

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО МИКОПЛАЗМОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

С. М. ДЖАБРАИЛЗАДЕ

*Клинический родильный дом № 5 им. Ш. Алескеровой, Баку,
Азербайджанская Республика*

Проведено сравнение эффективности комплексного лечения микоплазменной инфекции у беременных при помощи дорамицина и иммуномодулятора генферона с монотерапией только дорамицином. Показана высокая эффективность комплексной терапии с учетом индивидуальных схем лечения.

Ключевые слова: урогенитальный микоплазмоз, беременные, комплексное лечение, антибиотики, иммуномодуляторы.

В настоящее время одним из спорных вопросов является роль урогенитальной микоплазменной инфекции в развитии патологии репродуктивной сферы [1–3]. Одни исследователи относят микоплазму к абсолютным патогенным микроорганизмам, которые могут вызывать определенные формы заболеваний урогенитального тракта (уретрит, простатит, пиелонефрит, артрит, послеродовой эндометрит, патологию беременности, плода, новорожденного, сепсис и пр.), другие — к условно-патогенным. Некоторые исследователи вообще не считают урогенитальную микоплазму патогенным возбудителем [2, 4, 5].

Лабораторные исследования зачастую служат одним из способов диагностики микоплазменной инфекции [3, 5, 6]. Важным аспектом является решение вопроса о необходимости проведения специфической терапии индивидуально, в зависимости от клинической картины заболевания, его длительности и состояния здоровья пациента.

Особенно это касается беременных, при лечении которых многие антибактериальные средства противопоказаны во время гестационного периода, и возможность их системного применения является спорной из-за отсутствия четких данных о влиянии антибактериальных препаратов на плод. Методы специфического лечения инфекционно-воспалительных заболеваний у беременных долгое время были весьма ограниченными [5, 7], а одним из наиболее частых способов ведения таких больных являлся принцип невмешательства. В последние годы синтезированы новые формы лекарственных препаратов, которые не проникают через плацентарный барьер и не вызывают отрицательного влияния на плод.

Но несмотря на успехи антибактериальной терапии, два параллельно идущих процесса — возникновение новых резистентных штаммов микроорганизмов и повреждающее действие антибиотиков на макроорганизм — заставляют обращаться клиницистов к новым видам и формам антибактериальных средств, в частности при инфекционной патологии беременных.

Под воздействием сложных экологических и социальных процессов, происходящих в современном обществе, все чаще страдает иммунная система организма, что приводит к устойчивости антибактериальных средств к инфекционным возбудителям. Это способствует прогрессивному росту инфекционно-воспалительных заболеваний, более тяжелому, нередко атипичному их течению и серьезным проблемам в выборе тактики терапии. В связи с чем иммунокорректирующая терапия является необходимым компонентом повышения эффективности лечения.

Несмотря на широкий ассортимент иммунокорректирующих средств, многие из них имеют ограничения для применения у беременных. В последние годы широкое распространение получило применение иммуномодулирующих средств, которые стимулируют иммунную систему пациента и повышают антибактериальные свойства используемых препаратов. Наиболее перспективной считается комбинированная терапия, сочетающая местное и системное лечение.

Однако в некоторых случаях дефицит информации о клинических исследованиях терапии микоплазмоза у беременных ограничивает широкое использование современных методов лечения данной патологии.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения комплексной терапии микоплазмоза у беременных и ее влияния на организм женщины и плод.

Проведен анализ данных комплексного лечения 112 беременных с микоплазмозом с выраженными клиническими проявлениями и 84 беременных с микоплазмозом и атипичным (бессимптомным) течением. Возраст беременных с микоплазменной инфекцией колебался от 19 до 40 лет и составил в среднем $28,2 \pm 2,8$ года.

На основании стационарных и амбулаторных карт изучались жалобы пациенток, длительность перенесенных соматических заболеваний, объективный и гинекологический статус, результаты лабораторных исследований.

Для диагностики всех видов микоплазм использовали молекулярную диагностику — полимеразную цепную реакцию (ПЦР), в основе которой лежит выявление фрагмента ДНК-возбудителя и многократное его воспроизведение, достаточное при визуальном учете. Для диагностики урогенитальных микоплазм применяли иммуноферментный анализ антигена с использованием стандартизированных тест-систем.

У всех обследованных изучена микрофлора влагалища с включением широкого спектра условно-патогенных микроорганизмов, в том числе грибковой флоры, уреаплазм, аэробных, облигатно и факультативно анаэробных бактерий, микроаэрофилов (лактобактерий, гарднерелл). Культуральное исследование (посев вагинального отделяемого на питательные среды) предварительно сопровождалось обязательной микроскопией нативного вагинального мазка по методу окраски Грама. Такое комплексное обследование беременных позволило всесторонне охарактеризовать состояние микробиоценоза влагалища, что немаловажно для развивающегося плода. У всех пациенток было исключено наличие трихомоноза и гонореи.

Течение беременности изучали по триместрам. У пациенток проводилось динамическое наблюдение за клиническими проявлениями микоплазменной инфекции, оценивалась частота рецидивов и их характер.

После 12 нед беременности пациенткам назначался антибиотик дорамицин, относящийся к группе макролидов (спирамицин) в суточной дозе 3 000 000 МЕ. В качестве иммуномодулятора применялся генферон в дозе 1 млн ЕД со II триместра беременности. Курс лечения длился от 7 до 10 дн. Результаты оценки эффективности лечения приведены на рис. 1.

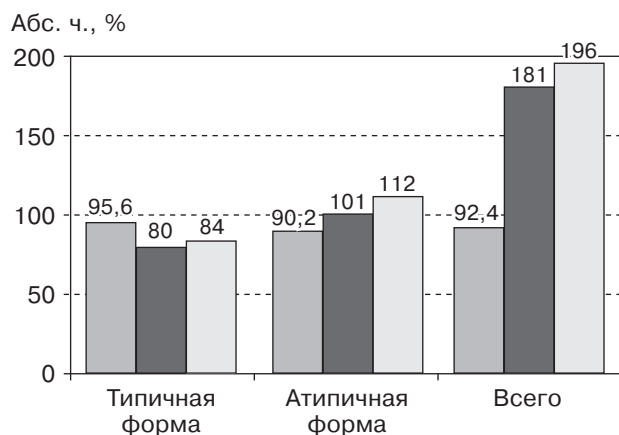


Рис. 1. Эффективность лечения дорамицином и генфероном у беременных с урогенитальным микоплазмозом:
 ■ число беременных женщин (абс. ч.);
 ■ число женщин с положительным результатом лечения (абс. ч.);
 □ степень эффективности лечения (%)

После проведенного анализа отмечена высокая эффективность сочетания дорамицина и генферона у беременных с урогенитальным микоплазмозом. Всего излечилось 92,4±2,0% беременных, в том числе 90,2±2,8% с микоплазмозом с атипичным течением и 95,6±2,3% беременных с микоплазмозом с выраженными клиническими проявлениями.

Проведено сравнение эффективности комплексного лечения микоплазменной инфекции у беременных при помощи дорамицина и генферона с монотерапией только дорамицином. Результаты показали, что при комплексном лечении практически стирается разница в достижении конечного эффекта между микоплазмозом с атипичным течением и микоплазмозом с выраженными клиническими проявлениями. Скорее всего это связано с тем, что иммуномодулятор генферон, стимулируя защитные функции организма, достоверно повышает эффективность лечения (при атипичном течении $p < 0,05$, при выраженных клинических проявлениях $p < 0,01$).

При комплексной терапии с применением иммуномодуляторов быстрее исчезают клинические проявления микоплазменной инфекции, чем при монолечении дорамицином.

Несмотря на рекомендации, не все беременные, которым проводили лечение микоплазмоза, регулярно принимали генферон по разработанной нами схеме, а в некоторых случаях и вовсе не принимали препарат. Анализ данных больных по этому признаку представлен на рис. 2.

Эффективность лечения микоплазмоза среди беременных, регулярно принимавших генферон (101 женщина — 52,0±3,7%), достигает максимального уровня — 93,8±1,7%. Среди беременных, нерегулярно принимавших этот препарат (66 женщин — 34,0±3,4%), эффективность антибактериального

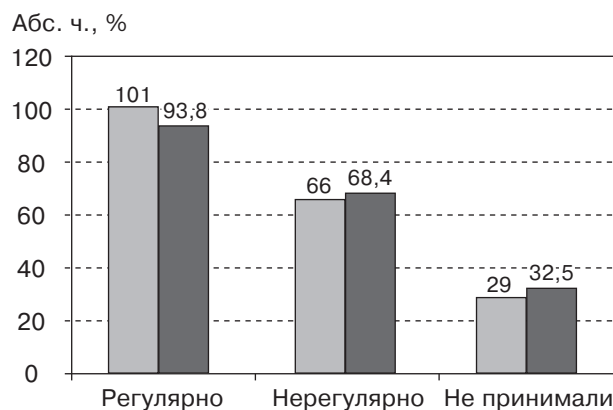


Рис. 2. Эффективность лечения генфероном в зависимости от регулярности приема:
 ■ число женщин (абс. ч.);
 ■ эффективность лечения (%)

лечения микоплазмоза снижается до $68,4 \pm 3,3\%$ ($p > 0,05$), у беременных, вовсе не принимавших генферон (29 женщин — $14,0 \pm 2,5\%$), — до $32,5 \pm 3,3\%$ ($p > 0,05$). Из-за небольшого числа беременных разница в приведенных показателях оказалась статистически недостоверной, кроме разницы между группой беременных, регулярно принимавших генферон, и беременными, вовсе не принимавшими этот препарат ($p < 0,01$). Это подчеркивает необходимость назначения препарата генферона в комплексном лечении микоплазмоза.

Восстанавливая местный и общий иммунологический статус организма и нормализуя микрофлору влагалища, этот препарат способствует существенному повышению эффективности антибактериального лечения микоплазмоза.

С целью предупреждения развития дисбактериоза можно рекомендовать беременным препарат «Lactal» в виде крема, содержащий молочную кислоту и гликоген. Крем вводится при помощи влагалищного аппликатора ежедневно в течение 5–7 дн.

Учитывая, что инфекционный процесс может повлиять на фетоплацентарный комплекс, для профилактики плацентарной дисфункции в комплекс терапии беременных при микоплазмозе целесообразно включать витамины (прегnavит, витрум-пренатал) и препараты, улучшающие состояние материнско-плодового кровообращения (кокарбоксилаза, хофитол и др.).

Таким образом, полученные в результате исследования данные подтверждают эффективность комплексного лечения микоплазменной инфекции у беременных при помощи дорамидина и генферона и доказывают, что использование с антибиотиками иммуномодуляторов способствует полной излеченности пациенток от данного вида возбудителей.

Предложенная нами тактика лечения микоплазмоза у беременных позволяет достигнуть максимального эффекта при выполнении всех рекомендаций с учетом индивидуальных особенностей пациенток.

Литература

1. Гулузаде Э. Н. Частота выраженности клинической симптоматики у женщин с репродуктивными патологиями на фоне урогенитального микоплазмоза // Труды III съезда акушеров-гинекологов Азербайджана. — Баку, 2003. — С. 431–434.
2. Ильин И. И., Ковалев Ю. Н., Лысенко О. В. Размышление о лечении урогенитального микоплазмоза // Вестн. дерматологии и венерологии. — 2006. — № 1. — С. 30–33.
3. Новикова С. В., Левашова И. И., Логутова Л. С. Выбор метода санации родовых путей накануне родоразрешения / Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. — 2007. — № 1. — С. 72–73.
4. Делекторский В. В. Комплексный метод лечения хламидийной и микоплазменной инфекции урогенитального тракта // Вестн. дерматологии и венерологии. — 2006. — № 9. — С. 79–80.
5. Brunham R. C., Duffy L. H. Detection of *Mycoplasma hominis* by polymerase chain reaction in the urogenital tract of adults, in amniotic fluid and respiratory tract of newborn // Clin. Infect. Dis. — 2006. — Vol. 17 (1). — P. 148–153.
6. Donders G. C., Van Bulck B., Caudron J. Relationship of bacterial vaginosis and mycoplasmas to the risk of spontaneous abortion // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2006. — Vol. 2 (183). — P. 431–437.
7. Association between preterm birth and vaginal colonisation by *Mycoplasma* in early pregnancy / S. Kataoka, T. Yamada, K. Chou, R. Nishida // J. Clin. Microbiol. — 2006. — Vol. 44 (2). — P. 51–55.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНОГО МІКОПЛАЗМОЗУ У ВАГІТНИХ

С. М. ДЖАБРАІЛЗАДЕ

Проведено порівняння ефективності комплексного лікування микоплазмозової інфекції у вагітних за допомогою дораміцину та імуномодулятора генферону з монотерапією тільки дораміцином. Показано високу ефективність комплексної терапії з урахуванням індивідуальних схем лікування.

Ключові слова: урогенітальний микоплазмоз, вагітні, комплексне лікування, антибіотики, імуномодулятори.

COMPLEX TREATMENT OF UROGENITAL MYCOPLASMOSIS IN PREGNANT

S. M. JABRAILZADE

The efficacy of complex treatment of mycoplasma infection with Doramicyn and immunomodulator Genferon was compared with monotherapy with Doramicyn only. High efficacy of the complex therapy considering individual treatment protocols was shown.

Key words: urogenital mycoplasmosis, pregnant, complex treatment, antibiotics, immunomodulators.

Поступила 02.04.2010