

УДК 618.3-06:618.1-022.7]-085

© Н. М. Рожковська, Д. М. Щурко, М. І. Щурко, 2012.

ОПТИМІЗАЦІЯ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ ПОЄДНАНИЙ ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНІЙ ГЕНІТАЛЬНІЙ ІНФЕКЦІЇ У МАТЕРІ

Н. М. Рожковська, Д. М. Щурко, М. І. Щурко*Кафедра акушерства і гінекології №1 (зав. – професор В. М. Запорожан), Одеський національний медичний університет, м. Одеса.*

OPTIMIZATION OF MANAGEMENT OF PREGNANCY COURSE ON THE BACKGROUND OF COMBINED VIRAL AND BACTERIAL GENITAL INFECTION IN MOTHER

N. M. Rozhkovska, D. M. Shchurko, M. I. Shchurko

SUMMARY

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of recombinant human interferon- $\alpha 2$ in the treatment of combined viral and bacterial genital infection in pregnant women. The results showed that topical treatment of combined viral and bacterial genital infections in pregnant women with the use of recombinant human interferon $\alpha 2$ improves microbiocenosis of vagina and can significantly reduce the risk of intrapartum infection in the birth vaginally.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У МАТЕРИ

Н. Н. Рожковская, Д. Н. Щурко, Н. И. Щурко

РЕЗЮМЕ

Целью исследования являлась оценка эффективности использования рекомбинантного $\alpha 2$ интерферона человека в лечении сочетанной вирусно-бактериальной генитальной инфекции у беременных. Результаты исследования показали, что местное лечение сочетанной вирусно-бактериальной генитальной инфекции у беременных с использованием рекомбинантного $\alpha 2$ интерферона человека улучшает микробиocenоз влагалища и позволяет значительно снизить риск интранатального инфицирования в родах через естественные родовые пути.

Ключові слова: вагітність, вірусно-бактеріальна інфекція, оптимізація.

Протягом останніх років збільшується роль перинатальної інфекційної патології в структурі репродуктивних втрат [4, 7]. Частота порушень мікробіоценозу піхви у вагітних з акушерською патологією сягає 65,0% [3]. Вагітність є фактором ризику розвитку інфекцій, що викликаються умовно-патогенною мікрофлорою і мікроорганізмами із слабкою вірулентністю і факторами агресії, вірусної інвазії [8]. Плацентарна недостатність у вагітних з порушеннями мікробіоценозу піхви і наявністю інфекцій, що передаються статевим шляхом, виникає в 2-4 рази частіше, ніж у загальній популяції [5]. Близько 2,0% дітей інфікуються внутрішньоутробно і 10,0% – під час або після пологів [2, 3]. Джерелом інфекції є організм інфікованої матері. З проявами внутрішньоутробної інфекції народжується від 10,0 до 53,0% дітей [6]. Обов'язковою умовою для розвитку внутрішньоутробної інфекції є наявність у вагітної гострого або хронічного запального процесу [1]. Урогенітальні інфекційні захворювання під час фізіологічної імуносупресії при вагітності нерідко загострюються або переходять з латентної форми в активну, що збільшує ризик плацентарної

недостатності, материнських і перинатальних ускладнень. Серед різних видів збудників все більшого значення набувають поєднані інфекції, в різних формах і клінічних проявах.

Але на сьогодні механізми ураження фетоплацентарного комплексу за умови інфекції у матері вивчені недостатньо [6, 10]. Відсутність єдиної концепції щодо ролі вірусних, вірусно-бактеріальних асоціацій в розвитку плацентарної недостатності інфекційного генезу погіршує результати лікування таких хворих [9]. В літературі останніх років наводяться поодинокі дані щодо використання в комплексному лікуванні вагітних з плацентарною недостатністю та інфекційною патологією імунomodulatorів, але ці дані нечисленні і суперечливі. Не визначений вплив комбінованого застосування інтерфероногенів на фетоплацентарний комплекс, імунний та інтерфероновий статус при вагітності, перинатальні наслідки. Тому вивчення механізмів впливу інфекцій на фетоплацентарний комплекс та оптимізація профілактики ускладнень перинатального періоду буде сприяти покращенню наслідків для матері і плода.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Об'єктом дослідження були 30 вагітних з лікуванням за звичною схемою, 30 вагітних за розробленою схемою з застосуванням рекомбінантного $\alpha 2$ інтерферону людини (РІТФ) та 30 вагітних без ознак інфекційної патології.

У всіх вагітних проводилося: дослідження імунологічного та інтерферонового статусу, мікробіологічні, бактеріологічні, клініко-лабораторні, ультразвукові, біохімічні та статистичні методи дослідження.

Вагітні всіх груп були порівняні по віку та екстрагенітальній патології.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Більшість жінок мали в анамнезі рецидивний перебіг генітальної герпесвірусної, хламідійної, міко-й уреоплазмової інфекції, обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез (хронічний сальпінгіт, ендометрит, трубно-перитонеальна неплідність, завмерла вагітність, передчасні пологи, перинатальні втрати, внутрішньоутробне інфікування й затримка розвитку плода).

Найчастішими ускладненнями перебігу вагітності в дослідних групах були загроза переривання вагітності, залізодефіцитна анемія, загроза передчасних пологів, активація осередків урогенітальної інфекції.

При ультразвуковому дослідженні визначалися мало- та багатоводдя, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, потовщення плаценти, наявність в плаценті кальцинатів.

Дослідження мікробіоценозу піхви найчастіше виявляло бактеріально-вірусні, бактеріально-вірусно-грибкові асоціації, серед яких переважали генітальний герпес, цитомегаловірус, хламідії, мікоплазми, стрептококи та кандиди.

Дослідження інтерферонового статусу показало, що у жінок з вірусно-бактеріальною інфекцією рівень сироваткового ІФН склав $30,4 \pm 1,5$ ОД/мл, що майже в 7 разів вище, ніж у вагітних без ознак інфекційної патології ($4,0 \pm 0,1$ ОД/мл). Рівень спонтанної продукції інтерферону лейкоцитами (СПЛ) склав 7,8 ОД/мл, що майже в 2 рази вище, ніж в групі порівняння ($4,1 \pm 0,3$ ОД/мл). У обстежених хворих була знижена активність лейкоцитів у продукції ІФН- α та ІФН- γ у відповідь на індуктори.

Лікування вагітним проводилося, починаючи з другого триместра вагітності. 1 група отримувала традиційну схему лікування залежно від виділеного інфекційного агента. 2 група на рівні з традиційною схемою отримувала вагінально рекомбінантний $\alpha 2$ інтерферон людини генферон по 500 тис. ОД протягом 10 днів.

Після проведеної терапії найбільш виразна позитивна клінічна динаміка (поліпшення загального самопочуття, нормалізація біоценозу піхви)

спостерігалася в 2 групі вагітних при застосуванні комплексного лікування з рекомбінантним $\alpha 2$ інтерфероном людини.

Згідно з отриманими даними, у вагітних 1 та 2 груп після лікування величина сироваткового ІФН значно знизилася та склала $5,6 \pm 0,4$ ОД/мл та $4,6 \pm 0,3$ ОД/мл відповідно.

Величина СПЛ після закінчення лікування знизилася та склала $5,1 \pm 0,4$ ОД/мл та $4,6 \pm 0,2$ ОД/мл відповідно в 1 та 2 групах.

Рівень ІФН- α та ІФН- γ після лікування підвищився і склав $65,3 \pm 0,2$ ОД/мл та $18,4 \pm 0,4$ ОД/мл.

Таким чином, в групі вагітних з застосуванням рекомбінантного $\alpha 2$ інтерферону людини показники інтерферонового статусу сягали групи вагітних без ознак інфекційної патології. В групі вагітних, які лікувалися за традиційною схемою, ці показники були трохи вищими за контрольну групу.

Найкращі перинатальні наслідки спостерігалися в 2 групі вагітних, а саме: зменшення частоти передчасних пологів, завчасного вилиття навколоплідних вод, інтранатального дистресу плода, післяпологових інфекційних ускладнень.

Частота народження недоношених дітей в 1 групі становила 25,4%, у 2 групі та 3 групі – 5,4% та 7,8%. Частота ЗВУР була найвищою у 1 групі та становила 4,5%. У одної жінки першої групи трапилася інтранатальна загибель плода на фоні активації герпетичної інфекції.

Дослідження рівня інтерферонового статусу в секреті піхви показало збільшення в 8-10 разів в порівнянні з нормою та нормалізацію цих показників після лікування.

На основі отриманих даних було оптимізовано схему обстеження та лікування вагітних з поєднаною вірусно-бактеріальною інфекцією. Вона складається з декількох етапів.

На першому етапі проводиться з'ясування наявності пацієток з загальною та урогенітальною інфекцією, які можуть скласти групу ризику по розвитку акушерських ускладнень.

На другому етапі вагітних групи ризику обстежують на наявність порушення мікробіоценозу піхви (рН-метрія вмісту піхви та ступінь чистоти, посів виділень із піхви на патогенну та умовно-патогенну мікрофлору, чутливість до антибіотиків) та поєднану вірусно-бактеріальну інфекцію.

На третьому етапі у вагітних проводять обстеження імунологічного та інтерферонового статусу, клініко-лабораторні, ультразвукові та біохімічні дослідження.

На четвертому етапі проводиться лікування, яке включає наряду з традиційним лікуванням рекомбінантний $\alpha 2$ інтерферон людини (генферон) по 500 тис. ОД протягом 10 днів.

ВИСНОВКИ

1. Аналізуючи отримані результати лікування, можна зробити висновок, що комплексне лікування з використанням людського рекомбінантного $\alpha 2$ інтерферону є високоефективним методом лікування у порівнянні з традиційним лікуванням.

2. Застосування запропонованої терапії сприяло стимуляції адаптаційних механізмів вагітної, що проявлялося позитивними змінами порушених показників основних регулюючих систем організму, поліпшенню мікробіоценозу піхви та дозволило суттєво знизити ризик інтранатального інфікування при пологах через природні пологові шляхи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство : підручник для лікарів-інтернів / В. С. Артамонов, М. Г. Богдашкін, Б. М. Венцовський [та ін.] ; за ред. В. І. Грищенко. – Х. : Основа, 1996. – 608 с.

2. Барашнев Ю. И. Перинатальная патология у новорожденных / Ю. И. Барашнев, А. Г. Антонов, Н. И. Кудашов // Акушерство и гинекология. – 1994. – № 4. – С. 26–31.

3. Боровикова Е. И. Взаимодействие возбудителей инфекции с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода / Е. И.

Боровикова, И. С. Сидорова // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 2. – С. 20–24.

4. Внутриутробные бактериальные и вирусные инфекции плода и новорожденного / Б. Л. Гуртовой, А. С. Анкирская, Л. В. Ванько [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1994. – № 4. – С. 20–26.

5. Гайструк А. Н. Невідкладні стани в акушерстві / А. Н. Гайструк. – Вінниця : ВНМУ ім. М. І. Пирогова, 2004. – 226 с.

6. Глуховец Б. И. Восходящее инфицирование фетоплацентарной системы / Б. И. Глуховец, Н. Г. Глуховец. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – 240 с.

7. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія / В. М. Запорожан, М. Р. Цегельський. – К. : Здоров'я, 1996. – 240 с.

8. Тютюнник В. Л. Морфофункциональное состояние системы мать-плацента-плод при плацентарной недостаточности и инфекции / В. Л. Тютюнник, В. А. Бурлев, З. С. Зайдиева // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 6. – С. 11–16.

9. Brown C. E. Intrapartum Tocolysis: An opinion for Acute Intrapartum Fetal Crisis / C. E. Brown // JOGNN. – 1998. – Vol. 27, № 3. – P. 257–261.

10. Obstetrics: normal and problem pregnancies / Ed. by S. G. Gabbe, J. R. Niebil. – N.Y. : Churchill Livingstone, 1991. – 1409 p.