

Профилактика послеродовых инфекций у женщин с бактериальным вагинозом

В.Е. Радзинский, И.М. Ордянц

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (зав. кафедрой – проф., д.м.н. В.Е.Радзинский), Москва

Гинекология. Журнал для практических врачей. Том 08/N Инфекционная патология в гинекологии

В последнее десятилетие у женщин многих стран мира отмечен рост инфекций влагалища, которые прочно занимают первое место в структуре акушерско-гинекологических заболеваний. Такие социальные процессы, как урбанизация общества, ухудшение экологической обстановки, а также последствия бесконтрольного применения лекарств (в первую очередь антибиотиков), оказывают отрицательное влияние на здоровье человека.

На общем фоне увеличения частоты хламидиоза, трихомоноза, гонореи и других сексуально-трансмиссионных заболеваний (СТЗ) наблюдается увеличение частоты инфекций влагалища, протекающих с участием микроорганизмов, входящих в состав нормальной микрофлоры влагалища. Стало очевидным, что нормальная флора половых путей при определенных условиях приобретает патогенные свойства, а ее представители становятся возбудителями целого ряда заболеваний. Это побуждает более пристально исследовать состояние микробиоценоза влагалища как потенциального резервуара микробов-возбудителей, которые могут вызывать патологический процесс.

Нарушение микроэкологии влагалища – бактериальный вагиноз (БВ) – наиболее широко распространенное состояние у женщин репродуктивного возраста. В работах многих авторов было показано, что частота обнаружения БВ во многом зависит от контингентов обследуемых женщин. Она составляет 17–19% в группах планирования семьи, 24–37% среди лиц, находящихся на лечении в клиниках венерических заболеваний, 15–37% – у беременных женщин и у 61–87% среди пациенток с патологическими белями [1].

Данные о заболеваемости женщин БВ переменны, так как зависят от исследуемых популяций, характера применяемых методов диагностики, трактовки клинических проявлений данного заболевания и других факторов. По данным Е.Ф. Кира (2001), частота заболевания варьирует от 4% у женщин, не предъявляющих жалоб, до 86,8% у пациенток, обращающихся на прием в различные клиники. Клиническое значение БВ определяется тем, что они увеличивают риск развития таких осложнений, как самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, преждевременное отхождение околоплодных вод, хориоамнионит, внутриутробное инфицирование плода. В послеродовом периоде нарушения в балансе микрофлоры влагалища могут стать причиной серьезных инфекционных осложнений у родильниц: метроэндометрита, перитонита, сепсиса. Кроме того, микроорганизмы родовых путей рожениц являются одним из главных факторов колонизации организма новорожденных [2].

Вместе с тем, несмотря на многочисленные исследования, посвященные коррекции микробиоценоза влагалища, терапия БВ во время беременности остается сложной проблемой. Лечение БВ в ранние сроки беременности является наиболее эффективной профилактикой осложнений во время беременности и родов.

Таким образом, малоэффективность традиционных методов лечения БВ, высокая частота рецидивов диктуют необходимость разработки и обоснования новых принципов этиотропной и патогнетической терапии.

Цель и задачи исследования: изучить эффективность и безопасность антисептика «Бетадин» в лечении беременных с БВ.

Характеристика и состав Бетадина. Действующее вещество: 200 мг повидона йодида в одном суппозитории.

Благодаря своему антисептическому и дезинфицирующему действию, высвобождаясь из комплекса с поливинилпирролидоном, йод образует с белками йодамины, вызывает их коагуляцию и гибель микроорганизмов. При этом бетадин сохраняет нормальные значения кислотности среды влагалищного содержимого.

Дизайн клинического изучения. Под наблюдением находились 25 беременных, из них 15 – с БВ (основная группа) и 10 – условно здоровых беременных (группа сравнения).

Клинический мониторинг беременных осуществлялся до и после завершения курса лечения. Все лабораторные исследования проводились перед началом лечения, через 2 нед от момента начала лечения и через 4 нед после его завершения. Таким образом, первое исследование служило базовым значением, результат второго исследования характеризовал клиническую эффективность применявшегося препарата, а третье – восстановление микробиоценоза гениталий.

Все пациентки с БВ использовали для лечения БВ бетадин интравагинально по 1 суппозиторию 1 раз в день в течение 14 дней, после проведенного лечения – короткий курс терапии эубиотиком (флорадофилус) *per os* в течение 14 дней.

Критерии включения: репродуктивный возраст, диагностированный БВ во время беременности, желание и возможность участвовать в исследовании.

Критерии исключения:

- кольпиты установленной специфической этиологии: гонорейной, хламидийной, микоплазменной, грибковой, трихомонадной;
- вызванные «неспецифической» микрофлорой: кишечной палочкой, стрептококком, стафилококком золотистым и эпидермальным, определяемые в титрах 10^6 КОЕ и более.

Критериями эффективности в соответствии с протоколом были:

- показатели состояния здоровья (удовлетворительное общее состояние, отсутствие острых заболеваний);
- результаты бактериоскопического и бактериологического анализа микроэкологии гениталий, количественная ПЦР диагностика;
- определение sIgA.

Оценка безопасности – отрицательные явления, их связь с использованием антисептика «Бетадин».

После лабораторного исключения пациенток, у которых были обнаружены трихомонады, хламидии, антиген вируса простого герпеса и цитомегаловируса, неспецифические вагиниты, были выделены пациентки, страдающие БВ (15 женщин).

Средний возраст женщин с БВ в момент обследования составил $25,6 \pm 0,5$ года, в контрольной группе – $32,4 \pm 0,7$ года. Возраст менархе оказался примерно одинаковым в двух группах и составил: $13,8 \pm 2,4$ года и $12,6 \pm 2,3$ года соответственно. Возраст начала половой жизни также не имел отли-

чий в контрольной и основной группе ($p > 0,05$) и составил в среднем $21,6 \pm 3,4$ и $22,7 \pm 4,1$ года соответственно.

На основании анамнеза изучен исход предыдущих беременностей. Наиболее частым осложнением у беременных с БВ являлись угроза прерывания беременности (у $40,96 \pm 5,05\%$ беременных с БВ и у $21,88 \pm 3,67\%$ в контрольной группе, $p < 0,05$). Следующее место по частоте среди осложнений беременности занимал гестоз, который встречался у каждой третьей пациентки с БВ. Среди беременных с БВ у каждой пятой пациентки с БВ предыдущая беременность протекала на фоне обострения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительной системы. Обращает на себя внимание частота плацентарной недостаточности (ПН) в анамнезе пациенток с БВ, которая в 2 раза превышала аналогичный показатель в контрольной группе ($13,25 \pm 2,51$ и $6,25 \pm 1,48\%$ соответственно, $p < 0,05$). В основе ПН у обследованных основной группы преобладало предлежание и низкое прикрепление плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и плотное ее прикрепление встречалось в анамнезе пациенток с БВ в 1,5 раза чаще, чем в контрольной группе.

При изучении особенностей течения предыдущих родов установлено, что по сравнению с контрольной группой роды у женщин при БВ более чем в 1,5 раза чаще осложнялись аномалиями родовой деятельности (46,7 и 26,6% соответственно). Из них слабость родовой деятельности имела место у 13,3% женщин с БВ, быстрые и стремительные роды – у (6,7%), дискоординированная родовая деятельность – также у 6,7%. Наиболее частым осложнением родов являлось несвоевременное излитие околоплодных вод, которое было обнаружено у трети рожениц с БВ. Высоким оказался и акушерский травматизм. Так, у беременных с БВ разрыв шейки матки произошел у 3 пациенток, что значительно больше, чем в контрольной группе – у 1 пациентки. Весьма характерными оказались при БВ показатели гнойно-септической послеродовой заболеваемости: послеродовые гнойно-воспалительные заболевания отмечены у 6,7% рожениц, лихорадка в родах (повышение температуры тела до 38 °С и выше) имела место у 13,3% родильниц с БВ.

Таким образом, данные свидетельствуют о возможной связи БВ с недонашиванием беременности, ПН, а также послеродовыми заболеваниями (метроэндометриит, субинволюция матки, инфицирование швов).

Для выполнения поставленных в исследовании задач проведены микробиологические исследования. Микроскопическое исследование влагалищного содержимого в группах сравнения было представлено следующим образом. В цитограммах здоровых беременных элементов влагалищного эпителия характеризовались наличием значительного количества элементов стромы в виде мелких клеток с округло-вальным ядром и небольшой зоной протоплазмы, расположенных в группах или изолированно, нередко с базофильной протоплазмой. Контурность клеток влагалищного эпителия нередко обладала расплывчатостью. Количество лейкоцитов – единичные в поле зрения ($p < 0,01$). Степень чистоты влагалищной флоры I–II. Обследование беременных с вагинозом показало, что в мазке имелись в небольшом количестве эпителиальные клетки полигональной формы с точечными пикнотическими гиперхромными ядрами, среди которых присутствовало значительное количество клеток малого размера. В мазках – незначительное количество лейкоцитов и обильное количество патогенной и условно-патогенной микрофлоры. Степень чистоты влагалищной флоры чаще II (53%) и III (47%).

Таким образом, у 11 (73,3%) женщин с БВ отмечены гипо- или атрофические изменения слизистой оболочки влагалища с выраженной десквамацией эпителиальных клеток и

образованием ключевых клеток. У 26,7% беременных цитологическая картина соответствовала нормальному типу строения слизистой оболочки. Эти результаты свидетельствуют о том, что для БВ не характерна реакция воспаления.

С целью выявления бактериологической обсемененности родовых путей были проведены микробиологические исследования.

Оценка результатов проведенного исследования показала высокую обсемененность патогенной и условно-патогенной микрофлорой беременных с БВ.

Бактериологическое исследование выявило рост микроорганизмов (аэробы и анаэробы) у 80% беременных с БВ. В 20% при БВ культуральные исследования были отрицательными. Количественные исследования микрофлоры влагалища показали, что при БВ общее число бактерий во влагалище возрастает до 10^9 – 10^{11} КОЕ/мл выделений, тогда как в нормальной вагинальной экосистеме их количество не превышало 10^5 – 10^6 КОЕ/мл выделений ($p < 0,05$). Общее число видов микроорганизмов у здоровых женщин составило 9, что в 2,2 раза меньше, чем при БВ.

При БВ, несмотря на менее выраженные видовые диапазоны микроорганизмов, их ассоциации отмечены у 13 пациенток, что составило 87%. В контрольной группе значительно чаще и в большем количестве определялись молочнокислые бактерии: лактобактерии – у 100% обследованных, *Lactobacillus acidophilus* – у 90%, бифидобактерии – у 60%, *Bifidobacterium adolescentis* – у 20%. Из грамотрицательных облигатных анаэробных бактерий так же, как и при БВ, доминировали бактероиды (20%), в 1 (10%) случае выделялась кишечная палочка. Микробиоценоз влагалища у женщин с БВ представлен: условно-патогенными стафилококками (26,7%), кишечной палочкой (13,3%). Наряду с данными микроорганизмами выявлены патогенные стафилококки, стрептококки, цитробактер – в 6,7%.

Суммируя все изложенное, можно сделать вывод, что у беременных с БВ влагалищная микрофлора состоит из комбинации аэробных и строгих анаэробных микроорганизмов, существующих в симбиозе друг с другом. Проводилось исследование содержания секреторного Ig A влагалищного секрета. Концентрация секреторного Ig A влагалищного секрета у женщин с БВ были в 2 раза ниже показателей контрольной группы.

Таким образом, выраженное снижение иммунитета в сочетании с высокой обсемененностью слизистых оболочек влагалища обуславливало выделение беременных с БВ в группу риска по реализации восходящей инфекции у матери и развитию гнойно-воспалительных заболеваний плода и новорожденного.

Основываясь на том, что БВ – это дисбактериоз влагалища с нарушением микроэкосистемы, нами были сформулированы и обоснованы принципы лечения этого заболевания. Назначенное лечение состояло из мероприятий, направленных на снижение повышенного количества строгих анаэробных бактерий и нарушение ассоциативных связей между ними (бетагин интравагинально по 1 суппозиторию 1 раз в день в течение 14 дней); восстановление нормального или максимально приближенного к норме микробиоценоза влагалища. Восстановление микробиоценоза родовых путей (биологическая санация) основано на применении БАД «Флорадофилус» по 2 капсулы в день в течение 14 дней.

Микроскопическое исследование содержимого влагалища обследованных женщин до и после лечения показало, что у женщин с БВ после лечения, в сравнении с аналогичными показателями до лечения, выявлено преобладание эпителиальных клеток полигональной формы. Количество палочек Додерлейна увеличилось с 20 до 82%, количество лейкоцитов уменьшилось до 10^4 в поле зрения, преобладала I–II сте-

пень чистоты у 87% женщин. Таким образом, коррекция микробиоценоза родовых путей беременных способствовала нормализации микроскопической картины при БВ.

При бактериологическом исследовании родовых путей у женщин с БВ установлено, что обсемененность влагалища после лечения снизилась до 25%. При анализе видового состава микроорганизмов, выделенных из цервикального канала после проведенного лечения, отмечено снижение удельного веса грамотрицательной флоры в 2 раза, ассоциаций различных микроорганизмов – в 3 раза.

Для оценки эффективности предложенного метода профилактики гнойно-септических осложнений у беременных с БВ исследовалась иммунологическая резистентность. После лечения уровень секреторного иммуноглобулина А повысился с $0,32 \pm 0,02$ до $0,51 \pm 0,03$, что соответствовало значениям контрольной группы. Клиническое выздоровление и нормализацию лабораторных показателей наблюдали у 86,7% пациенток.

Таким образом, разработанный комплексный метод лечения беременных с БВ, включающий антисептик «Бетадин», с последующим назначением зубиотиков позволяет добиться излечения у 86,7% и стойкой ремиссии у 93,3% пролеченных беременных с БВ. Критериями выздоровления пациенток с БВ, пролеченных по предложенной методике, являются исходы беременности и родов. Частота досрочного прерывания беременности снижается в 2 раза, преждевременное излитие околоплодных вод – в 2,5 раза; родовой травматизм – в 1,5 раза; послеродовые эндометриты – в 2,7 раза; инфекционно-воспалительная заболеваемость новорожденных – в 4 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Современные представления о бактериальном вагинозе. Вестн. Рос. акад. акуш.-гин. 1996; 3: 40–2.
2. Кира Е.Ф. Тержинан в лечении бактериального вагиноза и урогенитального кандидоза. Журн. акушерства и жен. бол. 1998; 2: 27–30.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

УВЕЛИЧЕНИЕ ВЕСА МЕЖДУ БЕРЕМЕННОСТЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ, УВЕЛИЧИВАЮЩИМ РИСК ОРАЛЬНЫХ РАСЩЕЛИН У ДЕТЕЙ

Значительное увеличение веса между беременностями, кажется, является фактором, увеличивающим риск оральных расщелин у потомства, согласно результатам, полученным американскими и шведскими исследователями.

"Мы обнаружили, что значительное увеличение веса матери между первой и второй беременностями ассоциировалось с повышением риска рождения ребенка с волчьей пастью", - сказал доктор Эдуардо Виллемор (Eduardo Villamor).

Как сообщается в июньском выпуске "American Journal of Epidemiology", доктор Виллемор (Harvard School of Public Health,

Boston) и коллеги изучили данные более чем 220 000 шведских женщин, имевших первые две беременности между 1992 и 2004 годами.

Исследователи оценили риск оральных расщелин у потомства относительно изменения индекса массы тела матери (ИМТ) за период от начала первой беременности до начала второй.

У женщин, чей ИМТ повысился на 3 или больше единиц, откорректированный риск изолированной "волчьей пасти" был в 2,3 раза выше, чем у пациенток без существенного изменения ИМТ. Однако, изменение в ИМТ не ассоциировалось с риском "заячьей губы".

Неожиданной находкой стала ассоциация между изолированным риском волчьей пасти и более длинным интервалом между беременностями, с линейным увеличением от 0,3 на 1000 живых рождений у женщин с интервалами между беременностями менее 1 года, до 0,9 при интервале 4 года или больше.

Комментируя влияние увеличения веса, доктор Виллемор добавил, что, "хотя механизмы, объясняющие данную ассоциацию все еще неясны, эта находка подтверждает важность поддержания здорового веса в течение жизни".

www.gen.su