

УДК: 618.15-009.611-085.281

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ У ВАГІТНИХ

І.Р.Ніцович, А.В.Семеняк

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
(Україна, м.Чернівці)

Резюме.

Вступ. Питома вага генітальних інфекцій в структурі материнської та перинатальної захворюваності складає, згідно різних літературних даних, близько 60 - 80 %. Бактеріальний вагіноз (БВ) є доведеним фактором розвитку різноманітних ускладнень вагітності, негативно впливає на перебіг вагітності, ріст та розвиток плода.

Мета. Визначити вплив БВ на перебіг вагітності та ефективність лікування для попередження розвитку ускладнень, залежно від терміну вагітності.

Матеріали і методи. Матеріалом для дослідження були виділення із піхви та цервікального каналу. Методи обстеження: клініко-лабораторний, мікроскопічний, бактеріологічний, ультразвукове дослідження (УЗД) плода, статистичний.

Результати дослідження. Проведено клініко-лабораторне обстеження 100 вагітних з бактеріальним вагінозом (БВ) та 20 здорових вагітних у терміні до 24 тижнів вагітності. Наявність БВ ускладнює нормальний перебіг вагітності, зокрема, є причиною невиношування вагітності, внутрішньоутробного інфікування плода, передчасного вилиття навколоплідних вод. Попередити ускладнений перебіг вагітності можна за наявності негайного своєчасного лікування за появи ознак БВ або при лабораторному діагностуванні.

Висновки. Ефективність лікування БВ залежить від терміну вагітності. За відсутності чи неефективності лікування кількість ускладнень є достовірно вищою, зокрема, загрози переривання вагітності, внутрішньоутробного інфікування плода, передчасного відходження навколоплідних вод, за відсутності лікування частота ускладнень зростає з терміном вагітності.

Ключові слова: бактеріальний вагіноз; внутрішньоутробне інфікування плода; невиношування вагітності; передчасне вилиття навколоплідних вод.

Вступ

Запальні захворювання жіночих статевих органів посідають провідне місце у структурі гінекологічної патології, не зважаючи на сучасні можливості ранньої діагностики та широкий спектр антибактеріальних засобів. Залишаються однією з найважливіших проблем в акушерстві, оскільки призводять до різноманітних ускладнень вагітності, переривання вагітності, перинатальних захворювань. Питома вага генітальних інфекцій в структурі материнської та перинатальної захворюваності складає, згідно різних літературних даних, близько 60 - 80 % [1, 2].

Особливістю сучасних інфекційних процесів у жіночих статевих органах, що призводить до внутрішньоутробного інфікування, вважається наявність піхвової мікрофлори зі складу нормальної мікрофлори. Акушерські та перинатальні аспекти цервіко-вагінальних інфекцій взаємопов'язані та взаємообумовлені, оскільки внутрішньоутробні інфекції є вторинним захворюванням, і для їхнього розвитку необхідним є наявність первинного вогнища в організмі матері. Слід відмітити, що не існує залежності між важкістю перебігу інфекційного процесу у матері та плода.

Загальною особливістю цервіко-вагінальних та внутрішньоутробних інфекційних захворювань є поліетіологічність. Різноманітний спектр мікроорганізмів включає одночасно умовно патогенні аеробні та анаеробні мікроорганізми, віруси, найпростіші, що ускладнює імунну відповідь [3, 4].

За наявності вираженого запального процесу не виникає сумнівів щодо необхідності лікування. Однак, при зниженій кількості лактобактерій

та надмірній колонізації піхви аеробними та анаеробними мікроорганізмами, за відсутності лейкоцитів як індуктора запальної реакції, лікування під час вагітності не завжди проводиться.

Найбільш розповсюдженим порушенням вагінальної мікрофлори є бактеріальний вагіноз (БВ), частота якого у вагітних коливається у межах 10-20%. Він характеризується різким зниженням представників нормальної мікрофлори та заміною її змішаною флорою, яка складається із анаеробних умовно-патогенних бактерій. За наявності бактеріального вагінозу у піхві присутні мікроорганізми, які можуть виявлятися навіть у практично здорових жінок. Це *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Prevotella* spp., *Mobiluncus* spp. та інші анаероби. Небезпечним є те, що, більше ніж у половини жінок, БВ має безсимптомний перебіг [3].

БВ є доведеним фактором розвитку різноманітних ускладнень вагітності. Мікроорганізми можуть негативно впливати на перебіг вагітності, ріст та розвиток плода. Внутрішньоутробне інфікування плода є однією з причин невиношування вагітності, перинатальної захворюваності та смертності. Вплив мікроорганізмів на плід залежить від терміну гестації. У зв'язку з відсутністю сформованого плацентарного бар'єру в першому триместрі вагітності небезпечні любі види гематогенної та висхідної інфекції. У цей час найбільш частим ускладненням вагітності є самовільний викидень, патологія розвитку плода [4]. З прогресуванням вагітності, функціонуванням імунної системи плода, змінюється вплив мікроорганізмів на плід з розвитком внутрішньоутроб-

ного інфікування плода, багатоводдя, фетоплацентарної дисфункції [5].

БВ у декілька разів збільшує ризик розвитку такої акушерської патології, як самовільне переривання вагітності (в 3–4 рази), передчасні пологи (в 6–8 разів), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (в 6–8 разів), передчасне вилиття навколоплідних вод (в 4–5 разів), хоріонамніоніт (в 2–6 разів), запалення післяопераційних ран (в 5–9 разів) [5, 6].

БВ виявляється у вагітних з важкими формами гіпертензії. У післяродовому періоді деякі представники анаеробної аутофлори можуть виступати в ролі збудників метроендометриту, перитоніту, сепсису. Мікроорганізми шийки матки і піхви є джерелом мікрофлори новонародженого, якої він набуває при проходженні через статеві шляхи. Наявність цервіко-вагінальних інфекцій матері може призводити до внутрішньоутробної загибелі плода та мертвородження, що спричинене безпосереднім інфекційним враженням плода, розвитком у нього синдрому запальної відповіді та деструктивними змінами у плаценті. Особлива роль при цьому належить цитолізіну – специфічному токсину, який синтезує *Gardnerellavaginalis*. Саме він здатний пошкоджувати ендотеліальні клітини пупочної вени плода, викликати десквамацію ендотеліоцитів піхви, пригнічувати запальну відповідь у матері [6].

Враховуючи наявність вказаних ускладнень, є очевидним необхідність проведення лікування БВ, навіть, за наявності безсимптомного перебігу.

Діагностика БВ базується на даних клінічного і спеціальних лабораторних методів дослідження. Лабораторна діагностика БВ базується на визначенні рівня рН вагінальних виділень та проведенні амінотесту з 10% КОН. Відсутність або зменшення кількості молочнокислих бактерій (лактобацил, біфідобактерій) в піхві призводить до змін показників рН у бік лужного середовища, що, у свою чергу, сприяє зростанню кількості грамнегативних анаеробних мікроорганізмів.

Безумовно, вчасне виявлення БВ і проведення санації піхви може попередити ускладнення перебігу вагітності. При цьому залишається актуальним питання вибору препарату, особливо в І триместрі вагітності. Провідну роль при лікуванні БВ відіграє антибіотикотерапія, яка може проводитися місцево або системно. Під час вагітності перевага надається місцевому застосуванню антибіотиків для лікування БВ. Лікувальні препарати, які використовуються в практиці, повинні мати низьку токсичність, високу біодоступність, низьку алергічність, володіти достатнім антибактеріальним спектром дії, мінімальною кількістю побічних ефектів, відсутністю тератогенної та ембріотоксичної дій на плід. Метою лікування БВ є відновлення нормального мікробіоценозу піхви. Терапія повинна мати комплексний етіотропний і патогенетично зумовлений характер, препарати, які використовуються, повинні надавати ефективну різнонаправлену дію.

Мета дослідження

Визначити вплив БВ на перебіг вагітності та ефективність лікування для попередження розви-

тку ускладнень, залежно від терміну вагітності.

Матеріал і методи

Проведено клініко-лабораторне обстеження 120 вагітних основної та контрольної груп. До основної групи входило 100 вагітних з БВ, яких було розділено на дві підгрупи, залежно від терміну вагітності: першу підгрупу становили 50 вагітних у терміні вагітності до 12 тижнів, другу підгрупу становили 50 вагітних у терміні вагітності до 12-24 тижні. Контрольну групу склали 20 здорових вагітних у терміні до 24 тижнів вагітності.

Матеріалом для дослідження були виділення із піхви та цервікального каналу. Методи обстеження клініко-лабораторний, мікроскопічний, бактеріологічний, ультразвукове дослідження (УЗД) плода, статистичний.

Результати та їх обговорення

При формуванні групи дослідження вагітним проводилося попередньо клініко-лабораторне обстеження. Критеріями включення в дослідження було відсутність інфекційного процесу в організмі, екстрагенітальної чи ендокринної патології, що б могло ускладнити нормальний перебіг вагітності. Єдиним діагностованим патологічним процесом було наявність БВ.

Діагноз БВ виставлявся на підставі даних анамнезу, клінічного огляду та лабораторного дослідження мазків вагінальних виділень (відсутність лактобактерій або їх зменшення, виявлення «ключових клітин», позитивного амінотесту – поява рибного запаху при змішуванні у рівних кількостях виділень з піхви та 10% розчину КОН, рН>4,5), наявність умовно патогенних мікроорганізмів. Вагітним проведено бактеріологічне дослідження до та після лікування з визначенням колонійутворюючого числа.

Усім вагітним основної групи, яким діагностовано БВ, запропоновано курс лікування. Проводилося місцеве лікування згідно стандартних схем лікування БВ в межах 7-10 днів з послідовним відновлення біоценозу піхви еубіотиками впродовж 5-7 днів. Загальне лікування не проводилося через шкідливість впливу метронідазолу на плід. Для лікування використовували свічки з діючою речовиною імідазолу та деквалінію хлориду.

Критеріями видужування були клінічні ознаки за наявності попередніх скарг на патологічні виділення з піхви (відсутність скарг, звичайна кількість піхвових виділень) та дані мікроскопічного та біологічного методів (помірна кількість мікроорганізмів – 102-103 мікробних клітин, відсутність «ключових» епітеліальних клітин, наявність домінуючої кількості лактобактерій).

Для оцінки стану плода проводили ультразвукове обстеження з врахуванням наявності ознак внутрішньоутробного інфікування плода, зокрема, багатоводдя, підвищення ехогенності вентрикулярної системи, кісти судинних сплетінь, гепатомегалія, нефромегалія, піелоектазія, гіпоплазія грудної порожнини, легень та інші.

При подальшому вивченні перебігу вагітності та внутрішньоутробного стану плода виявляли такі ускладнення: наявність загрози переривання

вагітності та її самовільного переривання, внутрішньоутробне інфікування плода, передчасне вилиття навколоплідних вод.

У всіх вагітних контрольної групи у піхво-вих виділеннях виявлялися лактобактерії. Лише у двох, що становило 10 %, крім лактобактерій, піхвова мікрофлора була представлена кандидами, КУО 102, що не перевищує норми.

Серед 20 вагітних контрольної групи загроза переривання вагітності була у 3 випадках (15 % \pm 7,98), ознак внутрішньоутробного інфікування плода не було виявлено при проведенні скринінгового УЗД. Пологи настали в термін 38-41 тиждень, передчасне вилиття навколоплідних вод спостерігалось в 1 випадку (5% \pm 4,87).

Всім вагітним основної групи, яким діагностовано БВ, запропоновано курс лікування.

При проведенні аналізу перебігу вагітності у вагітних першої підгрупи основної групи відмічено позитивну динаміку прогресування вагітності у 37 вагітних (74 %), рецидиви БВ та потреба повторного курсу лікування була у 13 вагітних (26 %), з них у 10, що становило у даній підгрупі 20 % \pm 5,65, були ознаки загрози переривання вагітності, що достовірно не відрізнялося при порівнянні з контрольною групою. Повторний курс лікування проведено 13 вагітним до 12 тижнів вагітності, з них у двох з'являлися знову прояви БВ впродовж вагітності. Ознак внутрішньоутробного інфікування плода не було виявлено. Передчасне відходження навколоплідних вод спостерігалось у 4 вагітних (8 % \pm 3,83), що достовірно не відрізнялося при порівнянні з контрольною групою.

У вагітних другої підгрупи основної групи діагностовано БВ вперше у терміні 12-24 тижнів при їх зверненні у жіночу консультацію для спостереження. У 30 (60 %) були періодичні патологічні виділення до та впродовж вагітності, у 8 (16 %) з'являлися патологічні виділення вперше під час вагітності (не лікувалися), у 12 (24 %) скарг не було, діагноз БВ виставлено на підставі додаткових методів дослідження. Повторного курсу лікування через появу патологічних виділень потребували 15 вагітних (30 %), отже ефективність лікування БВ не залежить від терміну вагітності. До лікування БВ ознаки загрози переривання вагітності спостерігалися у 42 вагітних даної підгрупи (84%), після курсу лікування ознаки загрози переривання вагітності спостерігалися у 29 (38 % \pm 7,18) ($p < 0,05$), що було достовірне вищим, ніж

у контрольній групі та першій підгрупі. Переривання вагітності було у двох випадках (4 %). Внутрішньоутробне інфікування плода, діагностоване на підставі ознак УЗД, було у 36 вагітних (72% \pm 6,35) ($p < 0,05$), що не спостерігалось у контрольній групі та першій підгрупі вагітних. Передчасне вилиття навколоплідних вод було у 14 вагітних (28 % \pm 6,35) ($p < 0,05$), при чому у 12 випадках це вагітні з повторними проявами БВ. При порівнянні даного ускладнення з контрольною групою виявлено достовірну різницю.

Отже, наявність БВ ускладнює нормальний перебіг вагітності, зокрема, є причиною невиношування вагітності, внутрішньоутробного інфікування плода, передчасного вилиття навколоплідних вод. Попередити ускладнений перебіг вагітності можна за наявності негайного своєчасного лікування за появи ознак БВ або при лабораторному діагностуванні.

Висновки

1. Бактеріальний вагіноз є причиною ускладнень вагітності, зокрема, невиношування вагітності (52 %), внутрішньоутробного інфікування плода (72%), передчасного вилиття навколоплідних вод (36 %).

2. Лікування бактеріального вагінозу в першому триместрі вагітності достовірно знижує розвиток загрози переривання вагітності, внутрішньоутробного інфікування плода, передчасного вилиття навколоплідних вод, позитивна динаміка, без розвитку ускладнень вагітності, спостерігалась у 74%.

3. Лікування бактеріального вагінозу у другому триместрі вагітності зменшує кількість випадків із загрозою переривання вагітності на 23 %, однак не попереджує появу внутрішньоутробного інфікування плода.

4. За умови ефективного лікування бактеріального вагінозу у другому триместрі вагітності можна попередити передчасне вилиття навколоплідних вод.

5. Своєчасне ефективне лікування бактеріального вагінозу за появи клінічних ознак або при лабораторному діагностуванні вагітності попереджує ускладнений перебіг вагітності.

Перспективи подальших досліджень

Визначити вплив БВ на функціонування плаценти.

Література

1. Кира Е.Ф. Неспецифический вагинит и его влияние на репродуктивное здоровье женщины (обзор литературы) / Е.Ф.Кира, С.З.Муслимова // Проблемы репродукции. - 2008. - № 5. - С.8-14.
2. Никонов А.П., Асатурова О.Р., Капительный В.А. Инфекции мочевыводящих путей и беременность // Гинекология. - 2007. - Т. 9, № 1. - С.15-21.
3. Назаренко Л.Г. Нова ідеологія профілактики внутрішньоутробних інфекцій при вагітності на фоні дисбіотичних і запальних захворювань піхви / Л.Г. Назаренко, Н.П. Соловйова // Жіночий лікар. - 2013. - № 5. - С.60-66.
4. Сидорова И.С. Результаты сравнительного исследования эффективности применения препаратов местного действия в терапии неспецифических воспалительных заболеваний влагалища / И.С.Сидорова, Е.И.Боровкова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2007. - № 3. - С. 63-66.
5. Verstraelen H. Бактеріальні вагінози: нове в діагностиці та лікуванні / Hans Verstraelen, Rita Verhelst // Жіночий лікар. - 2011. - № 5. - С.18-26.
6. Дубинина В.Т. Клінічний досвід застосування препаратів «Мератин» і «Мератин-комбі» для лікування та профілактики бактеріального вагінозу/ В.Т. Дубинина, А.И. Марченко, О.В. Лук'янчук, А.И. Рибин // Жіночий лікар. - 2018. - № 3. - С.39-42.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ
БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА
У БЕРЕМЕННЫХ***И.Р.Ницович, А.В.Семеняк*

Высшее государственное образовательное
учреждение Украины
«Буковинский государственный медицинский
университет»
(г.Черновцы, Украина)

Резюме.

Введение. Удельный вес генитальных инфекций в структуре материнской и перинатальной заболеваемости составляет, согласно различных литературных данных, около 60 - 80%. Бактериальный вагиноз (БВ) является доказанным фактором развития различных осложнений беременности, негативно влияет на течение беременности, рост и развитие плода.

Цель. Определить влияние БВ на течение беременности и эффективность лечения для предупреждения развития осложнений в зависимости от срока беременности.

Материалы и методы. Материалом для исследования были выделения из влагалища и цервикального канала, методы обследования клинико-лабораторный, микроскопический, бактериологический, ультразвуковое исследование плода, статистический.

Результаты исследования. Проведено клинико-лабораторное обследование 100 беременных с БВ и 20 здоровых беременных в сроке до 24 недель беременности. Проводилось местное лечение БВ по стандартным схемам лечения. Установлено, что эффективность лечения БВ зависит от срока беременности. При отсутствии или неэффективности лечения количество осложнений является достоверно выше, в частности, угрозы прерывания беременности, внутриутробного инфицирования плода, преждевременного отхождения околоплодных вод; частота осложнений возрастает со сроком беременности при отсутствии лечения.

Выводы. Эффективность лечения БВ зависит от срока беременности. При отсутствии или неэффективности лечения количество осложнений достоверно выше, в частности, угрозы прерывания беременности, внутриутробного инфицирования плода, преждевременного отхождения околоплодных вод; при отсутствии лечения частота осложнений возрастает со сроком беременности.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз; внутриутробное инфицирование плода; невынашивание беременности; преждевременное излитие околоплодных вод.

**FEATURES AND TREATMENT OF
BACTERIAL VAGINOSIS
IN WOMEN***I.R. Nitsovych, A.V. Semenyak*

Higher state educational establishment
of Ukraine
«Bukovinian State
Medical University»
(Chernivtsi, Ukraine)

Summary.

Introduction. The prevalence of genital infections in the structure of maternal and perinatal morbidity, according to various published data, about 60 - 80%. Bacterial vaginosis (BV) is a proven factor in the development of various complications of pregnancy, adversely affect pregnancy, fetal growth and development.

Aim. Determine the effect on pregnancy and effectiveness of treatment for the prevention of complications, depending on the stage of pregnancy.

Materials and methods. The material for the study were discharge from the vagina and cervix, methods of examination of clinical and laboratory, microscopic, bacteriological, ultrasound fetal, statistical.

Research results. A clinical and laboratory examination of 100 pregnant women with bacterial vaginosis (BV) and 20 healthy pregnant women up to 24 weeks of pregnancy. Local treatment of BV conducted under standard treatment regimens. It was established that the effectiveness of treatment of BV is independent of gestational age. In the absence of treatment rate is significantly higher, in particular, threatened abortion, fetal infection, premature discharge of amniotic fluid, the incidence of complications increases with gestation the absence of treatment. obstetrics.

Conclusions. The effectiveness of treatment depends on the gestational age. In the absence of treatment failure or complication rate is significantly higher, in particular, threatened abortion, fetal infection, premature discharge of amniotic fluid, in the absence of treatment frequency of complications increases with gestational age.

Key words: bacterial vaginosis; intrauterine infection; miscarriage; premature rupture of membranes.