В Республике Беларусь отмечаются негативные сдвиги в состоянии репродуктивного здоровья женского населения:

– увеличивается число осложнений беременности и родов,

– растет гинекологическая заболеваемость,

– остается на высоком уровне венерическая заболеваемость.

Остро стоит проблема заболеваемости молодежи ИППП.

В последние годы среди инфекций, передаваемых половым путем, на первое место вышли микоплазмы, а среди них Ureaplasma Urealyticum. При достижении половой зрелости колонизация урогенитального тракта генитальными микоплазмами происходит при половых контактах и коррелирует с числом половых партнеров. Частота колонизации уреаплазмами мочеполовых органов у женщин составляет до 80%. Микоплазмоз как моноинфекция встречается в 12-18% случаев воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, в ассоциации с другими микроорганизмами – в 87-90%, с хламидиями – в 25-30% случаев. Женщины наиболее часто являются бессимптомными носителями уреамикоплазменной инфекции, также инфекция может протекать и в скрытой форме. Во время беременности частота обнаружения микоплазм увеличивается в 1,5-2 раза и достигает 40-50%. Можно предположить, что более частое обнаружение U. Urealyticum у беременных зависит либо от гормонального фона, либо вследствие изменения иммунологической реактивности макроорганизма, что создает благоприятные условия для активации латентной уреамикоплазменной инфекции. Во время беременности увеличивается риск развития гестационных осложнений, снижается качество внутриутробного развития плода, что приводит к снижению здоровья новорожденных.

**Цель** изучить анамнез женщин с уреамикоплазменной инфекцией

**Материалы и методы** ретроспективный анализ 30 историй родов беременных с уреамикоплазменной инфекцией и 30 историй родов беременных без указанной патологии, – группа сравнения.

**Результаты**

По возрастной структуре беременные в обеих группах были распределены следующим образом:

– до 18 лет – 6,6±4,5%

– 18–26 лет – 53,3±9,1%

– старше 26 лет – 12,4±8,9%

Частота экстрагенитальных заболеваний в основной и контрольной группе была приблизительно одинаковой и составила 33,3±8,6% и 30,0±8,4% соответственно.

Наиболее часто встречались:

– хронический гастрит

– хронический пиелонефрит

– пролапс митрального клапана I степени

– нейроциркуляторная дистония по гипо- и гипертоническому типу.

Результаты исследования приведены в таблице:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Экстрагенитальная патология | | Основная группа  n=30 | Группа сравнения  n=30 |
| Эндокринная система | Диффузный зоб, эутироз | 1 | 2 |
|  | Гипоплазия щитовидной железы, эутироз | 1 | 0 |
| Органы пищеварения | Хр.гастрит | 7 | 4 |
| Сердечнососудистая система | пролапс митрального клапана I ст. | 3 | 2 |
|  | Нейродисциркуляторная дистония | 5 | 11 |
| Органы дыхания | Хр.бронхит | 1 | 1 |
| Мочевыделительная система | Хр. пиелонефрит | 4 | 3 |
| Органы зрения | Миопия высокой степени | 1 | 0 |

Анализ гинекологического статуса выявил такие заболевания половой системы, как эрозия шейки матки, кольпит, эндоцервицит, хр. аднексит, патология молочной железы. В основной группе это составило 43,3±9,1%, в контрольной – 46,7±9,1%. Кроме того, в основной группе в 6,6±4,5% наблюдалось бесплодие.

Результаты исследования представлены в таблице:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заболевание | Основная группа  n=30 | Группа сравнения  n=30 |
| Эрозия шейки матки | 8 | 4 |
| кольпит | 2 | 3 |
| Эндоцервицит | 1 | 0 |
| Бесплодие | 2 | 0 |
| Хр.аднексит | 3 | 2 |
| Мастопатия | 1 | 0 |
| Фиброаденома молочной железы | 0 | 1 |
| Экзостоз крестца | 0 | 1 |

Из акушерского анамнеза необходимо отметить наличие неразвивающихся беременностей, выкидышей, медицинских абортов, вакуум-аспираций, анте- и интранатальную гибель плодов в обеих группах исследования.

Результаты приведены в таблице:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Акушерский анамнез | Основная группа  n=30 | Группа сравнения  n=30 |
| Неразвивающаяся беременность | 1 | 1 |
| выкидыши | 2 | 0 |
| Медицинский аборт | 1 | 3 |
| Вакуум-аспирация | 5 | 4 |
| Прерывание беременности по медицинским показаниям | 0 | 1 |
| Интранатальная гибель плода | 1 | 0 |
| Антенатальная гибель плода | 0 | 1 |

Первородящие женщины в группах исследования составили 66,6±8,6%. Среди них:

– юные первородящие – 6,6±4,5%,

– возрастные первородящие -16,6±6,8%.

Повторные роды были у 33,3±8,6% женщин.

Проводя анализ течения настоящей беременности, следует отметить, что наиболее частыми осложнениями в основной группе женщин, по сравнению с контрольной, явились:

– угроза прерывания,

– многоводие,

– холестатический гепатоз беременных,

– врожденные пороки развития,

– анемия I ст..

Гестационный пиелонефрит, маловодие, хроническая внутриматочная гипоксия плода, синдром задержки развития плода встречались примерно в одинаковом соотношении.

Результаты исследования представлены в таблице.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Осложнения беременности | Основная группа  n=30 | Группа сравнения  n=30 |
| Угроза 1 триместр | 4 | 3 |
| Угроза 2 триместр | 4 | 4 |
| Угроза 3 триместр | 5 | 2 |
| Анемия 1 ст. | 15 | 11 |
| Многоводие | 4 | 0 |
| маловодие | 4 | 3 |
| Гест. пиелонефрит | 8 | 9 |
| ХВМГП, СЗРП | 5 | 6 |
| Холестатический гепатоз беременных | 1 | 0 |
| Врожденные пороки развития | 3 | 0 |

Роды в срок в основной и контрольной группе осуществлены в 90,0±5,5% и 93,3±4,5% случаев. Преждевременные роды были у 10,0±5,4% основной группы и 6,7±4,5% контрольной.

Анализируя своевременность вскрытия плодных оболочек, необходимо отметить, что:

– в основной группе беременных чаще происходило преждевременное излитие околоплодных вод по сравнению с контрольной группой женщин,

– своевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 53,3±9,1% основной группы и 73,3±8,0% контрольной.

Кроме этого в основной группе исследования в родах наблюдались такие осложнения, как первичная и вторичная родовая слабость, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, плотное прикрепление плаценты.

Результаты исследования приведены в таблице:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Осложнения в родах | Основная группа  n=30 | Группа сравнения  n=30 |
| Первичная родовая слабость | 4 | 2 |
| Вторичная родовая слабость | 1 | 0 |
| Слабость потуг | 1 | 1 |
| Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты | 1 | 0 |
| Плотное прикрепление плаценты | 1 | 0 |

Течение послеродового периода женщин с выявленной уреамикоплазменной инфекцией осложнилось субинволюцией матки, развитием лохиометра, гематометра.

Послеродовый период контрольной группы протекал без осложнений.

Асфиксия новорожденного умеренной степени наблюдалась с одинаковой частотой в обеих группах исследования – 13,3±6,2%.

Патологией раннего неонатального периода явились двухсторонняя аспирационная пневмония, асфиксия новорожденного умеренной степени, неонатальная желтуха, врожденные пороки развития, церебральная депрессия новорожденного.

Результаты исследования приведены в таблице:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Патология раннего неонатального периода | Основная группа  n=30 | Группа сравнения  n=30 |
| 2 Двухсторонняя аспирационная пневмония | 1 | 1 |
| Церебральная депрессия новорожденного | 0 | 1 |
| Врожденные пороки развития | 3 | 0 |
| Асфиксия новорожденного умеренной степени | 1 | 1 |

Как видно из таблицы, уреамикоплазменная инфекция увеличивает риск развития ВПР плода и новорожденного.

**Выводы**

Таким образом, можно отметить, что уреамикоплазменная инфекция оказывает патологическое влияние на:

1. течение беременности, которая осложняется угрозой прерывания, многоводием. Высок риск преждевременного излития околоплодных вод, что в свою очередь создает благоприятные условия для дополнительного проникновения восходящей инфекции и инфицирования плода.
2. течение родов, что проявляется наиболее частым развитием первичной и вторичной родовой слабости, увеличивая риск родового травматизма матери и ребенка. При уреамикоплазменной инфекции возрастает риск развития такого грозного осложнения, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Нередко бывает ее плотное прикрепление.
3. течение послеродового периода. В послеродовом периоде чаще наблюдаются субинвалюция, лохиометра, гематометра.
4. увеличивает риск возникновения врожденных пороков развития плода и новорожденного.

Все это придает данной инфекции медико-социальную значимость, позволяет рассматривать урогенитальные микоплазмы как абсолютные патогены, приводящие к системным изменениям в организме матери, плода и новорожденного. Выявление урогенитальных микоплазм определяет необходимость обследования и проведения комплексной терапии уромикоплазменной инфекции как во время беременности, так и на этапе подготовки к ней, что позволит снизить число осложнений беременности, родов, послеродового периода и перинатальной патологии.

**Литература**

1. Арестова И.М. Генитальные инфекции и беременность / И.М. Арестова, С.М. Занько, П.С. Русакевич – М., 2003 – 236 с.
2. Внутриутробная инфекция: учеб. пособие / Е.И Барановская и др. – Мн.: Тесей, 2005. – 112 с.
3. Кошелева Н.Г. Беременность и ее исход при наличии Ureaplasma Urealyticum в мочеполовой системе женщины, профилактика и лечение / Н.Г. Кошелева // Российский вестник акушера – гинеколога. – 2006. – №5 – с. 43 – 46.
4. Лысенко К.А. Перинатальные аспекты микоплазменной инфекции / К.А. Лысенко, В.Л. Тютюнник // Акушерство и гинекология. – 2007. – №4 – с. 8–11.
5. Пересада О.А. Влияние инфекционной патологии в акушерстве и гинекологии на состояние репродуктивного здоровья женщин Республики Беларусь и пути его улучшения / О.А. Пересада // Медицина. – 2005. – №4 с. 34–36.
6. Прилепская В.И. Микоплазменная инфекция и беременность / В.И. Прилепская, И.Ю. Фофанова // Акушерство и гинекология. – 2007. – №4 – с. 5–8.
7. Раковская И.В. Микоплазмы человека и микоплазменные инфекции / И.В. Раковская // Клиническая лабораторная диагностика. – 2005. – №3 с. 25–34.
8. Савичева А.М. Роль микоплазм в урогенитальной патологии женщин и их половых партнеров / А.М. Савичева, В.Н. Прилепская, Е.В. Соколовский, В.И. Кисина // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – №1 – с. 11–22
9. Скрипкин Ю.К. Инфекции, передаваемые половым путем: Практическое руководство. / Ю.К. Скрипкин, Г.Я. Шарапова, Г.Д. Селисский. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 368.