

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИСБИОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ВЛАГАЛИЩА И ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА У БЕРЕМЕННЫХ

Негматуллаева М.Н., Рахматуллаева М.М.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Одним из главных условий профилактики и лечения осложнений беременности, развившихся на фоне дисбиоза влагалища и цервикального канала, является своевременная их адекватная и комплексная терапия. Коррекция дисбиотических состояний беременной предотвращает инфекционно-воспалительные осложнения как матери (9,3% в 1-й группе и 55% во 2-й), так и плода (у 12,5% детей 1-й группы и 60% 2-ой).

Ключевые слова: дисбиоз влагалища и цервикального канала, микробиоценоз влагалища, коррекция микробиоценоза влагалища.

ҲОМИЛАДОРЛАРДА ҚИН ВА ЦЕРВИКАЛ КАНАЛ ДИСБИОЗИНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ

Негматуллаева М.Н., Рахматуллаева М.М.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Қин ва цервикал канал дисбиозини ўз вақтида адекват ва комплекс даволаш ушбу бузилишлар фонида юзага келган ҳомиладорлик асоратларини олдини олиш ва даволашнинг муҳим шартларидан бири саналади. Ҳомиладор аёлларда дисбиоз ҳолатини коррекция қилиш ҳам оналарда (9,3% 1-группада ва 55% 2-группада), ҳам чақалоқларда (12,5% 1-группа болаларида ва 60% 2-группада) инфекцион-септик асоратларнинг олдини олади.

Калит сўзлар: қин ва цервикал канал дисбиози; қин микробиоценози; қин микробиоценози коррекцияси.

MODERN ASPECTS OF TREATMENT OF DYSBIOTIC CONDITIONS OF THE VAGINA AND CERVICAL CANAL IN PREGNANT WOMEN

Negmatullaeva M. N., Rakhmatullaeva M.M.

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

One of the main conditions for the prevention and treatment of pregnancy complications, developed against the background of vaginal and cervical canal dysbiosis, is their timely adequate and comprehensive therapy. The correction of dysbiotic conditions of the pregnant woman prevents infectious-inflammatory complications as mothers (9.3% in the 1st group and 55% in the 2nd) and the fetus (in 12.5% of children of the 1st group and 60% 2nd).

Keywords: vaginal and cervical canal dysbiosis; vaginal microbiocenosis; correction of vaginal microbiocenosis.

Актуальность

Одним из главных условий профилактики и лечения осложнений беременности, развившихся на фоне урогенитальной инфекции, является своевременная адекватная и комплексная терапия инфекционных заболеваний [1,3,6,7]. Своевременная санация влагалища беременной предотвращает инфицирование плода, его патологические состояния [2,4,5].

Целью данного исследования явилась оценка эффективности комплексной схемы коррекции микробиоценоза нижнего отдела генитального тракта беременных группы риска с применением антисептика "Повидон-йодин" в сочетании с эубиотиками.

Материал и методы

Нами были обследованы 104 беременные женщины. У всех обследованных проведен анализ течения беременности, родов и послеродового периода. Применительно к нашим исследованиям все беременные были разделены на две группы, сопоставимые по основным характеристикам.

Первую группу (основную) составили 64 беременные с различными формами нарушений микробиоценоза влагалища, которым назначалась санация влагалища вагинальным антисептиком "Повидон-йодин" с одновременным поддержанием или восстановлением нормобиоценоза.

Во вторую группу вошли 40 беременных с различными дисбиотическими состояниями влагалища, выявленными непосредственно при поступлении в отделение патологии беременных. Женщинам этой клинической группы комплекс лечебных мероприятий (назначение препарата "Повидон-йодин" и эубиотика) по различным причинам не проводился.

Критериями эффективности лечения были результаты клинического, бактериологического обследований, ультразвуковые критерии плаценты, а также результаты ПЦР-диагностики. В клинических группах анализировались исход беременности, течение родов и раннего послеродового периода, результаты гистологического исследования плаценты.

Средний возраст женщин в группах был сопоставимым - $23 \pm 2,3$ и $25,1 \pm 2,1$ лет соответственно. С целью санации нижних отделов генитального тракта и нор-

мализации влагалищного биотопа пациенткам первой группы назначался препарат "Повидон-йодин" по одному вагинальному суппозиторию дважды в день в течение 5 дней.

Результат и обсуждение

Анализ данных бактериоскопического и бактериологического исследований биотопов влагалища и цервикального канала в 1-й (до лечения) и во 2-й группах показал, что дисбиотический характер выявленных изменений заключался в резком угнетении резидентной микрофлоры влагалища и цервикального канала (лактобактерий), в норме обеспечивающей колонизационную резистентность этого биотопа, на фоне конкурентного замещения представителями факультативной условно-патогенной группы микроорганизмов: аэробов, анаэробов и представителей грибковой флоры.

В результате лечения микробный пейзаж как влагалища, так и цервикального канала существенно изменился. Снизилась концентрация условно-патогенных грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, существенно повысился уровень лактобактерий, снизилось количество грибковой флоры. Положительные результаты терапии антисептиком выражались также в купировании клинических субъективных симптомов на фоне оптимизации уровня pH влагалищной среды, положительной динамики других скрининговых тестов.

Анализ результатов ПЦР-диагностики специфических инфекций у обследуемых беременных 1-й группы показал положительный лечебный эффект препарата в отношении *Trichomonas vaginalis* и *Gardnerella vaginalis*.

Критерием эффективности санации хронической внутриматочной инфекции было снижение частоты многоводия и преждевременного излития околоплодных вод.

Ультразвуковые критерии состояния плаценты на фоне комплексного лечения у беременных 1-й группы имели положительную динамику. Достоверно снижалась толщина плаценты (в 18,5%) и число случаев выявления повышенной эхогенности и неоднородной гомогенности (в 29,6%), что свидетельствовало о купировании воспалительного процесса в плаценте. Частота встречаемости варикозного расширения сосудов плаценты и межворсинчатого пространства в 1-й и 2-й группах (55,6% и 53,4%), а также кист и кистозных включений (88,9% и 86,2%) достоверно не отличалась.

Эффективность проводимого комплекса лечебных мероприятий в плане профилактики невынашивания отражает срок родоразрешения, который составил соответственно в 1-й группе - 38,4, а во 2-й - 36,2 недели гестации.

Анализ течения раннего неонатального периода у детей, рожденных участницами исследования, показал, что частота рождения недоношенных детей в 1-й группе составила 3,1%, в то время как во 2-й группе этот показатель был равен 40%. Антропометрические данные новорожденных свидетельствуют о том, что при отсутствии достоверных различий в длине тела прослеживалась тенденция к рождению маловесных детей у женщин 2-й группы. Выявлено нормальное течение периода адаптации в исследуемых группах де-

тей со следующей частотой: в 1-й - 37,5%, во 2-й - 15%. В то же время клинические проявления внутриутробной инфекции в виде конъюнктивита, ринита, омфалита, ранней желтухи, патологического стула, характерные для раннего неонатального периода, выявлены у 12,5% детей 1-й группы и у 60% детей 2-й группы.

Критерием эффективности санации инфекции при беременности, помимо вышеуказанных показателей, является характеристика течения раннего послеродового периода. Частота возникновения инфекционно-воспалительных осложнений у наблюдаемых нами женщин составила 9,3% в 1-й группе и 55% во 2-й. Частота вынужденного применения антибиотикотерапии в послеродовом периоде: 34,3% и 80% соответственно исследуемым группам. Пребывание беременных в послеродовом отделении составило в среднем 4 и 6,3 суток соответственно.

Таким образом, лечебный комплекс, примененный нами в 1-й группе, позволяет не только сократить пребывание женщин в послеродовом отделении, но и эффективно предупреждать послеродовые осложнения.

Нами проведен анализ данных патоморфологического исследования плацент у женщин обеих клинических групп. У беременных 1-й группы гистоструктура плацент существенно отличалась от таковой у женщин 2-й группы (у беременных 2-й группы на различных сроках гестации была диагностирована внутриматочная инфекция, однако по различным причинам санация не проводилась).

В обеих клинических группах в ткани плаценты преобладало подавление компенсаторных сосудистых реакций в виде гипоплазии сосудистого русла ворсин, фиброзной облитерирующей ангиопатии. Однако у беременных 2-й группы субтотальные воспалительные изменения в виде обширных очагов виллузита, перивиллузита, хорионита и плацентита отмечались в два раза чаще, чем в 1-й группе.

Во 2-й группе определялась активация инволютивных процессов на фоне дифференцировки, соответствующей сроку гестации. Число плацент с дифференцировкой, адекватной срокам гестации, в 1-й группе оказалось вдвое больше, а количество плацент с активацией инволютивных процессов встречалось вдвое реже. В 45% случаев у беременных 1-й группы в ткани плаценты отсутствовали признаки воспаления, в 55% отмечались невыраженная воспалительная клеточная инфильтрация и деструктивные изменения, преобладал мелкоочаговый виллузит, рассеянный васкулит в опорных ворсинах. В 82% случаев в 1-й группе беременных компенсаторные сосудистые реакции в плаценте были сохранены, а среди плацент, имеющих признаки воспаления, обращало на себя внимание увеличение объема маточно-плацентарного кровотока за счет уменьшения фиброзной облитерирующей ангиопатии.

Хочется отметить, что при проведении терапии препаратом "Повидон-йодин" нами не было выявлено случаев непереносимости препарата, а также побочного действия на организм матери и плода.

Выводы:

1. Комплексная терапия суппозиториями вагинальными "Повидон-йодин" с одновременным включением реабилитационно-восстановительного этапа с по-

мощью эубиотиков оказывает выраженный эффект в отношении восстановления количественного соотношения микробных ассоциантов.

2. Проведение медикаментозного лечения у беременных с дисбиозом влагалища позволяет достоверно снизить частоту развития послеродовых гнойно-септических осложнений и таких гестационных осложнений, как несвоевременное излитие околоплодных вод, хроническая фетоплацентарная недостаточность и преждевременное старение плаценты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ворошилина Е.С., Тумбинская Л.В., Донников А.Е., Плотко Е.Э., Хаятин Л.В. Биоценоз влагалища с точки зрения количественной ПЦР: изменения и коррекция во время беременности //Инфекции в гинекологии. - 2010. Т. 68. №3. С. 108-111.
2. Липова Е.В. Роль условно-патогенной биоты в патологии урогенитального тракта женщин //Вестник последипломного медицинского образования. 2008. №1. С.13-16.
3. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М. Исследование БИОС: сравнительная оценка различных схем лечения бактериального вагиноза и неспецифического вульвовагинита //Status Praesens. 2013. №1(12).С.52-55.
4. Рахматуллаева М.М. Бактериальный вагиноз и репродуктивное здоровье женщины //Медицинский журнал Узбекистана. 2016. №1. С.85-88.
5. Стрижаков А.Н., Буданов П.В. Состояние микроценоза влагалища и способы коррекции его нарушений во время беременности //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2007. №5(6). С.90-93.
6. Varma R., Gupta J.K. Antibiotic treatment of bacterial vaginosis in pregnancy: multiple meta-analyses and dilemmas in interpretation //Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2006. Vol. 124. P. 10-14.
7. Ya W., Reifer C., Miller L.E. Efficacy of vaginal probiotic capsules for recurrent bacterial vaginosis: a double-blind, randomized, placebo-controlled study //Am. J. Obstet. Gynecol. 2010. Vol. 203. №2. P. 120.

Поступила 02.03. 2019