

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

ЗАЯЦЬ-КАХНОВЕЦЬ ОЛЕСЯ ІВАНІВНА

УДК 618.3-06:618.1-002

**ПРОФІЛАКТИКА НЕВИНОШУВАННЯ У ЖІНОК ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРАКТУ**

14.01.01 – акушерство та гінекологія

**Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Тернопіль – 2005

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Київській медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор

Вдовиченко Юрій Петрович,

Київська медична академія післядипломної освіти

ім.П.Л.Шупика МОЗ України,

завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, доцент *Олійник Ніна Миколаївна,*

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, професор кафедри акушерства та гінекології № 1

доктор медичних наук, професор *Маляр Василь Андрійович,*

Ужгородський національний університет МОН України, завідувач кафедри акушерства та гінекології

Провідна установа: Одеський державний медичний університет МОЗ України, кафедра акушерства та гінекології №1.

Захист дисертації відбудеться 5 жовтня 2005 року о 14 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 58.601.02 у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, вул. Руська, 12).

Автореферат розісланий 23 вересня 2005 р.

Учений секретар

спеціалізованої вченої ради

кандидат медичних наук, доцент

Павлишин Г. А.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Невиношування вагітності являє собою одну із найважливіших проблем охорони здоров'я в усьому світі. Частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 10-25 % (В.Я. Голота та співавт., 1999; Д.Е. Барковский, 2004). Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених профілактиці і лікуванню невиношування, частота передчасних пологів складає 5-10 % (В.К. Чайка и соавт., 1999; В.М. Сидельникова и соавт., 2000).

Невиношування вагітності – це універсальна, інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке виражене неблагополуччя в стані здоров'я вагітної, внутрішньоутробного плода, навколишнього середовища і багатьох інших факторів. В умовах адаптації до вагітності найяскравіше виявляється єдність нервової і гуморальної регуляції, контрольованої симпато-адреналовою системою, що забезпечує організм жінки створенням достатніх енергетичних ресурсів в умовах внутрішнього і зовнішнього середовища, що змінилось (Л.Г. Назаренко и соавт., 2001; О.М. Мацанін, 2004).

Серед різних факторів ризику невиношування все більшого значення набувають початкові фонові запальні захворювання уrogenітального тракту. Успіхи мікробіології і вірусології до даного часу створили передумови до розуміння генезу порушень репродуктивної системи і забезпечили можливість більш глибокого розуміння механізмів невиношування вагітності на фоні перенесених запальних захворювань уrogenітального тракту (Т.М. Дьоміна, 1999; Е.Ф. Кира и соавт., 1999).

Разом з тим, патогенез невиношування на фоні запальних процесів уrogenітального тракту вивчений недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу (ФПК) і порушень стану внутрішньоутробного плода і новонародженого в залежності від початкових особливостей мікробіоценозу статевих шляхів. Крім того, відсутні дані про ефективний підхід до профілактики невиношування вагітності з урахуванням основних причин запального процесу.

Все вищевикладене є достатнім обґрунтуванням актуальності обраної наукової задачі.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукової роботи кафедри акушерства, гінекології та перинатології Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика “Прогнозування, профілактика, лікування і реабілітація порушень репродуктивної функції жінок на сучасному етапі” № держ. реєстрації: 0101U007154, у виконанні якої автором проведені дослідження стосовно профілактики невиношування у жінок із запальними

захворюваннями уrogenітального тракту. Тема затверджена експертною комісією АМН та МОЗ України “Акушерство та гінекологія” протокол № 5 від 24.09.04.

Мета дослідження – знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з невиношуванням і запальними захворюваннями уrogenітального тракту в анамнезі на підставі вивчення особливостей мікробіологічного статусу і функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Завдання дослідження:

1. Вивчити структуру факторів ризику розвитку загрози переривання вагітності у жінок з невиношуванням та запальними захворюваннями уrogenітального тракту в анамнезі.
2. Виявити особливості клінічного перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок із загрозою переривання вагітності інфекційного генезу в анамнезі.
3. Встановити особливості паразитоценозів статевого тракту, частоту паразитарних інвазій у жінок, що страждають запальними захворюваннями геніталей при перериванні вагітності, що загрожує.
4. З'ясувати особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок із невиношуванням на фоні запальних захворювань уrogenітального тракту в анамнезі.
5. Встановити взаємозв'язок між акушерськими та перинатальними наслідками розродження, паразитоценозами статевого тракту, паразитарними інвазіями та функціональними показниками фетоплацентарного комплексу у жінок з невиношуванням на фоні запальних захворювань уrogenітального тракту.
6. Розробити та впровадити комплекс лікувально-профілактичних заходів щодо зниження частоти невиношування та недоношування у жінок з запальними захворюваннями уrogenітального тракту.

Об'єкт дослідження – невиношування у жінок із запальними захворюваннями уrogenітального тракту.

Предмет дослідження – мікробіологічний статус статевих шляхів, сечі і кишківника, вміст гормонів і плацентарних білків, функціональний стан фетоплацентарного комплексу.

Методи дослідження – з метою вивчення клінічного перебігу вагітності у жінок із запальними захворюваннями уrogenітального тракту проведено загальноклінічні, лабораторно-біохімічні, імунофлюоресцентні, бактеріологічні дослідження. Вміст гормонів в плазмі крові визначали імуноферментним методом. Бактеріологічні дослідження вагінального секрету проводили за загальноприйнятою методикою. Цифровий матеріал, отриманий в результаті

досліджень, обробляли математично-статистичними методами параметричної та непараметричної статистики.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше встановлено найбільш розповсюджені типи вірусно-мікробних асоціацій, а також їхнє поєднання з найпростішими, грибовими мікроорганізмами і паразитарними інвазіями в генезі невиношування у жінок із запальними захворюваннями уrogenітального тракту.

Вперше встановлено взаємозв'язок між акушерськими і перинатальними наслідками розродження, паразитоценозами статевого тракту, паразитарними інвазіями, концентрацією гормонів і плацентарних білків та змінами функціональних показників системи мати-плацента-плід у жінок з невиношуванням на фоні запальних захворювань уrogenітального тракту в анамнезі. Це дозволило розширити дані, про патогенез невиношування, а також науково обґрунтувати необхідність удосконалення лікувально-профілактичних заходів.

Практичне значення одержаних результатів. Встановлені основні „мікробіологічні” фактори ризику невиношування вагітності, що враховують наявність складного багатокомпонентного паразитоценозу уrogenітального і шлунково-кишкового тракту у жінок з невиношуванням на фоні запальних захворювань уrogenітального тракту в анамнезі. Запропоновані методи контролю за клінічним перебігом вагітності та функціональним станом фетоплацентарного комплексу у жінок із загрозованим перериванням вагітності інфекційного генезу.

Розроблені і впроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з невиношуванням на фоні запальних захворювань уrogenітального тракту в анамнезі на підставі удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Результати дослідження впроваджені в роботу акушерського та гінекологічного відділень Центру охорони здоров'я матері та дитини Київської області; в навчальний процес кафедри акушерства, гінекології та перинатології КМАПО ім. П.Л.Шупика.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно проведено клініко-лабораторне та функціональне обстеження жінок, з невиношуванням на фоні запальних захворювань уrogenітального тракту в анамнезі на базі акушерського та гінекологічного відділень Центру охорони здоров'я матері та дитини Київської області. Дисертаційна робота є самостійною роботою автора. Нею проаналізовано наукову літературу по проблемі, що вивчається, визначено мету та завдання дослідження, сформовані групи жінок, які підлягали обстеженню, вибрано методики. Самостійно проведений забір і підготовка біологічного матеріалу, узагальнення одержаних результатів. Автором написані всі розділи дисертації, сформульовані висновки, розроблені практичні рекомендації щодо зниження частоти акушерських і

перинатальних ускладнень у жінок з невиношуванням інфекційного генезу в анамнезі. Статистична обробка отриманих результатів виконана безпосередньо автором. У актах впровадження, що стосуються науково-практичної новизни, викладено фактичний матеріал дисертанта.

Апробація результатів роботи. Основні положення дисертаційної роботи оприлюднені на науково-практичній конференції “Актуальные вопросы репродуктологии” (Крим, Симеїз, 2004), на засіданні асоціації акушерів-гінекологів Київської області (2004).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 4 наукових роботи, 3 з них – у фахових часописах та збірниках, рекомендованих ВАК України, та 1 – у матеріалах науково-практичної конференції.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 185 сторінках комп’ютерного друку складається зі вступу, 6 розділів, висновків, рекомендацій щодо наукового і практичного використання здобутих результатів, списку використаних джерел (всього 256 найменувань) та додатків. Робота ілюстрована 58 таблицями та 10 рисунками. Бібліографічний опис літературних джерел та додатки викладено на 35 сторінках.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Для рішення поставленої мети і задач було відібрано 100 жінок з невиношуванням вагітності інфекційного генезу в анамнезі за наступними критеріями: наявність в анамнезі одного або більш мимовільних викиднів підряд від того самого статевого партнера; відсутність хромосомних аномалій у каріотипі чоловіка і жінки; відсутність грубих анатомічних дефектів внутрішніх статевих органів (вади розвитку матки, внутрішньоматкові синехії, непрохідність маткових труб); відсутність оперативних утручань на матці (кесарів розтин, ушивання перфораційного отвору, консервативна міомектомія); відсутність виражених соматичних і ендокринних захворювань.

Крім того, у дослідження ввійшли тільки ті жінки, вік яких не перевищував 35 років. Це було зроблено з метою нівелювати вплив вік-залежних факторів на результати дослідження, тому що після 35 років підвищується частота утворення яйцеклітин з аномальними наборами хромосом, зокрема трисомією по 21 і 18 парам хромосом (О.З. Гнатейко, 2001). Комісією з питань біоетики КМАПО ім. П.Л.Шупика протокол № 9 від 06. 06.05. порушень морально-етичних норм при проведенні науково-дослідної роботи не виявлено.

Для виявлення ефективності запропонованих нами лікувально-профілактичних заходів був проведений порівняльний аналіз перебігу вагітності і пологів у трьох групах жінок:

I група (основна) – 50 жінок із загрозливим перериванням вагітності в терміні 18-22 тижні гестації на фоні уrogenітальної інфекції і невиношуванням в анамнезі, що одержували розроблену нами методику;

II група (порівняння) - 50 жінок із загрозливим перериванням вагітності в терміні 18-22 тижня гестації на фоні уrogenітальної інфекції і невиношуванням в анамнезі, що одержували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;

III група (контрольна) – 50 соматично і гінекологічно здорових первовагітних.

На момент обстеження усі жінки знаходилися в другому триместрі вагітності (18-22 тиж.) з явищами загрозливого переривання інфекційного генезу, тобто мав місце запальний процес уrogenітального тракту. При цьому основна група вагітних була зіставлена з групою порівняння по найбільш важливих показниках (термін вагітності, вік, паритет, соціально-економічний стан, генітальна і екстрагенітальна патологія, результат попередніх вагітностей).

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи включали в себе використання за показаннями антибактеріальних препаратів; гормональної терапії, комплексів вітамінів і мікроелементів (В.И. Кулаков и соавт., 2002).

Запропонована нами методика складалася з наступних моментів:

1 етап – предгравідарна підготовка: 6-12 місяців.

- протизапальна терапія;
- гормональна корекція – логест, утрожестан;
- корекція мікробіоценозу статевих шляхів - гравігін, бетадін; мератин-комбіполіжинакс;
- імунокоригуюча терапія – протекфлазид, віферон, плацентоль;
- підготовка статевого партнера – протекфлазид, віферон.

2 етап – до 20 тижнів вагітності:

- гормональна терапія - утрожестан до 12 тижнів, після 12 тиж. - дуфастон;
- корекція мікробіоценозу статевих шляхів - пімафуцин, кандибене після 12 тижнів;
- комплексна метаболічна терапія – кратал, плацентоль;
- антиоксидант – Tri-vi-plus;
- імунокоригуюча терапія - протекфлазид.

Для дослідження стану плода застосовували кардіотоко-графію на апараті „Biomedica” з автоматизованою обробкою результатів. В оцінці стану матки, плаценти, навколоплідних вод, плода застосувалось ультразвукове дослідження на апараті „Toshiba” (О.О. Зелинский и соавт., 2002).

Крім того, всім вагітним проводилося доплерометричне дослідження з оцінкою кривих швидкостей кровотоку в маткових артеріях, судинах пуповини, мозкових артеріях плода, з розрахунком питомого кровотоку систоло-діастолічного співвідношення, індексу пульсації й

індексу резистентності судин. Вимір проводився на цьому ж апараті з використанням абдомінального конвексного датчика 5,3 мГц і фільтри 100 мГц. Для підвищення прогностичної точності доплерографічного дослідження нами використовувалася класифікація порушень матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку, відповідно до якої виділяються три ступені тяжкості гемодинамічних порушень. (А.Н. Стрижаков и соавт., 2002).

У всіх 150 обстежених жінок досліджувався вміст у периферичній крові деяких гормонів: естріолу (Е3); плацентарного лактогену людини (ПЛЛ); кортизолу (К); дегідроепіандростерон-сульфату (ДГЕА-С); тестостерону (Т); 17-оксипрогестерону (17-ОП) і плацентарних білків: плацентарний α 1 мікроглобулін (ПАМГ-1 або PP12); α 2 мікроглобулін фертильності (АМГФ або PP14); трофічний β -глікопротеїд (ТБГ або SP1) і тестостеронестрадіолзв'язуючий глобулін (SSBG). Визначення гормонів і плацентарних білків проводилося як радіоімунологічним, так і імуноферментним аналізом по загальноприйнятих методиках (О.Г. Резников, 2002).

Для більш точної ідентифікації збудників, виключення технічних погрішностей методик, а також з урахуванням основних вимог до методів діагностики (висока чутливість і специфічність, швидкість одержання результатів, нетравматичність для вагітної), нами був використаний ряд діагностичних підходів: мікроскопічний метод (світлова мікроскопія мазків у фарбуванні по Граму і Романовському-Гімза); культуральне виділення збудників і їх типіювання; детекція антигенів різних патогенів за допомогою методів прямої і непрямой імунофлюоресценції з використанням моно- і поліклональних антитіл; серологічні тести (В.А. Анохин, 1999; А.С. Павлюк, 1999).

Статистична обробка отриманих даних виконувалася на комп'ютері IBM PS AT по програмі „MED STAT”, призначеної для обробки результатів медичних і біологічних спостережень. У залежності від типів даних і розв'язуваних задач використовувалися як параметричні, так і непараметричні критерії: критерій χ^2 для аналізу типу розподілу даних (перевірка на нормальний розподіл), однофакторний дисперсійний аналіз із множинними порівняннями по Шеффе, наближений критерій χ^2 для аналізу таблиць спряженості ознак $m \times n$, точний критерій Фішера для аналізу таблиць спряженості 2×2 , двохвибірковий t критерій Ст'юдента, рангова кореляція по Спірмену, багатомірний дискримінантний для двох вибірок (класів). Крім перерахованих методів, використовувалася відома методика Кульбака для оцінки інформативності ознак і їхньої діагностичної цінності. Сумарний діагностичний коефіцієнт Кульбака використовувався для прогнозування в якості перемінної (О.П. Минцер, 2002).

Результати досліджень та їх обговорення. Як свідчать дані сучасної літератури (В.Я. Голота та співавт., 1999; В.М. Запорожан та співавт., 1999; Л.І. Воробей, 2001) до даного часу

сформульовані чіткі представлення про характер етіологічних факторів загрози невиношування вагітності і факторів ризику зазначеної патології. На думку вищевказаних авторів, невиношування частіше розвивається у жінок із множинними вогнищами генітальної й екстрагенітальної інфекції, ендокринною патологією, загальним і статевим інфантилізмом, що протікає на фоні недостатності функції яєчників, а також у жінок, що мають різні вади розвитку статевих органів і пухлини матки (Н.Г. Гойда, 1999; О.М. Мацинін, 2004).

Крім того, немаловажними факторами, що сприяють невиношуванню вагітності, є артіфіційні і мимовільні аборти, наявність різноманітної екстрагенітальної патології (Т.М. Дьоміна, 1999; Л.Г. Назаренко и соавт., 2001). Велике значення серед факторів ризику розвитку загрозового переривання вагітності належить також соціальним і медико-біологічним факторам (Л.Б. Маркін та співавт., 1998; І.А. Жабченко, 2000).

На підставі вищевикладеного ми вважали за доцільне провести аналіз факторів ризику в рамках клінічної характеристики обстежених жінок із загрозою переривання даної вагітності інфекційного генезу і невиношуванням вагітності в анамнезі, а також виявити причини розвитку даної патології, що найчастіше зустрічаються.

З метою одержання достовірних даних при визначенні ефективності застосовуваних нами методів лікування загрозового переривання вагітності інфекційного генезу основна група пацієнток і група порівняння підбиралися з урахуванням їх ідентичності за основними показниками, такими як вік, соціально-економічний, родинний стан, екстрагенітальна патологія й ін.

Як свідчать результати проведених досліджень, середній вік обстежених жінок з невиношуванням в анамнезі склав $27,2 \pm 2,3$ років, а в контрольній - $23,4 \pm 2,1$ років. В основній групі масо-ростовий коефіцієнт склав $36,1 \pm 0,6$ кг/м; у групі порівняння - $36,8 \pm 0,6$ кг/м, а в групі контролю $35,0 \pm 0,2$ кг/м.

Частота супутньої екстрагенітальної патології в основній і порівнюваній групах була досить високою. При цьому, звертає на себе увагу великий відсоток жінок, що часто хворіють (три рази і більш за рік) гострими респіраторними вірусними інфекціями в анамнезі як в основній групі вагітних (38,0 %), так і в групі порівняння (40,0 %). Хронічний тонзиліт зустрічався в 28,0 % пацієнток основної групи, у 26,0 % жінок групи порівняння, хронічний бронхіт і хронічний пієлонефрит був виявлений у 5 разів частіше у пацієнток з невиношуванням в анамнезі, чим у первовагітних жінок групи контролю. Значно частіше зустрічалися захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, пролапс мітрального клапана) у пацієнток основної і порівнюваної груп (16,0 % і 18,0 %) випадках відповідно. Патологія органів шлунково-кишкового тракту, така, як хронічний холецистит, коліт у стадії ремісії, була діагностована в 3 і більш разів частіше в жінок основної і

порівнюваної груп, чим у вагітних групи контролю. Крім того, варикозне розширення вен нижніх кінцівок було виявлено в 12,0 % пацієток з невиношуванням в анамнезі і не зустрічалось в первовагітних жінок.

Необхідно відзначити, що відсутність виражених екстрагенітальних захворювань в обстеженого нами контингенту вагітних пояснюється навмисним виключенням пацієток з тяжкою і середньотяжкою соматичною патологією з груп спостереження, тому що зазначені патології можуть бути самостійними причинами загрозового переривання і невиношування вагітності (Т.М. Дьоміна, 1999; В.М. Сидельникова и соавт., 2000).

Середній вік менархе істотно не відрізнявся у всіх групах і склав відповідно $13,1 \pm 0,23$; $13,3 \pm 0,18$ і $12,6 \pm 0,17$ років ($p > 0,05$). Ранній початок менструацій у віці 11 років спостерігався в одиничних випадках (2,0 %). Однак слід зазначити, що пізніше менархе було відзначено значно частіше у жінок основної і порівнюваної груп, чим у пацієток групи контролю. При аналізі характеру порушень менструальної функції звертає на себе увагу той факт, що різноманітні порушення ритму, тривалості й інтенсивності, що мають місце в 44,0 % вагітних основної групи й у 46,0 % пацієток групи порівняння, зустрічалися в 3 рази частіше, ніж у контрольній групі. Найбільш розповсюдженими формами порушень менструально-оваріальної функції у вагітних основної і порівнюваної груп були альгодисменорея (14,0 % і 16,0 %) і нерегулярний цикл (14,0 % і 12,0 %), рідше зустрічалися мено-метроррагії (по 10,0 %).

На думку багатьох авторів (В.К. Чайка и соавт., 1999; І.С. Сміян та співавт., 2001; А.В. Ткаченко, 2002) важливе значення має початкова генітальна патологія. Відповідно до отриманих нами результатів, хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів (хронічний ендометрит і хронічний сальпінгоофорит) у 6 разів частіше зустрічалися в групах вагітних із загрозою її переривання (16,0 % і 62,0 % для основної групи; 14,0 % і 60,0 % для групи порівняння), чим у групі контролю (0 і 10,0 % відповідно). Проведений нами аналіз свідчить про високу частоту виявлення специфічних і неспецифічних кольпітів в анамнезі у жінок з невиношуванням вагітності в основній групі – 78,0 % і 76,0 % у порівнюваній групі і псевдоерозій шийки матки – 68,0 % і 64,0 % відповідно. Гінекологічна патологія запального генезу в анамнезі у жінок із загрозовим перериванням вагітності зустрічалася в 5,6 разів частіше в порівнянні з групою контролю.

Важливо відзначити, що пацієтки з невиношуванням в анамнезі інфекційного генезу до даної вагітності одержували лікування з приводу запальних захворювань уrogenітального тракту (в основній групі $3,0 \pm 0,4$ рази, у групі порівняння $2,6 \pm 0,3$ рази). Однак, практично половина вагітних з обох груп - 54,0 % жінок з основної групи і 48,0 % пацієток із групи порівняння не відзначали стійкого позитивного ефекту від різноманітних методів лікування запального процесу геніталей.

При аналізі частоти дострокового переривання вагітності шляхом мимовільного абортів нами встановлено, що на одну жінку основної групи приходилося в середньому 1,77 викидня, у групі порівняння цей показник склав 1,79. У 3/4 вагітних основної групи і групи порівняння мало місце звичайне невиношування вагітності. Нами не встановлена статистично достовірна різниця по частоті поширення мимовільних абортів у обстежених нами жінок в основній і порівнюваній групах ($p > 0,05$). Найбільша кількість мимовільних переривань вагітності відбувалося в I триместрі і склала 66,0 %, тоді як цей показник у 2 триместрі склав 34,0 %. Отримані нами дані про частоту переривання вагітності в залежності від терміну гестації у жінок, що страждають невиношуванням вагітності погодяться з даними літератури (Л.І. Воробей, 2001; А.Ю. Щербаков, 2002; W.A. Grobman et al., 2004).

Отже, проведений нами аналіз анамнестичних даних в цілому у жінок з невиношуванням в анамнезі і загрозливим перериванням запального генезу підтвердив наявність у них високого інфекційного індексу. При порівнянні частоти перенесених інфекційних захворювань з показниками контрольної групи виявлено, що достовірно частіше у пацієнок з невиношуванням вагітності зустрічалися хронічний тонзиліт, хронічний бронхіт, пієлонефрит, хронічний холецистит і коліт. Аналізуючи екстрагенітальну захворюваність слід зазначити, що в її структурі переважали захворювання органів дихання і травлення.

Виявлена частота гінекологічної патології у жінок із загрозливим невиношуванням вагітності в цілому відображає запальний генез цієї патології. В анамнезі у пацієнок основної і порівнюваної груп у 5-6 разів частіше мали місце кольпіти специфічної і неспецифічної етіології, псевдоерозії шийки матки і хронічні сальпінгофорити.

Розподіл обстежуваного нами контингенту жінок з невиношуванням вагітності по провідних медико-біологічних і соціально-економічних факторах ризику на двох груп – основна і групи порівняння дозволило в наступному провести повноцінну оцінку ефективності розроблених нами методів діагностики, профілактики і комплексної терапії загрозливого переривання вагітності інфекційного генезу.

В останні роки з'явилася тенденція спрощено представляти запальні захворювання органів малого тазу, в основному, як наслідок інфікування геніталей, що, у свою чергу, породжує невиправдані надії вилікувати їх за допомогою адекватно підібраних антибактеріальних препаратів. При цьому нерідко не враховується стан поєднаних органів, що є передумовою для інфікування геніталей і часто зберігається після курсу антибактеріальної терапії (О.И. Линева и соавт., 1999; Т.М. Дрінь, 2003). У той же час, при нормальній діагностиці й адекватній етіопатогенетичній терапії, підбраної з урахуванням стану поєднаних органів, у першу чергу кишківника, клінічне видужання цілком реальне.

У зв'язку з вищевикладеним у наших дослідженнях і була поставлена задача – визначити „мікробіологічні” фактори ризику загрозливого невиношування вагітності, що враховують паразитоценози урогенітального тракту і поєднаного з малим тазом органу – кишківника. У зв'язку з тим, що дисбактеріози виявлені в 94 % випадків у жінок із хронічними запальними захворюваннями органів малого тазу, як маркери страждання кишківника були обрані паразитарні інвазії, найбільше розповсюджені серед жінок із запальними процесами малого тазу: гостриці, лямблії і токсокари (А.Б. Черномордик, 1983; Т.И. Авдюкина и соавт., 1996).

Резюмуючи власні спостереження про характер паразитоценозів урогенітального тракту жінок з загрозою переривання інфекційного генезу в цілому, необхідно відзначити, що „мікробіологічними” факторами ризику невиношування вагітності у жінок є наявність багатокомпонентного паразитоценозу геніталей із активним анаеробним (*T. Vaginalis*, *M. Hominis*, *Ur. Urealiticum*, анаеробні бактерії), вірусним (CMV, HCV type 1,2, Coxsackieviruses A, B, VEB), грибковим компонентами і *C. Trachomatis*.

У жінок з невиношуванням вагітності інфекційного генезу виявлена висока частота (84,0 %) інфікування хламідіями. Однак, основна частина хламідій (74,0 %) в урогенітальному тракті жінок як здорових, так і з невиношуванням вагітності знаходиться в метаболічно неактивному стані і не може бути причиною передчасного переривання вагітності. Важливо відзначити, що рівень уринарного екскретування хламідій може бути додатковим маркером їхньої метаболічної активності.

В останні роки виявлені тісний взаємозв'язок і взаємозумовленість мікробіоценозів урогенітального і шлунково-кишкового тракту. При цьому, паразитарні інвазії найістотніше впливають на біоценоз шлунково-кишкового тракту, активізацію персистентних інфекцій, стан імунної системи й обмінних процесів організму в цілому (І.Б. Вовк та співавт., 2000; В.С. Мортон и соавт., 2000).

У зв'язку з вищевикладеним ми провели лабораторні дослідження на наявність паразитозів (ентеробіоз, лямбліоз і токсокароз) у жінок, що спостерігаються нами. Результати досліджень свідчать, що частота інвазії гострицями, лямбліями і токсокарами пацієнток із загрозовим невиношуванням вагітності на фоні запальних захворювань урогенітального тракту в 5-7 разів перевищувала показники групи контролю. Це дозволяє вважати, що в активації запального процесу в геніталіях важливу роль відіграють паразитарні інвазії, тому що частота виділення їхній у пацієнток із передчасним перериванням вагітності досить велика.

На нашу думку, при невиношуванні вагітності на фоні запальних захворювань урогенітального тракту необхідно використовувати лабораторні тести двох рівнів: тести першого рівня, скринуючі, для якісної оцінки паразитоценозів, і тести другого рівня, культуральні, для їх кількісної і функціональної характеристики. Тільки при використанні

такої базисної, дворівневої діагностики інфекції у пацієток із запальними процесами репродуктивних органів можна забезпечити „екологічний” підхід до лікування, що є сучасним принципом фармакотерапії.

Отже, як наочно свідчать результати проведених мікробіологічних досліджень, встановлені сучасні аспекти етіології невиношування у жінок із запальними процесами уrogenітального тракту дозволяють обґрунтувати необхідність удосконалення лікувально-профілактичних заходів.

При оцінці клінічного перебігу гестаційного періоду нами розглянуті порівняльні аспекти основних ускладнень у I і II половині вагітності. Так, до 20 тижнів вагітності основним ускладненням у групі порівняння була загроза переривання вагітності, що мала місце в 68,0 %, що набагато вище в порівнянні з контрольною групою (4,0 %). Крім цього, у жінок з невиношуванням інфекційного генезу на порядок вище була частота ранніх токсикозів (40,0 % і 22,0 %); гестаційної анемії (28,0 % і 10,0 %) і гестаційного пієлонефриту (12,0 %). Після 20 тижнів вагітності крім високого рівня загрози переривання вагітності (58,0 % і 6,0 %) слід зазначити і значну частоту ФПН (54,0 % і 10,0 %) і гестаційної анемії (52,0 % і 30,0 %), а також прееклампсії різного ступеня тяжкості (22,0 % і 6,0 %) і гестаційного пієлонефриту (14,0 %). Досить характерним є той факт, що структурі порушень у системі мати-плацента-плід переважає затримка внутрішньо-утробного розвитку плода; гестаційна анемія найчастіше була легкого і середнього ступеня тяжкості, також як і прееклампсія.

Незважаючи на використання загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів у групі порівняння частота мимовільного переривання вагітності склала 20,0 % (10 випадків). Серед основних причин цього ускладнення найчастіше мало місце передчасне відшарування хоріона (50,0 %), що виявляється кровотечами різної інтенсивності. Серед інших варіантів були хоріонамніоніт (30,0 %) і завмерла вагітність (20,0 %).

Отже, отримані клінічні результати вказують на високу частоту переривання вагітності у пацієток групи порівняння, що корелює з результатами проведених мікробіологічних досліджень.

Значне розповсюдження запальних захворювань уrogenітального тракту у вагітних, початкове зниження неспецифічної резистентності, що приводить до тривалої персистенції патогенних збудників в організмі матері і росту частоти внутрішньоутробного інфікування, є причиною зриву адаптації новонароджених, мертвонародження, ранньої захворюваності і смертності (Є.Є. Шунько, 2000; А.Ю. Щербаков, 2002). У зв'язку з цим, нами проводилася антенатальна діагностика стану плода в середині II триместру вагітності (20-24 тижня) і в середині III триместру (30-32 тижня) з використанням ехографії, доплерометрії і

кардіотокографії, а також додаткове вивчення вмісту основних гормонів і плацентарних білків у ці ж терміни і на більш ранніх етапах (10-12 тижнів).

Резюмуючи отримані результати, слід зазначити наявність взаємозв'язку між деякими фетометричними показниками, плацентацією, ОНВ, даними кардіотокографії і доплерометрії, з одного боку, і особливостями паразитоценозів уrogenітального тракту – з іншого боку. Це дозволяє віднести запальні процеси уrogenітального тракту до факторів ризику антенатальних ушкоджень плода. Виявлена нами закономірність є основною для додаткового вивчення вмісту основних гормонів і плацентарних білків, а також планування і корекції лікувальних заходів у зазначеного контингенту вагітних, а також прогнозування найближчих і віддалених перинатальних наслідків.

Розкриття закономірностей зміни гормонів і плацентарних білків у пацієток з невиношуванням інфекційного генезу в анамнезі, дозволить ближче підійти до з'ясування питання про ролі цих показників у діагностиці формування плацентарної недостатності і вчасно коригувати наявні порушення (О.М. Аралов, 2003; Г.Б. Безнощенко и соавт., 2003).

По нашим даним, комплексне визначення гормонів і плацентарних білків, що характеризують з одного боку стан ФПК, а з іншого боку – функціонування яєчників і кори надниркових залоз, дозволило скласти цілісне уявлення про особливості ендокринних взаємин у динаміці вагітності у жінок з невиношуванням інфекційного генезу в анамнезі і виявити найточніші критерії, що дозволяють оцінити внутрішньоутробний стан плода і прогнозувати результат вагітності.

На заключному етапі нами були проаналізовані акушерські і перинатальні результати розродження жінок контрольної групи з невиношуванням інфекційного генезу в анамнезі.

Так, при вивченні структури розродження встановлено, що частота передчасних пологів склала 25,0 %, що набагато перевищує середньостатистичний показник, що мав місце в групі контролю (2,0 %). Основною причиною недоношування у жінок групи порівняння є передчасний розрив плодових оболонок (70,0 %) у порівнянні з активною пологовою діяльністю, що не піддається корекції (20,0 %) і достроковим розродженням у зв'язку з погіршенням стану плода (10,0 %).

Як було уже відзначено, всі пацієтки контрольної групи були розроджені через природні пологові шляхи. У порівнянні з цим, у жінок з невиношуванням інфекційного генезу в анамнезі частота абдомінального розродження склала 25,0 %, у структурі показань до якого найчастіше зустрічалися гострий дистрес плода (50,0 %) і неефективне лікування аномалій пологової діяльності (30,0 %) у порівнянні з одиничними випадками (10,0 %) тяжких форм прееклампсії і клінічно вузького тазу.

При оцінці перинатальних наслідків розродження звертає на себе увагу висока частота асфіксії різного ступеня тяжкості (20,0 %); затримки внутрішньоутробного розвитку плода (22,5 %) і внутрішньоутробного інфікування (17,5 %), при тому, що в контрольній групі ці показники мали місце в одиничних випадках (2,0 % - 6,0 %). Аналогічна закономірність була й у неонатальному періоді з високим рівнем синдрому дихальних розладів (20,0 %) і постгіпоксичної енцефалопатії (17,5 %) і одиничними випадками гіпербілірубінемії і геморагічного синдрому (по 5,0 %).

Таким чином, як показали результати проведених досліджень на попередньому етапі, жінки з невиношуванням інфекційного генезу в анамнезі складають групу високого ризику щодо передчасного переривання вагітності в різні її терміни. Установлені нові аспекти етіопатогенезу даної патології є обґрунтуванням до удосконалення загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів, в основному, етіопатогенетичної спрямованості, що і буде докладно освітлено в наступному розділі наших наукових досліджень.

Велике число рекомендацій з лікування загрозового переривання вагітності на фоні запальних захворювань уrogenітального тракту, що мають в арсеналі практичного лікаря, зв'язано з тим фактом, що зазначена патологія є поліетіологічною і протікає по різним патогенетичним варіантам (Т.М. Дьоміна, 1999; А.Ю. Щербаков, 2002; Т.М. Дрінь, 2003). Стандартні традиційні методи надання лікувально-діагностичної допомоги не відображають повною мірою поліетіологічність патології, наявність складних паразитоценозів уrogenітального тракту жінок при невиношуванні вагітності. При лікуванні загрозового невиношування вагітності інфекційного генезу не враховується наявність „лідуючих” патогенів, а також потенціуючого впливу великого числа мікроорганізмів, що знаходяться в метаболічно неактивному стані. Це послужило підставою для розробки нового поетапного підходу до рішення поставленої наукової задачі.

Безумовно, одним з основних ушкоджень ефективності запропонованих лікувально-профілактичних заходів є клінічний перебіг гестаційного періоду (В.Я. Голота та співавт., 1999; Л.І. Воробей, 2001). Як наочно свідчать отримані результати в основній групі були відсутні тяжкі форми ранніх токсикозів, а рівень легких і середніх форм була істотно нижче (основна група – 26,0 % і порівняння – 68,0 %). Крім того, у 2 рази рідше зустрічалася гестаційний пієлонефрит (основна група – 6,0 % і порівняння – 12,0 %). Серед основних особливостей II половини вагітності слід зазначити зменшення частоти, практично, всіх ускладнень гестаційного періоду: прееклампсії (основна група – 22,0 % і порівняння – 10,0 %); загрози переривання вагітності (основна група – 58,0 % і порівняння – 24,0 %); ФПН (основна група – 54,0 % і порівняння – 32,0 %); гестаційної анемії (основна група – 52,0 % і порівняння – 40,0 %) і гестаційного пієлонефриту (основна група – 14,0 % і порівняння – 6,0 %). Як

наслідок такої істотної різниці знизилася частота мимовільного переривання вагітності в основній групі в 3,3 рази, а основні причини цього ускладнення були рівномірно розподілені між собою.

Отже, запропонована нами поетапна лікувально-профілактична методика з урахуванням всіх особливостей етіопатогенезу невиношування на фоні запальних захворювань уrogenітального тракту дозволяє істотно знизити частоту основних ускладнень і репродуктивних утрат до 28 тижнів вагітності.

У структурі розродження жінок із запальними захворюваннями уrogenітального тракту, що одержували різні лікувально-профілактичні методики слід зазначити істотне зниження частоти передчасних пологів (з 25,0 % до 8,5 %), хоча основною причиною недоношування в обох групах був передчасний розрив плодових оболонок (70,0 % і 50,0 % відповідно). До позитивних моментів запропонованої методики ми відносимо і зменшення рівня абдомінального розродження більш ніж у 2 рази (з 25,0 % до 10,5 %), хоча структура показань між собою не відрізнялася.

При оцінці перинатальних наслідків розродження слід зазначити зниження частоти асфіксії новонароджених (з 20,0 % до 10,5 %); затримки внутрішньоутробного розвитку плода (з 22,5 % до 10,5 %) і внутрішньоутробного інфікування (з 17,5 % до 6,3 % відповідно). Аналогічна закономірність відзначена нами в постнатальному періоді.

Підтвердженням клінічної ефективності запропонованої нами методики є результати проведених мікробіологічних, ендокринологічних, біохімічних і функціональних методів дослідження.

Таким чином, у результаті проведеного клініко-лабораторного, функціонального і статистичного аналізу результату вагітності і пологів у розглянутих групах жінок стає очевидним перевага запропонованих методів діагностики і етіопатогенетичної терапії загрозливого переривання вагітності на фоні запальних захворювань уrogenітального тракту в порівнянні з загальноприйнятим лікуванням.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукового завдання – зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з невиношуванням і запальними захворюваннями уrogenітального тракту на основі вивчення в них клініко-мікробіологічних і функціональних особливостей та розробки і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.

1. Провідними факторами ризику розвитку загрозливого переривання вагітності у жінок з невиношуванням запального генезу є наявність в анамнезі інфекційної соматичної патології – гострі респіраторні вірусні інфекції з частотою три рази в рік і більш (38,0 %); хронічні

тонзиліт (28,0 %), бронхіт (28,0 %), пієлонефрит (30,0 %), гастрит (30,0 %), коліт (30,0 %) і хронічних запальних захворювань геніталей – кольпіт (78,0 %), псевдоерозія шийки матки (66,0 %) і сальпінгоофорит (62,0 %).

2. Найчастішими ускладненнями гестаційного періоду у жінок із запальними захворюваннями уrogenітального тракту і невиношуванням в анамнезі є загрозливе переривання вагітності в ранніх термінах (68,0 %), ранній токсикоз вагітних легкої і середньотяжкої форми (40,0 %), фетоплацентарна недостатність (54,0 %), зміна об'єму навколоплідних вод (28,0 %) і низька плацентажія (32,0 %). Частота мимовільного переривання вагітності складає 20,0 %.

3. Установлено, що „мікробіологічними” факторами ризику у жінок з невиношуванням вагітності запального генезу є наявність в уrogenітальному тракті змішаного паразитоценозу, представленого активними анаеробним (*T.Vaginalis*, *M.Hominis*, *Ur.Urealiticum*), вірусним (CMV, HCV type 1,2, *Coxsackieviruses A,B*) і грибовим компонентами, а також високим рівнем інвазії лямбліями (40,0 %), токсокарами (28,0 %) і гострицями (26,0 %).

4. Стан ФПК у жінок з невиношуванням запального генезу в анамнезі характеризується високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку плода (42,0 %); порушеннями гемодинаміки в системі мати-плацента-плід (56,0 %); зниженням вмісту основних гормонів (ПЛЛ, Ез, К, ДГЕА-С і 17-ОП) і плацентарних білків (SP1 і PP14).

5. Розродження жінок з невиношуванням запального генезу характеризується високим рівнем передчасних пологів (25,0 %); абдомінального розродження (25,0 %); асфіксії новонароджених (20,0 %); внутрішньоутробного інфікування (17,5 %) і постгіпоксичної енцефалопатії.

6. Використання запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту мимовільного переривання вагітності в 3,3 рази; передчасних пологів у 2,9 рази; асфіксії новонароджених у 2 рази; внутрішньоутробного інфікування в 2,8 рази і постгіпоксичної енцефалопатії в 2,1 рази.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

З метою зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з невиношуванням запального генезу в анамнезі необхідно використовувати:

1 етап – предгравідарна підготовка 6-12 місяців: протизапальна терапія; гормональна корекція – логест, утрожестан; корекція мікробіоценозу статевих шляхів - гравагін, бетадін;

мератин-комбіполіжинакс; імуноко-ригуюча терапія – протекфлазид, віферон, плацентоль; підготовка статевого партнера – протекфлазид, віферон.

2 етап – до 20 тижнів вагітності: гормональна терапія - утрожестан до 12 тижнів, після 12 тиж. - дуфастон; корекція мікробіоценозу статевих шляхів - пімафуцин, кандибене після 12 тижнів; комплексна метаболічна терапія – кртал, плацентоль; антиоксидант – Tri-vi-plus; імунокоригуюча терапія - протекфлазид.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Заяц-Кахновец О.И. Особенности этиопатогенетического лечения невынашивания беременности у женщин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта // Зб. наук. праць “Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики”. – Київ-Луганськ, 2005. – Вип.12. – С. 49-53.

2. Заяц-Кахновец О.И. Тактика ведення жінок з високим ризиком невиношування вагітності // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2004. – Вип.13, кн. 6. – С. 83-87.

3. Заяц-Кахновец О.И. Профилактика невынашивания у женщин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 1 (21). – С. 53-56.

4. Заяц-Кахновец О.И. Особенности невынашивания беременности у женщин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта // Тез. докл. научн.-практ. конф. “Актуальные вопросы репродуктологии”. – Репродуктивное здоровье женщины. – 2004. – № 2 (18). – С. 162.

АНОТАЦІЯ

Заяц-Кахновець О.І. Профілактика невиношування у жінок із запальними захворюваннями урогенітального тракту. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України. Тернопіль, 2005.

Наукова робота присвячена зниженню частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з невиношуванням і запальними захворюваннями урогенітального тракту в анамнезі на підставі вивчення особливостей мікробіологічного статусу і функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також удосконалення комплексу лікувально-профілактичних

заходів. Встановлені основні «мікробіологічні» чинники ризику невиношування вагітності, що враховують наявність складного багатокомпонентного паразитоценозу уrogenітального і шлунково-кишкового тракту. Запропоновано методи контролю за клінічним перебігом вагітності та функціональним станом фетоплацентарного комплексу. Розроблені і впроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з невиношуванням на фоні запальних захворювань уrogenітального тракту в анамнезі на підставі удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: невиношування, профілактика, запальні захворювання уrogenітального тракту.

THE SUMMARY

Zajats-Kahnovets O.I. Preventive maintenance incompetent at women with inflammatory diseases urogenital a path. – Manuscript.

Thesis for a degree of candidate of medical sciences by specialty 14.01.01 – obstetric and gynecology. – I.Ya. Gorbachevsky Ternopol Medical University of Health of Ukraine. Ternopol, 2005.

Scientific work is devoted to decrease in frequency obstetrical and perinatal complications at women with incompetent and inflammatory diseases urogenital a path in the anamnesis on the basis of studying features of the microbiological status and functional a condition fetoplacental a complex, and also improvement of a complex of treatment-and-prophylactic actions. The basic "microbiological" risk factors incompetent the pregnancy, taking into account presence complex multicomponent parazitocenose urogenital and a gastroenteric path are established. A quality monitoring behind clinical current of pregnancy that a functional condition fetoplacental a complex are offered. Practical recommendations on decrease in frequency obstetrical and perinatal complications at women with incompetent on a background of inflammatory diseases urogenital a path in the anamnesis are developed and introduced on the basis of use stage-by-stage etiopatogenetical the approach.

Key words: incompetent, preventive maintenance, inflammatory diseases urogenital a path.

АННОТАЦИЯ

Заяц-Кахновец О.И. Профилактика невынашивания у женщин с воспалительными заболеваниями уrogenітального тракта. - Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины. Тернополь, 2005.

Научная работа посвящена снижению частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин с невынашиванием и воспалительными заболеваниями урогенитального тракта в анамнезе на основе изучения особенностей микробиологического статуса и функционального состояния фетоплацентарного комплекса, а также усовершенствования комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Научная новизна проведенных исследований заключается в том, что впервые установлено наиболее распространенные типы вирусно-микробных ассоциаций, а также их сочетание с самыми простыми, грибковыми микроорганизмами и паразитарной инвазией в генезе невынашивания у женщин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта. Впервые установлена взаимосвязь между акушерскими и перинатальными последствиями родоразрешения, паразитоценозами полового тракта, паразитарной инвазией, концентрацией гормонов и плацентных белков и изменениями функциональных показателей системы мати-плацента-плод у женщин с невынашиванием на фоне воспалительных заболеваний урогенитального тракта в анамнезе. Это позволило расширить имеющиеся данные о патогенезе невынашивания, а также научно обосновать необходимость усовершенствования лечебно-профилактических мероприятий.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ведущими факторами риска развития угрожающего прерывания беременности у женщин с невынашиванием воспалительного генеза являются наличие в анамнезе инфекционной соматической патологии – острые респираторные вирусные инфекции с частотой три раза в год и более (40,0 %); хронические тонзиллит (28,0 %), бронхит (28,0 %), пиелонефрит (30,0 %), гастрит (30,0 %), колит (30,0 %) и хронических воспалительных заболеваний гениталий – кольпит (78,0 %), псевдоэрозия шейки матки (66,0 %) и сальпингоофорит (62,0 %). Наиболее частыми осложнениями гестационного периода у женщин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта и невынашиванием в анамнезе являются угрожающее прерывание беременности в ранних сроках (68,0 %), ранний токсикоз беременных легкой и среднетяжелой формы (40,0 %), фетоплацентарная недостаточность (54,0 %), изменение объема околоплодных вод (28,0 %) и низкая плацентация (32,0 %). Частота самопроизвольного прерывания беременности составляет 20,0 %. Установлено, что «микробиологическими» факторами риска у женщин с невынашиванием беременности воспалительного генеза является наличие в урогенитальном тракте смешанного паразитоценоза, представленного активными анаэробным (*T.Vaginalis*, *M.Hominis*, *Ur.Urealiticum*), вирусным (CMV, HCV type 1,2, Coxsackieviruses A,B) и грибковым компонентами, а также высоким уровнем инвазированности лямблиями (40,0 %), токсокарами (28,0 %) и острицами (26,0 %). Состояние фетоплацентарного комплекса у женщин с невынашиванием воспалительного генеза в анамнезе характеризуется высокой

частотой задержки внутриутробного развития плода (42,0 %); нарушениями гемодинамики в системе мать-плацента-плод (56,0 %); снижением содержания основных гормонов (ПЛЛ, Ез, К, ДГЕА-С и 17-ОП) и плацентарных белков (SP1 и PP14). Родоразрешение женщин с невынашиванием воспалительного генеза характеризуется высоким уровнем (25,0 %) преждевременных родов; абдоминального родоразрешения (25,0 %); асфиксии новорожденных (20,0%); внутриутробного инфицирования (17,5 %) и постгипоксической энцефалопатии. Использование предлагаемого комплекса лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту самопроизвольного прерывания беременности в 3,3 раза; преждевременных родов в 2,9 раза; асфиксии новорожденных в 2 раза; внутриутробного инфицирования в 2,8 раза и постгипоксической энцефалопатии в 2,1 раза.

Ключевые слова: невынашивание, профилактика, воспалительные заболевания урогенитального тракта.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АП – артерія плода;

ДГЕА-С –дегідроепіандростерон сульфат;

ДРП – дихальні рухи плода;

ЕЗ – естріол;

ІР – індекс резистентності;

К – кортизол;

КТГ – кардіотокографія;

МА – маткові артерії;

ОНВ – об'єм навколоплідних вод;

ПЛЛ – плацентарний лактоген людини;

РАП – рухова активність плода;

САМ – середньомозкова артерія;

СДВ КШК – систолічне-діастолічне відношення кривих швидкостей кровотоку;

СП – структура плаценти;

ТП – тонус плода;

УЗД - ультразвукове дослідження;

ХГ – хоріонічний гонадотропін;

ФПН – фетоплацентарна недостатність;

ФПК – фетоплацентарний комплекс;

ЦМВ – цитомегаловірус;

17-ОП – 17-оксипрогестерон;

PP12 (ПАМГ-1) – плацентарний α 1 мікроглобулін;

PP14 (АМГФ) – α 2 мікроглобулін фертильності;

SP1 (ТБГ) – трофобластичний β -глікопротеїд;