

## УРОГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

**Киселева М.К.,**

*кандидат мед. наук, акушер-гинеколог, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава; зав. отделением патологии беременности ранних сроков МУ ГКБ№40*

**Аскерова М.Г.,**

*кандидат мед. наук, акушер-гинеколог, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава*

**Бакуринских А.Б.,**

*кандидат мед. наук, акушер-гинеколог, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава*

**Дектярев А.Н.,**

*акушер-гинеколог, отделение патологии беременности ранних сроков МУ ГКБ№40*

Проблема урогенитальных инфекций остается одной из доминирующих в акушерско-гинекологической практике. В России официально регистрируется более одного миллиона случаев ИППП ежегодно: преобладают трихомониаз, сифилис, хламидиоз, гонорея, герпес. Не менее 30% женщин в возрасте 18-35 лет страдают вагинальными инфекциями, в том числе дисбиотической природы. Изменения иммунного статуса при беременности приводят к тому, что потенциально патогенные микроорганизмы, длительное время персистирующие в урогенитальном тракте женщины, вызывают осложненное течение гестационного процесса.

Характер течения беременности при инфицировании зависят от срока воздействия возбудителя. Так на ранних этапах развития зародыша контакт с инфекцией может закончиться гибелью плодного яйца. Признаки инфицирования в 1 триместре неспецифичны: эхографически определяется повышенный тонус матки, отслойка хориона, деформация плодного яйца, несоответствие размеров эмбриона полости плодного яйца. С 16 недели возникают инфекционные фетопатии, могут сформироваться такие пороки развития как фиброзластоз эндокарда, поликистоз легких, гидроцефалия. В 3 триместре плод реагирует на внедрение возбудителя локальной реакцией, могут возникать энцефалит, гепатит, пневмония и т.д. Влияние вирусов чаще всего проявляется признаками незрелости, значительной потерей массы тела, нарушениями процесса адаптации в раннем неонатальном периоде. Во 2-3 триместрах на инфицирование указывают ЗВУР, гипоксия плода, многоводие или маловодие, увеличение или уменьшение толщины плаценты, наличие взвеси в околоплодных водах, поликистоз почек плода.

Большое значение в исходе беременности и родов для плода и новорожденного при инфицированности женщины имеет лечение беременной, которое должно быть этиотропным, патогенетическим, этапным, и начато как можно раньше. При этом беременные, особенно в 1 триместре, имеют значительные ограничения в плане лекар-

ственной терапии в связи с возможным эмбриотоксическим эффектом препаратов, а при возникновении акушерской проблемы диагностика и верификация микробного агента может быть затруднена или отсрочена. Преимуществами локальной терапии вагинальных инфекций являются: высокая концентрация лекарственного вещества в очаге инфекции, высокая эффективность использования малых доз антимикробного препарата, исключение системного воздействия на здоровые ткани, простота и удобство применения.

Требования к препарату для лечения вагинальных инфекций у беременных это: широкий спектр антибактериального действия, отсутствие резистентности патогенных микроорганизмов, отсутствие отрицательного действия на лактобациллы, хорошая переносимость и возможность применения во всех триместрах без отрицательных эффектов на организм матери и плода.

Гексикон - лекарственный препарат широкого спектра противомикробного действия (грамотрицательные- гонококки, хламидии, гарднереллы, клебсиела, кишечная палочка и др.; грамположительные- стафилококки и стрептококки и др.; простейшие) для местного лечения и профилактики негрибковых вагинальных инфекций, а также для экстренной защиты женщины от заражения ИППП, отвечающей всем современным требованиям эффективности и безопасности, разрешенный к применению весь период беременности и кормления грудью. Гексикон в своем составе содержит хлоргексидина биглюконат и основу – полиэтиленоксид (ПЭО). ПЭО благодаря высокой молекулярной массе обладают выраженным дегидратирующим действием, активно адсорбирует воспалительный экссудат и обеспечивает быстрое проникновение хлоргексидина в ткани. ПЭО проявляет также слабое антимикробное действие за счет обезвоживания микробной клетки.

В течение нескольких лет в ОАПБ №3 МУ ГКБ №40 для лечения беременных с урогенитальным инфицированием применяется в комплексной терапии гексикон по 1-2 свече в сутки на 7-10 дней, а также с профилактической целью перед наложением шва на шейку матки. Вагинальная инфекция выявлялась при бактериологическом и бактериоскопическом обследовании. При незначительных акушерских проблемах к стандартной терапии добавлялась местная санация гексиконом. При выраженной клинике угрозы прерывания беременности, воспалительной реакции организма, при наличии ультразвуковых критериев вероятного внутриутробного инфицирования к терапии гексиконом присоединяли курс системной антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия. При выявлении методом ПЦР хламидийной, микоплазменной инфекции проводили курс лечения –макролид системно плюс гексикон. В 2006 г. в ОПБ №3 пролечены 1031 беременная. Из них у 325 (31,55%) была диагностирована вагинальная инфекция (бак. вагиноз, неспецифический кольпит), у 3 выявлен трихомониаз в 1 триместре

беременности. После лечения гексиконом в контроле получено 100% излечение. Побочных реакций отмечено не было. У 8 беременных на фоне инфицирования произошел регресс беременности, у 5 беременность закончилась самопроизвольным прерыванием, несмотря на комплексную терапию.

Таким образом, урогенитальная инфекция часто и существенно осложняет течение гестационного процесса. Отечественный препарат «Гексикон» («Нижфарм») является одним из эффективных и безопасных средств для санации беременных во всех триместрах. За счет уникальной основы (ПЭО) гексикон работает как «свеча- ванночка», не угнетает нормальную микрофлору влагалища, хорошо переносится. Несомненно, что решение проблемы урогенитальной инфекции и беременности - в планировании беременности, предгравидарной подготовке, своевременном обследовании и лечении супружеской пары.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ**

**Коровникова О.В.**

*акушер-гинеколог, МУ «Клинико-диагностический центр», заочный аспирант*

Проблема бесплодного брака в России имеет медицинское и общегосударственное значение. Причины бесплодия гетерогенны и полиморфны, что требует дифференцированного лечения. Патогенез эндокринных форм бесплодия обусловлен нарушением гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и ановуляция является основной составляющей бесплодия, а недостаточность лютеиновой фазы причиной репродуктивных потерь (Прилепская В.Н., 2004).

В терапии эндокринного бесплодия мы выделяем три последовательных этапа. Первый этап - нормализация менструаций, восстановление фаз оварияльного цикла и стимуляция наступления беременности. Второй этап - профилактика осложнений беременности, прогнозирование исходов и планирование родоразрешения. Третий этап – реабилитация репродуктивной функции.

С целью оценить эффективность дифференцированной гормональной терапии при эндокринном бесплодии под нашим наблюдением находились 150 женщин с диагнозом бесплодие в возрасте  $27,23 \pm 4,33$  лет со средней длительностью бесплодия  $3,54 \pm 2,06$  лет, которым проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование: оценка анамнеза, физических данных и состояния половой сферы по тестам функциональной диагностики и УЗИ, МРТ головного мозга. В число гормональных исследований входило: определение секреции ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона в динамике цикла, ТТГ, сТ4.

На основании комплексного обследования выделили 3 группы пациенток: I группа – 50 пациенток с недостаточность лютеиновой фазы