

2000-166

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ**

На правах рукописи

УДК 616-053.31: 616-022.1

Ботбаева Жанар Болотовна

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ
ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ**

(14.00.09. - Педиатрия)

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек -2000

Работа выполнена в Кыргызском научно-исследовательском институте акушерства и педиатрии

Научный руководитель: заслуженный деятель науки КР, член-корреспондент НАН КР, доктор медицинских наук, профессор
Д.К.Кудаяров

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Т.К.Чувакова

доктор медицинских наук
Р.Д.Алымкулов

Ведущая организация: Научный Центр педиатрии и детской хирургии Агентства по делам здравоохранения Республики Казахстан (г.Алматы)

Защита диссертации состоится 23 ноября 2000г. на заседании диссертационного совета Д.14.00.111 в Кыргызском Научно-исследовательском Институте Акушерства и Педиатрии по адресу Бишкек, Тоголок Молдо, 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии.

Автореферат разослан 22 октября 2000г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

А.Б.Фуртикова

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Одной из актуальных проблем современной перинатологии и неонатологии является внутриутробное инфицирование плода. Частота его колеблется от 6 до 53%, достигая 70% среди недоношенных детей (Сидорова И.С., Черниенко И.Н., 1998). Внутриутробные инфекции занимают 2-е место в структуре перинатальной смертности и являются одной из ведущих причин заболеваемости и инвалидизации детей (Дэвис П.А., Готефорс Л.А., 1987; Тареева Т.Г., Федорова М.В. и др., 1994; Лаврова Д.Б., Самсыгина Г.А. и др., 1997; Башмакова Н.В., Заварзина Л.П. и др., 1998). По г.Бишкек за период 1990-1997гг. внутриутробные инфекции в структуре перинатальной смертности среди доношенных новорожденных занимали 1-е место (26,9%), среди недоношенных - 3-е место (12,2%) (Шаршенов А.К., Громова З.З. и др., 1999).

В последнее время изменилась структура инфекционной заболеваемости беременных, а также плода и новорожденного. Резко возросла роль возбудителей заболеваний, передаваемых половым путем (хламидий, уреаплазм, микоплазм), вирусной инфекции (вирус простого герпеса, цитомегаловирус), анаэробной инфекции и грибов (Самсыгина Г.А., 1997; Сидорова И.С., Черниенко И.Н., 1998; Серов В.Н., 1999). Заболеваемость сифилисом в Кыргызской Республике за период 1990 по 1997 год увеличилась в 80 раз (Касиев Н.К., 1998), а по городу Бишкек - более чем в 140 раз (Башмакова Л.Н., 1998). До 1995 года в республике случаи врожденного сифилиса были крайне редкими, в 1995 году зарегистрировано 14 случаев данной патологии у новорожденных, а в 1999 году - 93 (МЗ КР, 2000).

Частота инфицирования хламидиями беременных женщин, по данным отечественных исследователей, колеблется от 7,5% до 27,5% (Иманказиева Ф.И., Замулина Л.И., 1997; Алайдарова Ж.С., 1999). По результатам исследований, проведенных в Кыргызском НИИ акушерства и педиатрии, распространенность микоплазменной инфекции среди беременных составила 28,9% (Рыбалкина Л.Д., Колодин А.В. и др., 1999).

Несмотря на высокую частоту перинатальной патологии при заболеваниях, передаваемых половым путем, имеется реальная возможность ее снижения. Для этого необходима стратегия оптимального ведения беременных из группы высокого риска по внутриутробному инфицированию плода, которая включает скрининг-

программу обследования, своевременное лечение осложнений беременности и профилактику антенатальных инфекций плода.

Количество детей с выраженными последствиями перинатальных инфекций в виде текущего патологического процесса, остаточных явлений и стойких врожденных структурных дефектов значительно превосходит число диагностированных инфекций в период новорожденности. Достоверных данных об истинной распространенности перинатальных инфекций нет, однако, какой бы ни была их частота, нет сомнений в том, что поражение ими детей создает серьезные социально-экономические проблемы, так как во многих случаях эти люди нуждаются в помощи на протяжении всей жизни. Поэтому для совершенствования подходов к диагностике и лечению внутриутробных инфекций крайне важны катамнестические обследования детей.

Актуальность и социальная значимость проблемы внутриутробных инфекций требуют дальнейшего ее изучения с целью уточнения степени риска инфицирования новорожденных, частоты формирования персистенции инфекции у детей и развития в дальнейшем отдаленной патологии, связанной с внутриутробной инфекцией.

Цель исследования. Оценить состояние здоровья новорожденных, особенности течения периода ранней неонатальной адаптации при внутриутробном инфицировании возбудителями заболеваний, передаваемых половым путем (урогенитальный уреоплазмоз, хламидиоз, сифилис), для разработки мероприятий по устранению их неблагоприятного воздействия на новорожденного.

Задачи исследования:

1. Изучить клинико-иммунологические особенности течения периода новорожденности младенцев, родившихся от матерей с заболеваниями, передаваемыми половым путем (урогенитальный уреоплазмоз, хламидиоз, сифилис).
2. Определить эффективность антенатальной антибактериальной терапии заболеваний, передаваемых половым путем, в отношении состояния здоровья новорожденных.
3. Оценить ближайшие и отдаленные последствия внутриутробного инфицирования у детей, родившихся от матерей с уrogenитальным уреоплазмозом и хламидиозом.

Научная новизна.

- Впервые в республике доказано неблагоприятное влияние заболеваний, передаваемых половым путем (урогенитального уреаплазмоза, хламидиоза, сифилиса), на состояние здоровья новорожденных, их клинико-иммунологическую адаптацию, физическое развитие и заболеваемость.
- Определена высокая степень риска внутриутробного инфицирования новорожденных при уrogenитальном уреаплазмозе, хламидиозе, сифилисе.
- Установлено положительное влияние антенатальной антибактериальной терапии заболеваний, передаваемых половым путем, на перинатальные исходы.
- Доказано, что для детей с внутриутробным инфицированием на первом году жизни характерна высокая частота заболеваний органов дыхания, лор-органов, перинатальной патологии ЦНС.

Практическая значимость.

- Высокая частота внутриутробного инфицирования новорожденных, генерализация инфекционного процесса свидетельствуют о необходимости выделения в группы высокого риска новорожденных, родившихся от матерей с заболеваниями, передаваемыми половым путем (урогенитальный уреаплазмоз, хламидиоз, сифилис). В связи с этим целесообразно привлечь внимание неонатологов к этой категории детей с целью их раннего выявления и своевременного лечения.
- Положительное влияние специфического лечения заболеваний, передаваемых половым путем, во время беременности на перинатальные исходы является основанием для проведения антенатальной антибактериальной терапии.
- Результаты отдаленного влияния заболеваний, передаваемых половым путем, на заболеваемость детей свидетельствуют о необходимости их комплексного диспансерного наблюдения с привлечением специалистов различного профиля.

Положения, выносимые на защиту:

1. Генерализованная внутриутробная инфекция, вызванная возбудителями заболеваний, передаваемых половым путем (урогенитальный уреаплазмоз, хламидиоз, сифилис), характеризуется неспецифичностью, полиморфностью и многообразием клинической

картины, с поражением ЦНС (96,8%), легочной системы (70,9%), сердечно-сосудистой (87,1%), желудочно-кишечного тракта (77,4%). Характерными симптомами врожденного сифилиса являются: гепатомегалия, спленомегалия, сифилитическая пузырьчатка.

2. У детей с внутриутробным инфицированием отмечается патологическое течение периода ранней неонатальной адаптации.

3. Антенатальная антибактериальная терапия заболеваний, передаваемых половым путем, оказывает благоприятное влияние на развитие плода и течение периода адаптации новорожденных.

Внедрение в практику. Метод иммунофлюоресцентной диагностики внутриутробного инфицирования новорожденных уреаплазмами и хламидиями внедрен в отделение физиологии, патологии и интенсивной терапии клинического родильного дома КНИИ акушерства и педиатрии. Результаты данной работы используются на семинарах, лекциях, проводимых для врачей педиатров и неонатологов республики.

Апробация работы. Основные положения работы доложены и обсуждены на научно-практической конференции "Вопросы здоровья матери и ребенка в современных условиях" (г.Бишкек, 1999), заседаниях акушерского отдела, Ученого Совета Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии (г.Бишкек, 2000).

Структура диссертации. Работа изложена на 142 страницах. Состоит из введения, обзора литературы, главы, характеризующей материалы и методы исследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и приложения. Список литературы включает в себя 102 отечественные публикации и 74 зарубежные работы. Диссертация иллюстрирована 24 таблицами и 18 рисунками.

Методы и объем исследований

Под нашим наблюдением находилось 166 новорожденных, родившихся в клиническом родильном доме КНИИ акушерства и педиатрии. Набор клинического материала проводился в отделении физиологии, патологии и интенсивной терапии новорожденных детей.

Группу здоровых детей составили 30 новорожденных, родившихся от матерей с физиологическим течением беременности.

Основную группу составили 136 новорожденных от матерей, у которых во время беременности выявлены возбудители заболеваний, передаваемых половым путем. 41 новорожденный родились от матерей с урогенитальным уреоплазмозом, 25 - от матерей с хламидиозом, 28 - от матерей, у которых диагностирована сочетанная уреоплазмохламидийная инфекция, и были выделены другие возбудители заболеваний, передаваемых половым путем (трихомонады, грибы рода *Candida*), и 42 новорожденных, у матерей которых во время беременности диагностирован сифилис.

Матери 61 младенца во время беременности получили этиотропное лечение заболеваний, передаваемых половым путем. Специфическое лечение проводилось после 12 недель беременности, когда завершен органогенез и назначение антибиотиков наиболее безопасно для формирования и развития плода. Санация урогенитального уреоплазмоза и хламидиоза проводилась антибиотиками группы макролидов (эритромицин по 0,25г 4 раза в день внутрь в течение 7 дней), сифилиса - бензилпенициллином в дозировке, соответствующей стадии заболевания.

Проведено катamnестическое наблюдение за 56 младенцами: 14 здоровыми и 42 от матерей с урогенитальным уреоплазмозом и хламидиозом. Катamnестическое наблюдение включало оценку показателей физического, психомоторного развития и заболеваемости детей на первом году жизни.

Для решения поставленных задач были использованы клинические и лабораторные методы исследования. Клинические методы исследования включали: оценку соматического, неврологического статуса, нервно-психического развития младенцев, их антропометрию, учет заболеваемости. Проведен анализ акушерско-гинекологического анамнеза матерей. Лабораторные методы исследования включали: иммунофлюоресцентный метод исследования с целью выявления уреоплазменных и хламидийных антигенов (материалом для исследования служили соскобы с задней стенки глотки у новорожденных, обследование младенцев проводилось в первые часы жизни; у женщин - соскоб из цервикального канала), серологические методы диагностики сифилиса (КСР, РИФ, РИБТ, реакция микропреципитации), метод радиальной иммунодиффузии по Манчини

для количественного определения иммуноглобулинов в пуповинной крови.

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с использованием относительных и средних величин, проведен однофакторный корреляционный анализ. Достоверность сравниваемых величин определялась с помощью коэффициентов Стьюдента и Гублера. Наблюдаемые различия считали достоверными при $p < 0,05$. Обработка данных проводилась на персональном компьютере (IBM-486) с использованием статистической программы «АРТ-статистика».

Результаты исследований и их обсуждение

Перинатальные исходы при заболеваниях, передаваемых половым путем

Матери сравниваемых групп не отличались по возрасту, паритету беременности.

Средний возраст здоровых матерей составил $27,8 \pm 1,0$ лет и матерей с заболеваниями, передаваемыми половым путем, - $26,6 \pm 1,0$ лет ($p < 0,5$). По данным исследования три четверти женщин с заболеваниями, передаваемыми половым путем, были в возрасте до 30 лет. Молодые женщины входят в группу риска по развитию этих заболеваний.

Состав женщин по паритету беременности также был статистически однородным. Среди здоровых женщин первобеременные составили 23,3%, среди женщин с заболеваниями, передаваемыми половым путем, - 39,7% ($p < 0,1$).

У здоровых женщин в анамнезе не было ни одного случая бесплодия, спонтанного прерывания беременности, рождения младенцев с врожденными аномалиями, смерти детей в неонатальном периоде, мертворождения.

Анализ акушерско-гинекологического анамнеза беременных основной группы позволяет предположить, что заболевания, передаваемые половым путем, являются причиной перинатальной патологии. Так, у 3,1% женщин в анамнезе было бесплодие, у 12,2% - спонтанное прерывание беременности, у 0,8% - мертворождение, у 0,8% - врожденные аномалии плода, у 1,5% - смерть детей в неонатальном периоде.

Беременность, отягощенная заболеваниями, передаваемыми половым путем, протекает патологически. Так, у 32,1% ($p < 0,001$) женщин с ЗППП во время настоящей беременности выявлен кольпит, у каждой 4-ой (26,7%) - беременность протекала с угрозой прерывания, у 19,8% ($p < 0,001$) женщин беременность осложнилась поздним гестозом, многоводие выявлено у 6,1% ($p < 0,02$) беременных.

Высокая частота хронической внутриутробной гипоксии плода (48,9%, $p < 0,001$), фетоплацентарной недостаточности (4,6%, $p < 0,05$), хориоамнионита (3,1%), острой гипоксии плода в родах (7,6%, $p < 0,01$) свидетельствуют о снижении компенсаторных возможностей плаценты при беременности, осложненной заболеваниями, передаваемыми половым путем.

Инфекционно-воспалительные заболевания беременных оказывают неблагоприятное влияние на плод как путем непосредственного проникновения возбудителей к плоду, так и благодаря токсическому воздействию на фето-плацентарный комплекс.

Заболевания, передаваемые половым путем, оказывают неблагоприятное влияние на исход беременности и родов. Так у каждой 4-й женщины беременность завершилась преждевременно (26,7%, $p < 0,01$, $r = 0,2$), у 22,1% беременных ($p < 0,02$, $r = 0,2$) отмечалась задержка внутриутробного развития плода.

Особенности клинико-иммунологической адаптации новорожденных детей, родившихся от матерей с заболеваниями, передаваемыми половым путем

По результатам исследования, внутриутробное инфицирование новорожденных, родившихся от матерей с заболеваниями, передаваемыми половым путем, происходит в 61% случаев, у каждого новорожденного от матерей с сифилисом и у почти каждого 2-го младенца от матерей с урогенитальной уреоплазменной (44,4%) и хламидийной инфекцией (41,9%).

Внутриутробное инфицирование оказывает неблагоприятное влияние на антенатальное развитие плода, процессы ранней постнатальной адаптации новорожденных, обуславливает их высокую заболеваемость и нередко является причиной смерти.

Среди инфицированных новорожденных частота рождения недоношенных младенцев отмечалась в 2 раза чаще (34,9%), чем среди неинфицированных (17%, $p < 0,001$, $r = 0,2$).

Проведен сравнительный анализ показателей физического развития обследованных новорожденных (табл.1).

Таблица 1

Параметры физического развития обследованных новорожденных при рождении

Параметры	Гестационный возраст, нед.	Масса тела, г.	Длина тела, см.	ПИ
Группа				
Здоровые дети n=30	39,4±0,2	3400±300	51,3±0,4	2,7±0,05
Неинфицированные n=53	37,0±0,6	3001±100	51,0±0,5	2,5±0,03
Инфицированные n=83	37,2±0,4	2720±100	47,9±0,4	2,4±0,004
Достоверность различий	p1<0,001 p2<0,001	p2<0,03 p3<0,04	p2<0,001 p3<0,001	p1<0,001 p2<0,001 p3<0,05

p1 – здоровые и неинфицированные

p2 – здоровые и инфицированные

p3 – неинфицированные и инфицированные

Достоверных различий в средней массе и длине тела среди здоровых (3400±300г, 51,3±0,4см) и неинфицированных (3001±100г, 51,0±0,5см) новорожденных не выявлено. Однако, показатели физического развития инфицированных младенцев (2720±100г, 47,9±0,4см) достоверно ниже показателей здоровых и неинфицированных новорожденных.

Наряду с абсолютными значениями показателей массы и длины тела новорожденных детей, определяли пондераловый индекс массоростового соотношения. Среднее значение ПИ у здоровых новорожденных – 2,7±0,05, что достоверно выше аналогичного индекса неинфицированных и инфицированных младенцев (2,5±0,03, p1<0,001; 2,4±0,04, p2<0,001 соответственно). Пондераловый индекс выше у

неинфицированных новорожденных по сравнению с инфицированными ($p < 0,05$).

Среди инфицированных новорожденных количество младенцев с низкой массой тела при рождении встречалось в 2,5 раза чаще, чем среди неинфицированных (31,3% и 13,2% соответственно, $p < 0,001$, $r = 0,2$).

Почти у каждого 2-го новорожденного от матерей с ЗППП отмечалась задержка внутриутробного развития (44,2%), у каждого 3-го - низкий индекс зрелости (33%).

О низком уровне адаптационных механизмов свидетельствует высокая заболеваемость новорожденных, родившихся от матерей с заболеваниями, передаваемыми половым путем. Среди инфицированных младенцев заболело 63,9%, среди неинфицированных - 51% (рис. 1, 2).

По-видимому, истощение адаптационных механизмов происходит еще антенатально, о чем свидетельствует высокая частота асфиксии среди новорожденных от матерей с заболеваниями, передаваемыми половым путем. В асфиксии родилось 28,3% неинфицированных новорожденных и 31,3% - инфицированных.

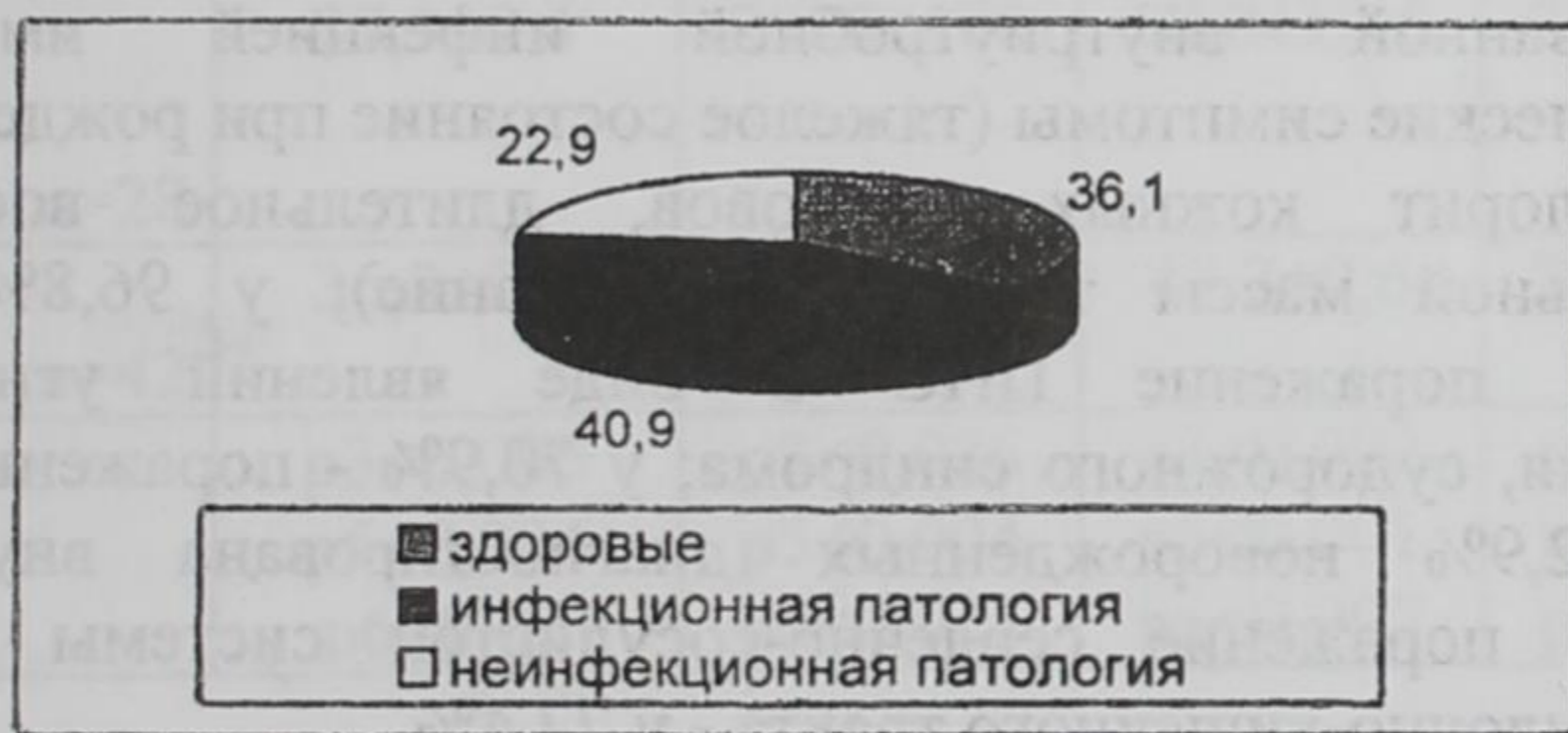


Рис. 1. Частота заболеваемости неинфицированных новорожденных

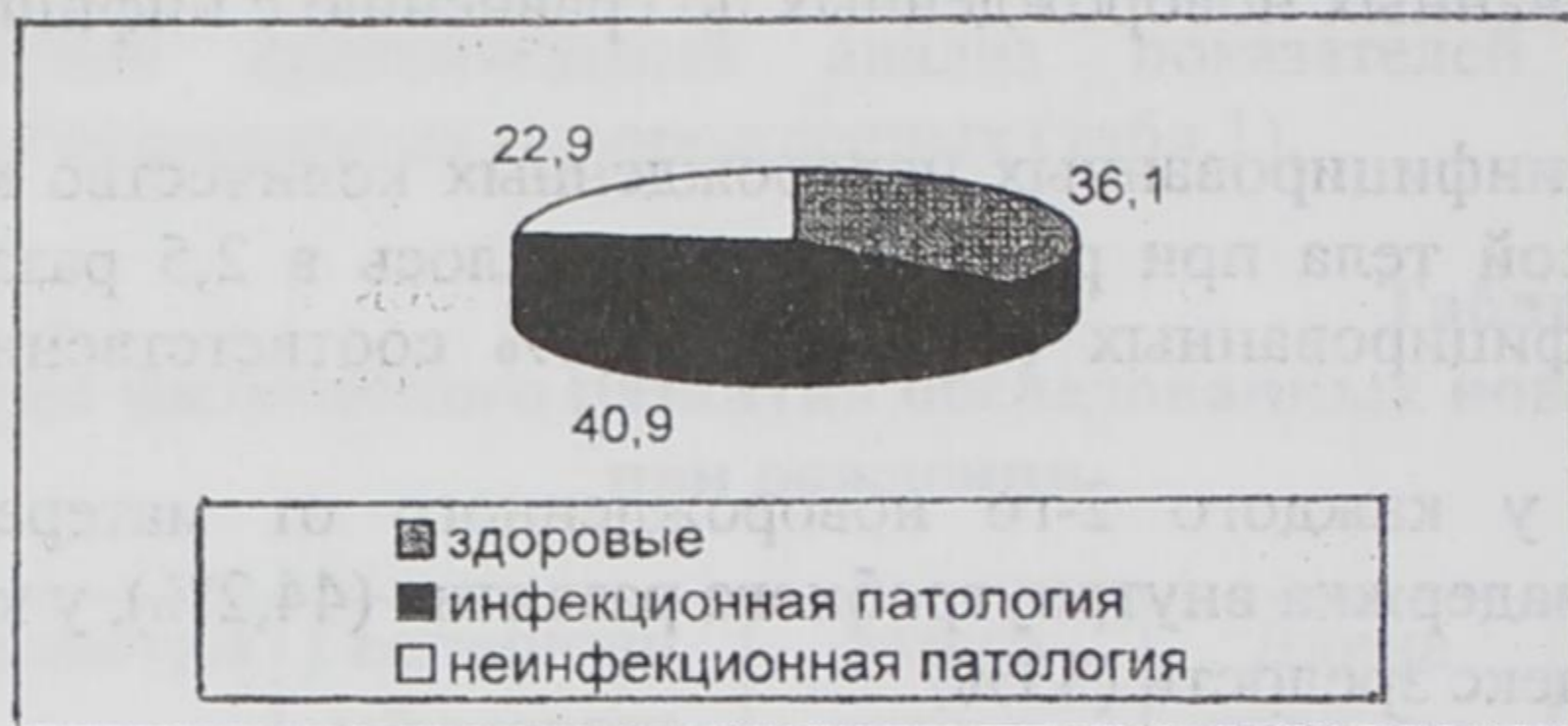


Рис.2. Частота заболеваемости инфицированных новорожденных

У 64,2% заболевших инфицированных новорожденных развилась генерализованная внутриутробная инфекция. Наличие у детей, родившихся от матерей с заболеваниями, передаваемыми половым путем, внутриутробной гипоксии (64,5%), интранатальной асфиксии (80,6%), задержки внутриутробного развития (25,8%), низкого индекса зрелости при рождении (48,4%) свидетельствует о внутриутробном инфицировании плода. Особенно информативно сочетание нескольких вышеперечисленных признаков. У всех новорожденных с генерализованной внутриутробной инфекцией имели место неспецифические симптомы (тяжелое состояние при рождении, бледно-серый колорит кожных покровов, длительное восстановление первоначальной массы тела, вялое сосание); у 96,8% младенцев отмечалось поражение ЦНС в виде явлений угнетения или возбуждения, судорожного синдрома; у 70,9% - поражение легких, из них у 12,9% новорожденных диагностирована внутриутробная пневмония; поражение сердечно-сосудистой системы выявлено у 37,1%; желудочно-кишечного тракта - у 77,4%.

Генерализации инфекционного процесса способствует недоношенность и несовершенство иммунологического ответа новорожденных детей. Из 31 новорожденного с генерализованной внутриутробной инфекцией 20 младенцев (64,5%) были недоношенными различной степени.

Локализованная форма внутриутробной инфекции представлена острыми гнойными конъюнктивитами.

Проведен анализ течения периода ранней неонатальной адаптации новорожденных от матерей с урогенитальным уреоплазмозом, хламидиозом, сифилисом.

Частота рождения недоношенных младенцев у матерей с уреоплазменной, хламидийной, сочетанной инфекцией и сифилисом одинакова и составила, соответственно, 24,4%; 24%; 21,4%; 38,1%.

Сравнительный анализ показателей физического развития представлен в табл.2.

Таблица 2

Параметры физического развития обследованных новорожденных при рождении

Параметры	Гестационный возраст, нед.	Масса тела, г.	Длина тела, см.	ПИ
Группа				
Уреоплазмоз n=41	38,02±0,3	3010±100	49,95±0,4	2,4±0,03
Хламидиоз n=25	38,2±0,3	3140±100	50,04±0,5	2,5±0,05
Сочетанная инфекция n=28	37,9±0,4	2980±100	50,04±0,6	2,34±0,03
Сифилис n=42	36,2±0,6	2690±100	47,3±0,6	2,4±0,004
Достоверные значения	p3<0,005 p5<0,004 p6<0,02	p3<0,026 p5<0,004 p6<0,042	p3<0,002 p5<0,001 p6<0,002	p3<0,005 p4<0,007 p6<0,002

- p1 – уреоплазмоз и хламидиоз
- p2 – уреоплазмоз и сочетанная инфекция
- p3 – уреоплазмоз и сифилис
- p4 – хламидиоз и сочетанная инфекция
- p5 – хламидиоз и сифилис
- p6 – сочетанная инфекция и сифилис

Достоверных различий в средней массе и длине тела среди новорожденных от матерей с уреоплазменной, хламидийной и

сочетанной уреоплазмо-хламидийной инфекциями не выявлено. Однако, показатели физического развития новорожденных с врожденным сифилисом были достоверно ниже показателей младенцев от матерей с уреоплазменной, хламидийной и сочетанной инфекциями.

Среднее значение пондералового индекса у детей с врожденным сифилисом достоверно ниже аналогичного индекса новорожденных от матерей с уреоплазменной и от матерей с уреоплазмо-хламидийной инфекциями. Среднее значение ПИ новорожденных от матерей с сочетанной инфекцией ниже индекса младенцев от матерей с хламидийной инфекцией.

Не выявлено статистически значимых различий в частоте задержки внутриутробного развития новорожденных, которая составила соответственно, 21,9%; 28%; 25%; 7,1%.

У большинства новорожденных от матерей с ЗППП период ранней неонатальной адаптации протекал патологически.

Среди всех новорожденных от матерей с заболеваниями, передаваемыми половым путем, высока распространенность асфиксии. В состоянии асфиксии различной степени тяжести родилось 50% младенцев с врожденным сифилисом, 39,3% новорожденных от матерей с сочетанной инфекцией, 21,9% - от матерей с урогенитальной уреоплазменной инфекцией. Частота асфиксии среди младенцев от матерей с хламидийной инфекцией составила 8%, что ниже, чем среди новорожденных с врожденным сифилисом и сочетанной инфекцией ($p_4 < 0,05$; $p_5 < 0,01$).

Тяжелое состояние при рождении отмечалось у 50% новорожденных с врожденным сифилисом и у 7,3% младенцев от матерей с уреоплазменной инфекцией ($p_3 < 0,01$). Тяжесть состояния была обусловлена перенесенной гипоксией, морфо-функциональной незрелостью, течением инфекционного процесса.

Поражение легочной системы диагностировано у 47,6% ($p_3 < 0,001$; $p_5 < 0,001$; $p_6 < 0,005$) младенцев с врожденным сифилисом, у 14,3% - от матерей с сочетанной инфекцией, у 7,3% - от матерей с уреоплазменной и у 4% - от матерей с хламидийной инфекцией. У 1 новорожденного с генерализованной уреоплазменной инфекцией и у 3 младенцев с врожденным сифилисом выявлена врожденная пневмония, для которой характерно тяжелое состояние, симптомы интоксикации, катаральные явления в легких.

У младенцев, родившихся от матерей с заболеваниями, передаваемыми половым путем, органом - мишенью являлась

центральная нервная система. У детей с врожденным сифилисом поражение ЦНС отмечалось в 47,6% случаев ($p_5 < 0,001$; $p_6 < 0,005$), у младенцев с сочетанной инфекцией - в 35,7%, у 26,8% младенцев от матерей с уреоплазменной инфекцией и у 8% от матерей с хламидийной инфекцией ($p_1 < 0,05$).

Гепатомегалия - симптом, характерный для врожденного сифилиса. У 50% младенцев с врожденным сифилисом отмечалось увеличение печени ($p_3 < 0,001$; $p_5 < 0,001$; $p_6 < 0,001$). При уреоплазменной инфекции поражение печени отмечалось у 12,2% новорожденных, при хламидийной - у 4%, при сочетанной - у 10,7%.

У 30,9% детей с врожденным сифилисом отмечалась спленомегалия, и у 28,6% - сифилитическая пузырьчатка.

Геморрагический синдром встречался с одинаковой частотой у младенцев с врожденным сифилисом, уреоплазменной и сочетанной инфекцией (4,7%, 4,9%, 3,6%).

Сочетанное поражение 2 и более органов отмечалось у 50% детей с врожденным сифилисом, у 29,3% младенцев от матерей с уреоплазменной инфекцией, у 28,6% - от матерей с сочетанной инфекцией, у 4% - от матерей с хламидийной инфекцией ($p_1 < 0,005$).

Таким образом, несмотря на полиорганность поражений и неспецифичность клинических проявлений при внутриутробном инфицировании можно выделить патогномичные симптомы врожденного сифилиса: гепатомегалия, спленомегалия, сифилитическая пузырьчатка.

Период ранней неонатальной адаптации у младенцев от матерей с сочетанной инфекцией протекает с большим числом осложнений, чем у новорожденных от матерей с хламидийной инфекцией.

Из 136 новорожденных, родившихся от матерей с ЗППП в раннем неонатальном периоде погибло 6 младенцев. Показатель ранней неонатальной смертности составил 44,1%. Причиной смерти послужил генерализованный врожденный сифилис (142,9‰). 5 недоношенных младенцев погибли в первые часы жизни, один доношенный новорожденный прожил 7 суток. У матерей умерших новорожденных сифилис диагностирован в родах, ни одна из них не состояла на учете в женской консультации и не получала лечения по поводу сифилиса.

Высокое содержание иммуноглобулинов класса А и М ($0,26 \pm 0,17$, $p < 0,001$ и $0,42 \pm 0,21$ соответственно) в пуповинной крови свидетельствует о внутриутробной антигенной стимуляции.

Количественное содержание иммуноглобулина класса G значительно не отличалось.

Аntenатальная антибактериальная терапия заболеваний, передаваемых половым путем

Этиотропное лечение заболеваний, передаваемых половым путем, во время беременности оказывало благоприятное влияние на антенатальное развитие плода, что проявилось в снижении количества недоношенных младенцев в 5 раз (8,2% - у пролеченных матерей и 44% у матерей, не получивших лечения, $p < 0,001$, $r = -0,4$), снижении числа новорожденных с низкой массой тела в 4 раза (8,2% и 37,3% соответственно, $p < 0,001$, $r = -0,34$), с задержкой внутриутробного развития - в 3 раза (11,5% и 32% соответственно, $p < 0,005$, $r = -0,24$), с низким индексом зрелости - в 3 раза (8,2% и 25,3% соответственно, $p < 0,01$), инфицированных младенцев - в 2 раза (39,3% и 78,7% соответственно, $p < 0,001$, $r = -0,4$).

Санация ЗППП во время беременности оказывала благоприятное влияние на показатели физического развития новорожденных. Средняя масса и длина тела при рождении новорожденных, родившихся от матерей, получивших лечение, были достоверно выше показателей физического развития младенцев от матерей, не получивших лечения (табл.3).

Таблица 3

Параметры физического развития обследованных новорожденных при рождении

Параметры	Масса тела, г.	Длина тела, см.
Группа		
Здоровые дети n=30	3400±300	51,3±0,4
Получившие лечение n=61	3110±116	50,0±0,5
Не получившие лечения n=75	2690±120*	47,5±0,5*

Положительный эффект лечения беременных заключался также в снижении количества заболевших новорожденных (45,9% от матерей, получивших лечение, и 69,3% от матерей, не получивших лечения, $p < 0,01$, $r = -0,4$) и в снижении риска реализации внутриутробной инфекции (13,1% и 36% соответственно, $p < 0,05$, $r = -0,2$).

Среди матерей, получивших этиотропное лечение заболеваний, передаваемых половым путем, во время беременности, не отмечалось гибели детей в раннем неонатальном периоде. Антенатальная антибактериальная терапия является одним из условий снижения перинатальной смертности.

Отдаленные результаты влияния заболеваний, передаваемых половым путем, на физическое развитие и заболеваемость детей

Результаты катамнестического наблюдения показали, что средние показатели физического развития детей первого года от матерей с уреоплазменной и хламидийной инфекциями, достоверно не отличались от показателей здоровых детей. Однако, недостаточность питания среди детей от матерей с урогенитальной инфекцией встречалась почти в 3 раза чаще, чем среди здоровых детей (238,1‰ и 71,4‰ соответственно)

Среди детей от матерей с заболеваниями, передаваемыми половым путем, значительно выше показатель заболеваемости, который превышал показатель заболеваемости среди здоровых детей в 2,5 раза (785,7 и 1928,5‰ соответственно, $p < 0,001$) (табл.4).

У детей первого года жизни, родившихся от матерей с урогенитальной уреоплазменной и хламидийной инфекциями, в структуре заболеваемости ведущее место занимали заболевания органов дыхания (642,8‰), высока частота перинатальной патологии ЦНС (428,5‰), острых отитов (71,4‰), гипотрофии (238,1‰) и кандидозных стоматитов (95,2‰).

Заболееваемость обследованных детей на первом году жизни

Класс болезни	Здоровые дети n=14		От матерей с ЗППП n=42	
	кол. случ.	Забол. ‰	кол. случ.	Забол. ‰
I Инфекцион. и паразитарные болезни • Кандидозный стоматит	-	-	4	95,2
III Болезни крови • Железодефицитная анемия	1	71,4	9	214,3
IV Болезни эндокр. системы, расстр-ва питания, нарушения обмена веществ • Недостаточность питания • Паратрофия • Рахит	1 - -	71,4 - -	14 3 1	333,3 71,4 23,8
VI Болезни нервной системы • III ЦНС	2	142,8	18	428,5
VII Болезни глаз • Острый конъюнктивит	1	71,4	1	23,8
VIII Болезни уха • Острый катаральный отит	-	-	3	71,4
X Болезни органов дыхания • ОРВИ • Острая бронхопневмония • Острый назофарингит • Острый бронхит	5 5 - - -	357,1 357,1 - - -	27 22 1 1 3	642,8 523,8 23,8 23,8 71,4
XII Болезни кожи и подкожной клетчатки • ЭКД • Фурункулез • Флегмона спины	1 1 - -	71,4 71,4 - -	5 3 1 1	119,0 71,4 23,8 23,8
Общая заболеваемость		785,7		1928,5*

Показатели заболеваемости младенцев, родившихся от матерей с уреоплазмозом и хламидиозом существенно не различались (2041,6 и 1777,7‰ соответственно) (табл.5).

Таблица 5

Заболеваемость обследованных детей на первом году жизни

Класс болезни	Дети от матерей с уреоплазмозом n=24		Дети от матерей с хламидиозом n=18	
	кол. случ.	Забол. ‰	кол. случ.	Забол. ‰
I Инфекцион. и паразитарные болезни • Кандидозный стоматит	3	125,0	1	55,5
III Болезни крови • Железодефицитная анемия	5	208,3	4	222,2
IV Болезни эндокр. системы, расстр-ва питания, нарушения обмена веществ • Недостаточность питания • Паратрофия • Рахит	9 7 2 -	375,0 291,6 83,3 -	5 3 1 1	277,7 166,6 55,5 55,5
VI Болезни нервной системы • ПП ЦНС	14	583,3	4	222,2
VII Болезни глаз • Острый конъюнктивит	1	41,6	-	-
VIII Болезни уха • Острый катаральный отит	-	-	3	166,6
X Болезни органов дыхания • ОРВИ • Острая бронхопневмония • Острый назофарингит • Острый бронхит	14 11 - 1 2	583,3 458,3 - 41,6 83,3	13 11 1 - 1	722,2 611,1 55,5 - 55,5
XII Болезни кожи и подкожной клетчатки • ЭКД • Фурункулез • Флегмона спины	3 1 1 1	125,0 41,6 41,6 41,6	2 2 - -	111,1 111,1 - -
Общая заболеваемость		2041,6		1777,7

Для детей, родившихся от матерей с урогенитальным уреоплазмозом, на первом году жизни характерны заболевания органов дыхания (583,3‰), перинатальная патология ЦНС (583,3‰) и кандидозный стоматит (125,0‰).

Для детей от матерей с хламидийной урогенитальной инфекцией - заболевания органов дыхания (722,2‰) и средние отиты (166,6‰).

Группу часто болеющих детей составили 16,7% детей от матерей с урогенитальным уреоплазмозом и хламидиозом.

Среди младенцев, родившихся от здоровых матерей, часто болеющих детей не было.

Суммируя все вышеизложенное, можно считать доказанным факт неблагоприятного влияния заболеваний, передаваемых половым путем, на антенатальное развитие плода, течение периода ранней неонатальной адаптации новорожденных и последующее их становление. Антенатальная антибактериальная терапия оказывает благоприятное влияние и является одним из условий снижения перинатальной смертности. Внутриутробное инфицирование оказывает неблагоприятное влияние на отдаленное развитие младенцев, обуславливая их высокую заболеваемость.

Выводы:

1. При заболеваниях, передаваемых половым путем, в 61% случаев происходит внутриутробное инфицирование плода, у каждого ребенка от матерей с сифилисом и почти у каждого 2-го младенца от матерей с урогенитальным уреоплазмозом (44,4%) и хламидиозом (41,9%). Об антенатальной антигенной стимуляции свидетельствует высокий уровень иммуноглобулинов класса А ($p < 0,001$) и М в пуповинной крови.

2. Внутриутробное инфицирование плода оказывает неблагоприятное влияние на его антенатальное развитие и течение периода адаптации. Среди них в 2 раза больше недоношенных младенцев (34,9%, $p < 0,001$, $r = 0,2$), в 2,5 раза - с низкой массой тела (31,3%, $p < 0,001$, $r = 0,2$) и генерализация инфекционного процесса у них происходит достоверно чаще (64,2%, $p < 0,001$).

3. Внутриутробная генерализованная инфекция, вызванная возбудителями заболеваний, передаваемых половым путем, характеризуется неспецифичностью, полиморфностью и

многообразием клинической картины, с поражением ЦНС (96,8%), легочной системы (70,9%), сердечно-сосудистой (87,1%) и желудочно-кишечного тракта (77,4%).

4. Среди новорожденных от матерей, получивших лечение по поводу заболеваний, передаваемых половым путем, во время беременности рождение недоношенных отмечается в 5 раз реже (8,2% против 44%, $p < 0,001$, $r = 0,4$), младенцев с низкой массой тела - в 4,5 раза реже (8,2% против 37,3%, $p < 0,001$, $r = 0,3$), с задержкой внутриутробного процесса - в 3 раза реже (11,5% против 32%, $p < 0,005$, $r = 0,2$), низким индексом зрелости - в 3 раза реже (8,2% против 25,3%, $p < 0,01$). Среди новорожденных от пролеченных матерей достоверно ниже количество заболевших ($p < 0,001$, $r = 0,4$), и в 2 раза реже происходит генерализация инфекционного процесса ($p < 0,05$, $r = 0,2$).

5. На первом году жизни дети, родившиеся от матерей с заболеваниями, передаваемыми половым путем, в 2,5 раза болеют чаще своих сверстников от здоровых матерей. У них высока распространенность болезней органов дыхания, ЦНС, лор-органов, инфекционных заболеваний.

Практические рекомендации:

1. Новорожденных, родившихся от матерей с заболеваниями, передаваемыми половым путем (урогенитальный уреоплазмоз, хламидиоз, сифилис), следует включать в группу высокого риска по перинатальной выживаемости и заболеваемости и назначать им соответствующую антибактериальную терапию уже в периоде новорожденности.

2. Профилактика уреоплазменных и хламидийных конъюнктивитов должна включать, наряду с 2-кратным закапыванием 30% сульфацила натрия, смазывание 1% тетрациклиновой или эритромициновой глазной мазью.

3. Клиническими маркерами внутриутробной генерализованной инфекции, вызванной возбудителями заболеваний, передаваемых половым путем, следует считать: недоношенность, задержку внутриутробного развития, низкий индекс зрелости, асфиксию, сочетанное поражение 2 и более органов, в первую очередь, ЦНС, легких, печени. Характерные симптомы врожденного сифилиса: гепатомегалия, спленомегалия, сифилитическая пузырьчатка.

4. Детей, родившихся от матерей с урогенитальным уреоплазмозом, хламидиозом относить в группу высокого риска развития патологии ЦНС и инфекционных заболеваний на первом году жизни и при выписке из родильного дома рекомендовать их комплексное диспансерное наблюдение, с привлечением невропатолога, отоларинголога, окулиста.

5. Младенцев, родившихся от матерей с сифилисом, сразу после рождения необходимо реабилитировать в специализированных медицинских учреждениях.

Список опубликованных работ

1. Роль микоплазменной инфекции в патологии плода и новорожденного // Азиатский вестник акушеров-гинекологов, 1998.-№2.-С.24-27. (Соавт. Кудаяров Д.К., Абдувалиева С.Т.).

2. Особенности ранней послеродовой адаптации у новорожденных с уреоплазменной инфекцией // Азиатский вестник акушеров-гинекологов, 1998.-№2.-С.55-56. (Соавт. Колодин А.В.).

3. Физическое развитие и заболеваемость детей на 1 году жизни, родившихся от матерей с латентной урогенитальной инфекцией // Азиатский вестник акушеров-гинекологов, 1999.-№3-4, С.29-31.

4. Особенности ранней клинической адаптации новорожденных детей, родившихся от матерей с латентной урогенитальной уреоплазменной и хламидийной инфекциями // Вопросы здоровья матери и ребенка в современных условиях.-1999.-С.137-142.(Соавт. Кудаяров Д.К.)

5. Внутриутробное инфицирование плода и новорожденного при заболеваниях, передаваемых половым путем // Азиатский вестник акушеров-гинекологов, 2000.-№1-2.-Т.7.-С.30-36.

6. Заболевания, передаваемые половым путем, как фактор риска перинатальных осложнений // Азиатский вестник акушеров-гинекологов, 2000.-№1-2.-Т.7.-С.45-46. (Соавт. Кудаяров Д.К., Кудаярова А.)

7. Перинатальные исходы в зависимости от проведенного этиотропного лечения заболеваний, передаваемых половым путем // Азиатский вестник акушеров-гинекологов, 2000.-№3-4.-Т.8. (Соавт. Иманказиева Ф.И.)

АННОТАЦИЯ

В работе на основе комплексного исследования 166 пар: мать - новорожденный показаны особенности клинико-иммунологической адаптации младенцев при внутриутробном инфицировании возбудителями заболеваний, передаваемых половым путем (урогенитальный уреоплазмоз, хламидиоз, сифилис).

В диссертации выявлена частота и клинические проявления внутриутробного инфицирования новорожденных. Показано положительное влияние антенатальной антибактериальной терапии заболеваний, передаваемых половым путем, на перинатальные исходы. Большое место в работе занимает рассмотрение отдаленных последствий внутриутробного инфицирования младенцев.

В работе представлено новое решение актуальной проблемы по предупреждению и лечению внутриутробной инфекции у детей при заболеваниях, передаваемых половым путем, что имеет важное значение для педиатрии в плане снижения уровней младенческой заболеваемости и смертности.

Аннотация

Бул иште 166 түгөй эне-ымыркайды комплекстүү изилдөөнүн негизинде жыныстык жол менен берилүүчү оруулардын козгогучтары аркылуу курсак ичинде инфекция жугуусунда ымыркайлардын клиника-иммунологиялык көнүгүш өзгөчөлүктөрү көрсөтүлгөн (урогениталдык уреоплазмоз, хламидиоз, сифилис).

Диссертацияда ымыркайларга курсакта экенде микробдордун жугуу жыштыгы жана анын клиникалык белгилери ачып көрсөтүлгөн. Жыныс жолу менен берилип, перинаталдык натыйжага алып келе турган ооруларга антенаталдык антибактериалдык терапиясынын оң таасири көрсөтүлгөн. Иште ымыркайлардын курсакта экенде эле инфекция жугуу кесепеттеринин изилдөөсүнө көп орун берилет.

Иште жыныс жолу менен курсактагы балага жукчу инфекциясын алдын алуунун жана ал инфекция козгогон ооруларды дарылоонун актуалдуу проблемаларын чечүү жаңыча ык-жолдору көрсөтүлөт. Бул эмгектин ымыркайлар оорусун дарылоодо жана анын алдын алууда педиатрия үчүн мааниси чоң.

ANNOTIATION

This work, based on complex research of 166 pairs mother - newborn infant shows peculiarities of clinical-immunological adaptation of newborn infants with intrauterine infection, caused by agents of sexually transmitted diseases (urogenital ureaplasmosis, chlamidiosis, syphilis).

The frequency and clinical development of intrauterine infection of newborn babies are revealed in this dissertation. Also, the work shows the positive influence of the antenatal and antibacterial therapy of sexually transmitted diseases on perinatal results. A big part of the dissertation is dedicated to the examination of remote consequences of intrauterine infection of newborn infants.

This work presents a new solution to the vital problem of prevention and treatment of intrauterine infection of children from mothers with sexually transmitted diseases. This is very important for pediatrics within the framework of reduction of infantile sick rate and death rate.

Зак.431. Тираж 100 экз. Объем 1,25 п. л.

Формат издания 60x84 1/16.

ОсОО Фирма «БИЛА», Л. Толстого, 100