12. Ковалев Ю.Н., Ильин И.И. Болезнь Рейтера. Челябинск, 1993.
13. Савичева А.М. Урогенитальный хламидиоз и репродуктивное здоровье женщин. Тезисы докладов VII Российского съезда дерматологов и венерологов. Казань,1996; ч. II: 121.
14. Domeika K, Witkin SS, Mardh P-A, Domeika M. Serum Antibodies to a conservd B-cell epitope of Chlamydial heat shock protein 60 (Hsp60) in patients with sexually acquired reactive arthritis. Infect. Dis Obstet Gynecol 1996; 3 (4): 193.
15. Eley A., Barlow R, Cook I et al. The detection of Chlamydia trachomatis in women presenting with ectopic pregnancy or infertility. Proc. Workshop Human Chlamydial Infections. Izmir, Turkey 1997; p. 89.
16. Анискова И.Н. Влияние урогенитальной хламидийной инфекции на показатели фертильности супружеских пар, состоящих в бесплодном браке. Автореф. … дис. канд. мед. наук. 2009.
17. Beatty WL, Morrison RP, Byrne GI. Persistent chlamydiae: from cell culture to a paradigm for chlamydial pathogenesis. Microbiol Rev 1994; 58: 686–99.
18. Ward ME. Mechanisms of chlamydial induced disease. In: Stephens RS. Chlamydia. Intracellular biology, pathogenesis and immunity 1999; p. 171, 210. American Society of Microbiology, Washington DC. ISBN 1-55581-155-8.
19. Полещук Н.Н., Капитулец Н.Н., Рубаник Л.В и др. Особенности обнаружения и механизмы персистенции возбудителя Chlamydia trachomatis. Медицинские новости. 2003; 3.
20. Henry-Suchet J, Askienazy-Elbhar M, Thibon M et al. Post-therapeutic evolution of serum chlamydial antibody titers in women with acute salpingitis and tubal infertility. Fertil Steril 1994; 62: 296–304.
21. Black CM. Current methods of laboratory diagnosis of Chlamydia trachomatis infections. Clin Microbiol Rev 1997; 10: 160–84.
22. Tanikawa M, Harada T, Katagiri C et al. Chlamydia trachomatis antibody titres by enzyme-linked immunosorbent assay are useful in predicting severity of adnexal adhesion. Hum Reprod 1996; 11: 2418–21.
23. Bard J, Levitt D. Chlamydia trachomatis stimulates human peripheral blood B lymphocytes to proliferate and secrete polyclonal immunoglobulins in vitro. Infect Immun 1984; 43: 84–92.
24. Batteiger BE, Lin PM, Jones RB, Van Der Pol BJ. Species-, serogroup-, and serovar-specific epitopes are juxtaposed in variable sequence region 4 of the major outer membrane proteins of some Chlamydia trachomatis serovars. Infect Immun 1996; 64: 2839–41.
25. Williams DM, Grubbs BG, Pack E et al. Humoral and cellular immunity in secondary infection due to murine Chlamydia trachomatis. Infect Immun 1997; 65: 2876–82.

Профилактика воспалительных осложнений у женщин с неразвивающейся беременностью в I триместре

М.Е.Шляпников
ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет;
ММУ Городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова, Самара

Резюме
Предпосылки: *инструментальное опорожнение полости матки на фоне неразвивающейся в I триместре беременности чревато высоким риском развития инфекционно-воспалительных осложнений.*
Пациенты: *в исследование включили 96 случаев выскабливания полости матки по поводу неразвивающейся беременности в I триместре. Сформировали 3 группы: 1-я группа (n=30) – однократный прием препарата Сафоцид до выскабливания, 2-я группа (n=36) – однократно цефазолин 2,0 внутривенно за 10–15 мин до выскабливания полости матки, 3-я группа (n=30) – цефазолин 1,0 2 раза в день внутримышечно в течение 3 сут после инструментального опорожнения полости матки.*
Оценка результатов: *на основе показателей периферической гемограммы рассчитывали индексы неспецифической иммунологической реактивности: аллергической настроенности организма – АНО=(эозинофилы + базофилы) × 1000/лейкоциты; специфического иммунного лимфоцитарно-моноцитарного потенциала – СИЛМП=(лимфоциты + моноциты) × 100/лейкоциты; клеточно-фагоцитарной защиты – КФЗ=(палочкоядерные + сегментоядерные + моноциты) × 1000/лейкоциты и лейкоцитарный индекс интоксикации – ЛИИ=(4 миелоциты + 3 × юные + 2 × палочкоядерные + сегментоядерные) × (плазматические + 1) / (лимфоциты + моноциты) × (эозинофилы + 1).*
Результаты: *достоверных различий между группами по этим показателям не найдено.*
Заключение: *показана высокая эффективность применения комбинированного препарата Сафоцид. Его фармакоэкономические преимущества позволяют рекомендовать его к широкому использованию в гинекологической практике.*
Ключевые слова: *неразвивающаяся беременность, Сафоцид, индексы неспецифической иммунологической реактивности.*

Prevention of inflammatory complications in women with non-developing pregnancy in the 1st trimester

M.E.Shlyapnikov
State Educational Institution of Higher Education Samara State Medical University of Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation and Municipal Health Care Institution City Clinical Hospital №1 named after N.I.Pirogov

Summary
Background: *Uteral curettage in the 1st trimester for non-developing pregnancy carries a high risk of infectious and inflammatory complications.*
Patients: *Ninety-six women with uteral curettage for non-developing pregnancy were enrolled into this study. Patients were randomized into three treatment arms as follows: patients in Group I (n=30) were administered a single dose of the drug SafocidR before curettage of the uterus; patients in Group II (n=36) were administered a single dose cefazolin IV 2,0 10–15 minutes prior to the procedure; patients in Group III (n=30) were administered cefazolin IM 1,0 b.i.d. during 3 days after the procedure.*
Main outcome measures: *Four indexes of nonspecific immunologic reactivity were calculated on the basis of peripheral white cell count: index of allergic predisposition IAP=(eosinophils + basophils) × 1000/leukocytes; specific immune lymphocyte-monocytic index SILMI=(lymphocytes + monocytes) × 100/leukocytes, phagocytic cell protection index PCPI=(stab + segmented + monocytes) × 1000/leukocytes and leukocyte index of intoxication LII=(4 myelocytes + 3 × young + 2 × stab + segmented) × (plasma + 1) / (lymphocytes + monocytes) × (eosinophils + 1).*
Results: *No significant differences was found between the groups based on evaluation of these indexes.*
Conclusion: *The results of the study are indicative of high efficacy of the combined drug Safocid, meanwhile its pharmacoeconomic benefits allow to recommend it for wide use in gynecological practice.*
Key words: *non-developing pregnancy, Safocid, nonspecific immunologic reactivity indexes.*

Сведения об авторе
Шляпников Михаил Евгеньевич – д-р мед. наук, ММУ Городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова, Самара

Проблема неразвивающейся беременности продолжает оставаться чрезвычайно актуальной как в клиническом, так и социальном аспекте. Доминирующим этиопатогенетическим механизмом заболевания является воспалительный процесс, приводящий к целому каскаду нарушений гомеостаза на организменном, органном, тканевом и клеточном уровнях [1–3].

При развитии острой или наличии хронической инфекции в организме происходит активация как местного, так и общего иммунитета. Длительное персистирование инфек-

Таблица 1. Варианты патогистологических изменений в соскобах из полости матки у женщин с неразвивающейся в I триместре беременностью, %

Срок гестации	1-й вариант (n=42)	2-й вариант (n=33)	3-й вариант (n=15)	4-й вариант (n=6)
До 6 нед	12,5±3,3	15,6±3,7	6,25±2,4	–
Более 6 нед	31,25±4,7	18,75±3,9	9,4±2,9	6,25±2,4

ции в эндометрии приводит к повреждению его рецепторного аппарата, повышенному синтезу повреждающих цитокинов и снижению синтеза ростовых факторов, что способствует аномальной инвазии и повреждению трофобласта на ранних сроках беременности даже при условии восстановленной гормональной функции яичников [4, 5].

При прерывании беременности по типу неразвивающейся хронический эндометрит выявляют в 73,3% случаев. Более 1/2 пациенток в анамнезе имеют инвазивные вмешательства в полости матки и тазовых органах. Часто хронический эндометрит сочетается с хроническим сальпингоофоритом и спаечным процессом в малом тазе [5, 6].

Принимая во внимание все сказанное, разработка наиболее эффективных методов лечения и реабилитации больных с данной патологией остается одной из актуальных проблем современного акушерства.

Исследование эффективности метода лечения

Целью предпринятого нами исследования явилась оптимизация лечения женщин с неразвивающейся беременностью в I триместре.

Для реализации намеченной цели были поставлены и успешно решены следующие задачи:

1. Изучить клинико-анамнестические особенности пациенток с неразвивающейся в I триместре беременностью, акцентируя внимание на инфекционно-воспалительных процессах различной степени тяжести и локализации, ассоциированных с настоящим заболеванием.
2. Оценить эффективность различных вариантов применения антибактериальных препаратов с целью профилактики воспалительных осложнений после инструментального опорожнения полости матки.

Пациенты и методы

В исследование включены 96 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет, перенесших выскабливание полости матки по поводу неразвивающейся беременности в I триместре. С целью изучения клинико-анамнестических характеристик и особенностей патогистологического исследования соскобов из полости матки пациентки, в зависимости от срока гестации, были разделены на 2 группы: 1-я – со сроком до 6 нед беременности, 2-я – более 6 нед беременности. При морфологической оценке соскобов из полости матки нами условно выделены 4 варианта патогистологических изменений: 1-й вариант – отсутствие воспалительных изменений тканей плодного яйца и эндометрия, 2-й вариант – воспалительная реакция, локализованная преимущественно в эндометрии и децидуальной оболочке, 3-й вариант – воспалительные изменения тканей плодного яйца и 4-й вариант – равноценные воспалительные изменения плодного яйца и эндометрия. При выполнении раздела работы, посвященного оценке эффективности различных методов антибиотикопрофилактики, пациентки с неразвивающейся беременностью были разделены на 3 группы в зависимости от варианта профилактического применения антибактериальных препаратов: 1-я группа – после однократного приема комбинированного препарата Сафоцид (n=30), в качестве групп сравнения сформированы группы женщин, получавших периоперационную антибиотикопрофилактику – 2-я группа (n=36) и превентивную антибактериальную терапию – 3-я группа (n=30) цефалоспоринами. У пациенток 2 последних групп использовали цефазолин 2,0 за 10–15 мин до выскабливания полости матки внутривенно однократно (в режиме антибиотикопрофилактики) или цефазолин 1,0 внутримышечно 2 раза в день с интервалом 12 ч в течение 3 сут после инструментального опорожнения полости матки (в режиме превентивной антибактериальной терапии).

Таблица 2. Показатели ширины полости матки у пациенток с неразвивающейся в I триместре беременностью после инструментального опорожнения полости матки

	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Ширина полости матки, мм	6,21±0,91	8,49±0,65	9,36±1,21

Таблица 3. Результаты динамического изучения индексов неспецифической иммунологической резистентности у пациенток 1-й группы с неразвивающейся беременностью в I триместре после инструментального опорожнения полости матки

Показатель, у.е.	При поступлении	В послеоперационном периоде
АНО	101,32	111,98
СИЛМП	224,03	338,65
КФЗ	564,70	888,66
ЛИИ	1,1	1,08

Таблица 4. Результаты динамического изучения индексов неспецифической иммунологической резистентности у пациенток 2-й группы с неразвивающейся беременностью в I триместре после инструментального опорожнения полости матки

Показатель, у.е.	При поступлении	В послеоперационном периоде
АНО	102,88	112,34
СИЛМП	213,28	256,77
КФЗ	545,81	691,35
ЛИИ	1,12	0,94

Таблица 5. Результаты динамического изучения индексов неспецифической иммунологической резистентности у пациенток 3-й группы с неразвивающейся беременностью в I триместре после инструментального опорожнения полости матки

Показатель, у.е.	При поступлении	В послеоперационном периоде
АНО	101,95	116,67
СИЛМП	225,91	274,18
КФЗ	566,34	702,44
ЛИИ	1,24	0,96

Лабораторная оценка эффективности того или иного способа профилактики воспалительных осложнений проведена на основании показателей гемограммы периферической крови – рассчитывали индексы аллергической настроенности организма (АНО), специфического иммунного лимфоцитарно-моноцитарного потенциала (СИЛМП), уровень клеточно-фагоцитарной защиты (КФЗ) и лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) [7, 8], двукратно (при поступлении до оперативного вмешательства и на 5–6-е сутки после инструментального опорожнения полости матки). Выбор настоящих показателей для оценки течения послеоперационного периода обусловлен высокой их эффективностью, простотой расчета, доступностью в практическом здравоохранении в сочетании с отсутствием необходимости использования дорогостоящих диагностических аппаратов и затратных технологий. Изменения индекса АНО связаны с аллергизацией организма на фоне приема лекарственных препаратов. Индексы КФЗ и СИЛМП ассо-

циированы с повышением функциональной активности гуморального и клеточного звеньев иммунитета в процессе заболевания и позволяют оценить эффективность методов его терапии. ЛИИ – традиционно и широко используемый в клинической практике показатель, отражающий выраженность воспалительных изменений и степень эндотоксикоза при гнойно-воспалительных процессах различной локализации.

Расчеты вышеперечисленных индексов проводили по следующим формулам:

АНО = [(эозинофилы + базофилы)/лейкоциты)]×1000;

СИЛМП = [(лимфоциты + моноциты)/лейкоциты)]×100;

КФЗ = [(палочкоядерные + сегментоядерные + моноциты)/лейкоциты)]×1000;

ЛИИ = [(4 × миелоциты + 3 × юные + 2 × палочкоядерные + сегментоядерные)×(плазматические + 1)]/(лимфоциты + моноциты)×(эозинофилы + 1).

Перспективность применения комбинированного препарата Сафоцид обусловливается снижением медикаментозной нагрузки (однократный прием) и возможным влиянием на клеточно-фагоцитарную систему за счет иммуномодулирующей активности макролидов и имидазольных производных. Набор таблеток Сафоцид содержит 1,0 г азитромицина, 2,0 г секнидазола и 0,15 г флуконазола. Азитромицин (антибиотик, азалид. Код АТХ: J01FA10) – антибиотик широкого спектра действия, представитель подгруппы макролидных антибиотиков-азалидов. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие. Доказано, что фагоциты доставляют азитромицин в места локализации инфекции, где он высвобождается в процессе фагоцитоза. Концентрация азитромицина в очагах инфекции достоверно выше, чем в здоровых тканях (в среднем на 24–34%) и коррелирует со степенью воспалительного отека. Несмотря на высокую концентрацию в фагоцитах, азитромицин не оказывает существенного влияния на их функцию. Азитромицин сохраняется в бактерицидных концентрациях в очаге воспаления в течение 5–7 дней после однократного приема. Секнидазол (противомикробное и противопротозойное средство. Код АТХ: P01AB07) – противомикробный бактерицидный препарат – синтетическое производное нитроимидазола. Активен в отношении облигатных анаэробных бактерий (споро- и неспорообразующих), возбудителей некоторых протозойных инфекций. Флуконазол (противогрибковое средство. Код АТХ: J02AC01) – представитель класса триазольных противогрибковых средств, является мощным селективным ингибитором синтеза стеролов стенки грибков. Препарат рекомендовали принять женщине однократно за 5–6 ч до выскабливания полости матки.

Статистическая обработка материала произведена на персональном компьютере с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Office Excel и SPSS 11.5. Описания показателей представлены в виде средних арифметических значений и средних ошибок среднего (M±m). Достоверность различий в динамике лечения и между различными группами больных определяли с помощью критерия Стьюдента. Достоверными считали различия при степени доверительной вероятности 95% и выше.

Результаты и обсуждение

Изучение анамнестических данных у женщин с неразвивающейся в I триместре беременностью показало, что лидирующее положение среди генитальной и экстрагенитальной патологии занимают инфекционно-воспалительные процессы, причем как хронические, так и перенесенные непосредственно перед или во время настоящей беременности. Так, экстрагенитальная патология, ассоциированная с желудочно-кишечным трактом, встречалась в 59,4% случаев, мочевыделительной системой – 44,8% случаев, респираторным трактом (преимущественно хронический тонзиллит и вазомоторный ринит) – 28,35% случаев. Обращает на себя внимание высокая частота как хронических вирусных инфекций (преимущественно ассоциированных с семейством герпес-вирусов: лабиальный и генитальный герпес, цитомегаловирусная инфекция) – 19,1%

пациенток, так и факт эпизодов респираторных вирусных заболеваний (16,2% случаев), перенесенных незадолго до госпитализации по поводу неразвивающейся в I триместре беременности. Среди гинекологической патологии превалировали нарушения овариально-менструального цикла в анамнезе (38,6% пациенток), причем большинству из этих женщин выполнялось раздельное диагностическое выскабливание (согласно гистологической картине практически в 1/2 случаев – 48,8% заключений – выявлены изменения, характерные для хронического эндометрита, очаговые гиперпластические процессы эндометрия), вагинальные дисбиозы (преимущественно многократно рецидивирующие эпизоды с микотическим компонентом) – каждая 5-я пациентка с неразвивающейся в I триместре беременностью (19,7% случаев), хламидийная (12,1% случаев) и микоплазменные инфекции (9,8% случаев).

Результаты морфологического исследования соскобов из полости матки у пациенток с неразвивающейся в I триместре беременностью представлены в табл. 1.

Анализ представленных данных позволяет сделать заключение о том, что достоверно чаще (t=3,2) воспалительные изменения отсутствуют в соскобах, полученных при инструментальном опорожнении полости матки у пациенток с неразвивающейся беременностью и сроком гестации от 6 до 12 нед. Вместе с тем при обнаружении воспалительных изменений в соскобах достоверных различий в сроках гестации (t=1,97) нами не получено. Однако выявленные достоверные различия (t=3,08) воспалительных изменений преимущественно в эндометрии и децидуальной оболочке, нежели поражения тканей плодного яйца, причем независимо от сроков гестации – в обоих случаях статистически достоверно (t=2,12).

Таким образом, полученные результаты могут служить подтверждением высокой вероятности как инфекционного генеза в инициации неразвивающейся в I триместре беременности, так и воспалительных, инфекционно обусловленных осложнений неразвивающейся беременности, ассоциированных с нахождением погибшего эмбриона в полости матки.

Клинически у 4 (4,16% случаев) из 96 пациенток течение послеоперационного периода осложнилось развитием гематометры, причем вне зависимости от варианта проведенной ранее антибиотикопрофилактики (по 1 пациентке из 1 и 3-й групп, 2 пациентки из 2-й группы), что послужило основанием для повторного инструментального опорожнения полости матки. Во всех 4 случаях гистологически выявлены признаки подострого эндометрита, некротизированная децидуальная ткань, в 1 случае – некротизированные ворсины хориона.

При анализе параметров ультразвуковой гистерометрии, выполненной на 5-е сутки послеоперационного периода, выявлено отсутствие статистически значимых различий у пациенток 3 групп по показателям длины (t=1,11), ширины (t=1,98) тела матки и ее переднезаднего размера (t=1,95), однако при сопоставлении показателей ширины полости матки нами выявлены минимальные величины (6,21±0,91 мм, t=2,08:2,09) у пациенток 1-й группы. Показатели ширины полости матки представлены в табл. 2.

Результаты динамического изучения индексов неспецифической иммунологической резистентности у пациенток с неразвивающейся беременностью в I триместре после инструментального опорожнения полости матки представлены в табл. 3–5 и на рис. 1–4.

Показатели динамики индексов неспецифической иммунологической резистентности у пациенток с неразвивающейся беременностью в I триместре после инструментального опорожнения полости матки во всех изученных группах показывают однонаправленные изменения – снижается ЛИИ, повышаются индексы АНО, СИЛМП и КФЗ. Статистически значимых межгрупповых различий ЛИИ и АНО нами не выявлено (хотя АНО в группе пациенток, получавших превентивную антибиотикотерапию цефазолином, максимально приближается к значимому повышению по сравнению с другими группами), в то время как при расчетах СИЛМП обнаружено статистически значимое (t=4,6)

Рис. 1. Динамика индекса АНО у пациенток после выскабливания полости матки по поводу неразвивающейся в I триместре беременности.

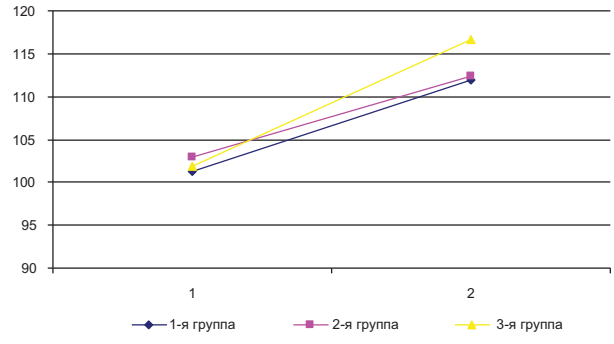


Рис. 2. Динамика индекса СИЛМП у пациенток после выскабливания полости матки по поводу неразвивающейся в I триместре беременности.

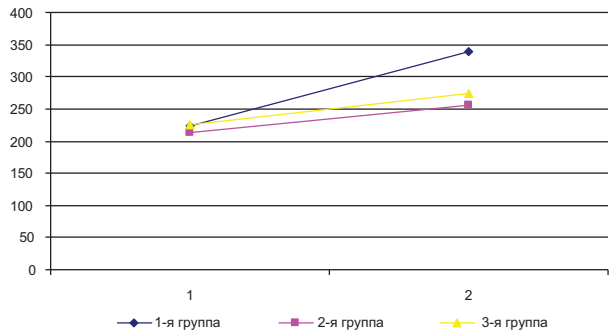


Рис. 3. Динамика индекса КФЗ у пациенток после выскабливания полости матки по поводу неразвивающейся в I триместре беременности.

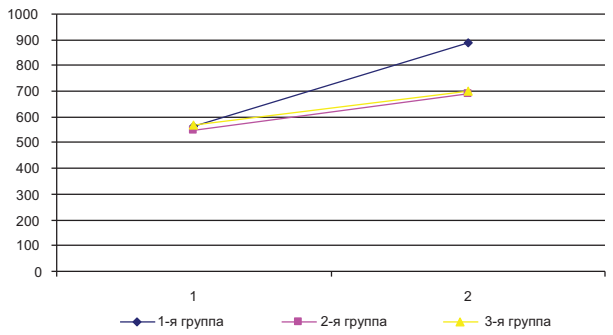
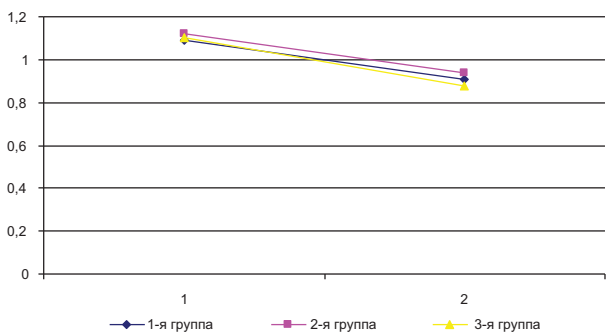


Рис. 4. Динамика индекса ЛИИ у пациенток после выскабливания полости матки по поводу неразвивающейся в I триместре беременности.



повышение данного показателя на 33,8% от исходного у пациенток 1-й группы. Схожая ситуация – статистически значимое (t=5,16) повышение от исходного на 36,45% индекса КФЗ в группе пациенток, использовавших комбинированный препарат Сафоцид в качестве предоперационной антибиотикопрофилактики.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что пациентки с неразвивающейся в I триместре беременностью имеют высокий риск возникновения инфекционно-воспалительных осложнений после инструментального опорожнения полости матки, что требует проведения обязательной предоперационной антибиотикопрофилактики, одним из наиболее оптимальных вариантов которой является однократное применение комбинированного препарата Сафоцид. Выявленная высокая клинико-лабораторная эффективность применения Сафоцида обусловливается снижением медикаментозной нагрузки и влиянием на клеточно-фагоцитарный комплекс, вероятно, за счет известной иммуномодулирующей активности макролидов и имидазольных производных, входящих в состав настоящего препарата. Препарат Сафоцид в настоящее время не имеет аналогов и его фармакоэкономические преимущества позволяют рекомендовать его к широкому использованию в клинической практике.

Литература

1. Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Озерова Р.И. Неразвивающаяся беременность: тромбофилические и клинико-иммунологические факторы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

2. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

3. Шляпников М.Е., Прохоренко Л.Б. Особенности патоморфологической картины соскобов из полости матки при неразвивающейся беременности. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Самара, 2003. С. 139–42.

4. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Ранние сроки беременности. М.: МИА, 2005.

5. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности. Руководство для врачей. М.: МИА, 2010.

6. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Под ред. О.В.Макарова, В.А.Алешкина, Т.Н.Савченко. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2009.

7. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит. М.: Литтера, 2006.

8. Шляпников М.Е. Показатели индексов неспецифической иммунологической реактивности у родильниц с пуэрперальным эндомиометритом. Современные аспекты решения медико-социальных проблем репродуктивного здоровья женщин. Самара, 2009. С. 202–5.

Поиск предикторов патологии маточных труб

С.О.Дубровина, В.Ю.Лесовая, В.А.Линде, А.Ю.Писарева, М.В.Дударева, Е.Н.Ермоленко, О.И.Сальникова
ФГУ Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Минздравсоцразвития РФ, Ростов-на-Дону

Резюме

Цель: *выявление инфекций, передаваемых половым путем, у женщин с трубной беременностью.*

Материалы и методы: *в 121 случае трубной беременности исследовали признаки инфекции Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis/genitalium, Ureaplasma urealyticum, Neisseria spp. (в том числе, N. gonorrhoeae) и Trichomonas vaginalis.*

Результаты: *обычно выявляли U. urealyticum, реже – M. hominis, еще реже – остальные возбудители. В большинстве случаев (73,55%) при патологии маточных труб выявляли наличие в сыворотке крови антител G к MOMP и Pgp3 C. trachomatis.*

Выводы: *для выявления патологии маточных труб можно использовать исследование антител к MOMP.*

Ключевые слова: *Chlamydia trachomatis, трубная беременность, генитальная инфекция, серология.*

Search for predictors of tubal pathology

S.O.Dubrovina, V.U.Lesovaya, V.A.Linde, A.U.Pisareva, M.V.Dudareva, E.N.Ermolenko, O.I.Salnikova
FSI Rostov Scientific Research Institute of Obstetrics and Pediatrics of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Rostov-on-Don

Summary

Objective: *to identify sexually transmitted infections in women with tubal pregnancy.*

Materials and methods: *121 patients with tubal pregnancy were examined for the presence of Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis/genitalium, Ureaplasma urealyticum, Neisseria spp. (including N. gonorrhoeae) and Trichomonas vaginalis infection.*

Results: *U. urealyticum was the most common pathogen, while M. hominis was a more rare agent, and other agents were detected even more rarely. In most cases (73,55%) tubal pathology was associated with presence of serum G antibodies against the Chlamydial major outer membrane protein (MOMP) and Pgp3.*

Conclusion: *MOMP antibodies can be used for verification of the fallopian tubespathology.*

Key words: *Chlamydia trachomatis, trubal pregnancy, genital infection, serology.*

Сведения об авторах

Дубровина Светлана Олеговна – д-р мед. наук, гл. науч. сотр. РНИИАП. E-mail: s.dubrovina@gmail.com
Лесовая Виктория Юрьевна – младший научный сотрудник акушерско-гинекологического отдела РНИИАП
Линде Виктор Анатольевич, д-р мед. наук, проф., дир. РНИИАП
Писарева Алла Юрьевна – канд. мед. наук, врач отделения ультразвуковой диагностики РНИИАП
Дударева Мария Васильевна – канд. мед. наук, зав. клинико-диагностической лабораторией РНИИАП
Ермоленко Елена Николаевна – врач клинико-диагностической лаборатории РНИИАП
Сальникова Ольга Ивановна – канд. мед. наук, врач клинико-диагностической лаборатории РНИИАП

Во второй половине XX столетия определилась стойкая тенденция к возрастанию частоты внематочной беременности (ВМ) во всем мире, особенно среди подростков и молодых нерожавших женщин.

Согласно данным эпидемиологических исследований, в индустриально развитых странах средняя статистическая частота ВМ составляет 1,2–1,4% по отношению к общему числу беременностей и 0,8–2,4% – по отношению к родам [1].