997. — № 5. — С. 19-22.
3. Савельева Г. М. Современные аспекты перинатологии // Акушерство

и гинекология. — 1994. — № 6. — С. 12-15.

4. Сапрыкин В. Б. Влияние перинатальных технологий на исход беременности у женщин высшей степени перинатального риска // Там же. — 1998. — № 1. — С. 35-36.

5. Berger M. Psychological and pediatric psychiatry aspects of development of children resulting from medical reproduction treatment of their parents // Discussionsforum. Med. Ethik. — 1993. — Vol. 17, N 7-8. — P. 770-781.

УДК 618.3-08:616.983

Н. І. Генік

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З УРОГЕНІТАЛЬНОЮ ХЛАМІДІЙНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

Вступ

Хламідійна інфекція має медичну і соціальну значущість у перинатології, тому що стосується репродуктивного здоров'я жінок і стану здоров'я новонароджених. В останні роки урогенітальні хламідіози, частота яких коливається в межах 10–50 % [1; 3; 4], інтенсивно вивчаються, проте істотно збільшення їхньої частоти серед осіб репродуктивного віку, очевидно, потребує нових підходів до діагностики і розробки більш ефективних методів лікування.

Проблема хламідійної інфекції в акушерстві і перинатології, на наш погляд, має кілька напрямків. Неспецифічність клінічних проявів, загроза переривання вагітності, затримка розвитку плода, багатоводдя, вагінальний дисбіоз тощо обумовлюють істотні труднощі діагностики.

З одного боку, у практиці акушера-гінеколога трапляється пізнє розпізнавання і невчасне лікування даної патології, а з другого — відзначається наявність гіпердіагностики і проведення необгрун-

тованої антибактеріальної терапії, що небезпечно як для матері, так і для плода. У діагностиці урогенітального хламідіозу не завжди можна обмежитися тільки одним методом дослідження. На думку багатьох авторів [1–5], необхідне застосування комплексної лабораторної діагностики, що дозволить виявити збудник, визначити стадію захворювання, а також провести імунокорекцію.

Іншою проблемою є те, що під час призначення лікування не враховуються клінічний варіант інфекції (хронічна, рецидив, загострення), тривалість захворювання, стан макроорганізму й імунологічної реактивності.

Виникають труднощі у зв'язку з біологічними властивостями збудника, що змінюються в процесі паразитування, тому що при персистенції збудник не завершує цикл розвитку, а зупиняється на фазі ретикулярних тілець, що не розвиваються.

Все вищевикладене і визначило мету даного дослідження: розробка методики оптимізації лікування урогені-

тальної інфекції під час вагітності.

Матеріали та методи дослідження

Проведене комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 150 вагітних жінок з урогенітальною хламідійною інфекцією, що були розділені на три групи: I група — 50 вагітних, у схему лікування яких входив ровамідцин (добова доза 9 млн МО; курс 10 днів) у поєднанні з препаратом протезфлазид, застосовуваний усередину разом із чайною ложкою цукру: 1-й тиждень — по 5 крапель тричі на добу; 2-й тиждень — по 10 крапель тричі на добу; 3-й тиждень — по 8 крапель тричі на добу.

До II групи увійшли 50 вагітних, що одержували монотерапію ровамідцином (курс 10 днів); до III групи — 50 вагітних, лікування яких із різних причин не проводилося.

Розподіл на групи проводився суцільним методом, завдання якого полягало у порівнянні ефекту різних засобів терапії. Контрольну групу склали 50 умовно здорових паціє-



енток із фізіологічним перебігом вагітності без хламідійної інфекції й інших інфекційних захворювань урогенітального тракту.

Для виявлення *S. trachomatis* використовувався комплекс у вигляді кількох діагностичних методів, які застосовували паралельно: метод точкової гібридизації з використанням ДНК-зонда; метод полімеразної реакції; серологічні дослідження для визначення специфічних антихламідійних антитіл і метод прямої імуофлуоресценції.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз даних ретроспективного дослідження дозволив констатувати ефективність комбінованої терапії у купіруванні клініки загрози переривання вагітності після проведеного лікування. Так, після використання роваміцину і протекфлазиду (I група) частота загрози переривання вагітності становила 16,0 %; у II групі — 34,0 % і в III — 46,0 % (контрольна група — 6,0 %). Також у групі, в якій було проведено комбіноване лікування, вірогідно знижується частота аномалій продукції навколоплідних вод. Звертає на себе увагу зниження частоти розвитку гестаційного пієлонефриту з 24,0 % у жінок, які не отримували лікування, до 4,0 % у вагітних, пролікованих тільки антибіотиком, і до 2,0 % — при комбінованому лікуванні.

Проте, незважаючи на проведене лікування, зареєстрований достатньо високий рівень субкомпенсованої плацентарної недостатності в II (32,0 %) і III групах (56,0 %) порівняно з I групою (16,0 %) і контрольною (4,0 %). Нами не виявлено залежності між наявністю хламідійної інфекції і розвитком прееклампсії, хоча це і суперечить деяким літературним даним.

Рівень недоношування виявився найвищим у III групі (26,0 %) порівняно з II (4,0 %)

і I групами (2,0 %). При поєднаному використанні роваміцину і протекфлазиду знижується кількість аномалій пологової діяльності до 18,0 %; тимчасом як у III групі цей показник дорівнював 34,0 %. Проведене лікування знижує частоту патології плацентації, що трапляється (передчасне відшарування плаценти і дефекти частки посліду).

При ретроспективному аналізі виявлено, що найменш ушкодженими в анте- й інтранатальному періоді є діти, народжені жінками I досліджуваної групи. Так, в асфіксії середнього і тяжкого ступеня народилися 12,0 % дітей від матерів I групи; 28,0 % — від матерів II групи і 56,0 % — від матерів III групи. Інфекцію перинатального періоду виявлено у 18,0 % новонароджених у I групі; у 28,0 % — у II і в 46,0 % — у III групі відповідно. Поєднання кількох клінічних симптомів частіше мали новонароджені II і III груп. Наведені результати свідчать про ефективність проведення під час вагітності комбінованої терапії роваміцином і протекфлазидом. Діти від цих жінок, як правило, народжуються доношеними, частіше за інших мають високу оцінку за шкалою Апгар; прояви асфіксії — переважно легкого ступеня, неонатальний період перебігає сприятливо.

Проте наявність у групі з комбінованою терапією 18,0 % новонароджених із клінічними проявами внутрішньоутробного інфікування, висока частота кон'юнктивіту (6,0 %) і гіпербілірубінемії (8,0 %) можуть свідчити про недостатню ефективність комбінованої терапії в деяких клінічних випадках. Висока частота ускладнень вагітності і пологів у групі хворих, що застосовували монотерапію роваміцином (субкомпенсовані форми плацентарної недостатності й аномалії пологової діяльності) також не дозволяють рекомендувати цей метод лікування

для всіх вагітних із хламідійною інфекцією. Це може бути пов'язано з персистенцією хламідій, при якій, за даними літератури, антибактеріальна терапія не завжди ефективна. Невдачі, які трапляються при лікуванні як у групі з комбінованою терапією, так і в групі з монотерапією роваміцином також можуть бути обумовлені тривалістю прийому антибіотика (10 днів), коли перекриваються 3 цикли життя хламідій.

Висновки

Таким чином, оцінюючи ефективність лікування, необхідно зробити висновок: на зміну схематичному лікуванню має прийти алгоритмічний підхід, що враховує такі аспекти: клінічну форму і тривалість захворювання, наявність або відсутність персистенції, попереднє використання антибактеріальних препаратів. Тривалість курсу лікування антибіотиком повинна захоплювати не менш 5 циклів внутрішньоклітинного розмноження і комбіноване використання протекфлазиду. Отримані результати дозволяють рекомендувати розроблену методику для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю. П., Глазков І. С., Кіяшко Г. П. Роль порушень імунної системи у формуванні акушерських та перинатальних ускладнень // Перинатологія та педіатрія. — 2000. — № 3. — С. 14-18.
2. Глазков І. С., Шадлун Д. Р., Лисенко Б. М. Особливості перинатальних втрат у жінок з урогенітальною інфекцією // Одес. мед. журнал. — 2000. — № 6. — С. 52-54.
3. Зарубина Е. Н., Минаев А. И., Маликов В. Е. Значення хламідійної інфекції в акушерській практиці // Клинич. вестник. — 1996. — № 4. — С. 16-17.
4. Шадлун Д. Р. Сучасні питання антенатальної загибелі плода на сучасному етапі // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. Серія «Медицина». — 2001. — Вип. 15. — С. 160-162.
5. Шадлун Д. Р. Актуальні аспекти інтранатальних втрат на сучасному етапі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2001. — № 4. — С. 98-99.

