

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2013 • Том 7 • № 1

**Оптимизация
предоперационной подготовки
перед реконструктивно-пластическими
операциями в гинекологии**

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В СТРУКТУРЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Апресян С.В., Аракелян В.Ф., Абашидзе А.А.

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва

Резюме: инфекции, ассоциированные с беременностью, родами и послеродовым периодом, представляют собой угрозу для беременной женщины, плода и новорожденного и уже на протяжении нескольких веков являются серьезной проблемой для врачей. Преждевременные роды, зачастую с неясной этиологией, являются основной причиной неонатальной смертности во всем мире. Взаимосвязь между изменениями микробиоценоза влагалища и преждевременными родами недостаточно изучена.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, преждевременные роды, ВУИ.

Инфекции, ассоциированные с беременностью, родами и послеродовым периодом, представляют собой угрозу для беременной женщины, плода и новорожденного и уже на протяжении нескольких веков являются серьезной проблемой для врачей [17]. Несмотря на целенаправленные научные исследования, совершенствование методов диагностики и новейшие достижения в области фармакологии, частота инфекционно-воспалительных осложнений при беременности не снижается [13]. Бактериальный вагиноз (БВ) – наиболее часто встречаемое инфекционное заболевание среди сексуально активных женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Практически каждая современная женщина хотя бы раз в течение жизни перенесла БВ [8]. По данным различных авторов, частота возникновения БВ варьирует от 30 до 60-80% в структуре воспалительных заболеваний половых органов [10]. Среди гинекологических пациенток БВ выявляется с частотой до 60% [9]. По частоте в структуре воспалительных заболеваний половых органов у женщин репродуктивного возраста БВ составляет 40-60%, у беременных женщин – 20-25% [17].

По тяжести клинических проявлений выделяют три степени бактериального вагиноза:

1-я степень – компенсированный, для которого характерно полное отсутствие в исследуемом материале микрофлоры при неизменных эпителиоцитах. Указанное состояние слизистой влагалища не рассмат-

ривается в качестве патологического, но отсутствие лактобактериальной флоры свидетельствует о принципиальной возможности заселения пустующей экологической ниши попадающими с наружных половых органов микроорганизмами и последующим формированием БВ. Описанные формы могут наблюдаться при микроскопии в результате «чрезмерной» подготовки пациентки к посещению врача или же после проведения интенсивной химиотерапии антибактериальными препаратами широкого спектра действия.

2-я степень – субкомпенсированный, характеризующийся количественным снижением лактобактерий, соизмеримым с возрастанием количества сопутствующей грамвариабельной полиморфной бактериальной флоры, и появлением в поле зрения единичных (1-5) «ключевых» клеток при относительно умеренном лейкоцитозе (15-25 в поле зрения). «Ключевые» клетки могут быть представлены как покрытыми бактериальной флорой снаружи эпителиоцитами, так и содержащими бактерии внутриклеточно ввиду неспецифического осуществления эпителиальными клетками функций фагоцитоза.

3-я степень – декомпенсированный, являющийся клинически выраженным в соответствии с симптоматикой БВ и микроскопически характеризующийся полным отсутствием лактобактерий, когда все поле зрения заполнено «ключевыми» клетками. Бактериальная флора при этом может быть представлена самыми различными, за отсутствием лактобактерий, микроорганизмами как в монокультуре, так и в различных морфо- и видовых сочетаниях [6].

Возможен половой путь передачи БВ, о чем свидетельствуют следующие факторы: одновременное выделение *G. vaginalis* из половых путей женщин, страдающих БВ, и их партнеров; высокая частота реинфекций у излеченных женщин, половые партнеры которых не лечились; достоверные случаи заболевания БВ женщин после половых контактов с мужчинами, у которых обнаружены *G. vaginalis* [3]. Этиология преждевременных родов (ПР) остается неизвестной и методы предотвращения отсутствуют [13]. Факторы риска ПР в настоящее время хорошо изучены. Однако 30-50% ПР происходят без видимой причины.

Наиболее значимыми факторами риска развития идиопатических ПР являются социально-демографические и медицинские. К социально-демографическим относятся следующие факторы: низкое социально-экономическое положение, неблагоприятные условия труда (воздействие бензола), психоэмоциональный стресс, интенсивное курение (более 10 сигарет в день), употребление наркотиков, возраст младше 17 и старше 34 лет, национальная принадлежность [5,11,16]. Медицинские факторы, существующие до беременности: ПР в анамнезе (одни ПР в анамнезе увеличивают риск их повторного возникновения в 4 раза, двое – в 6 раз), привычное невынашивание, отягощенный акушерский анамнез, высокий паритет родов, аномалии мочеполовой системы, экстрагенитальные заболевания, низкий индекс массы тела, генетическая детерминированность (низкий вес матери при рождении, аллельная принадлежность женщины по гену GPIIIA) [2,4].

Имеют значение и медицинские факторы, возникшие при данной беременности: многоплодная беременность (около 30% ПР), многоводие, маловодие, истмико-цервикальная недостаточность, кровотечение в дородовом периоде, патология плаценты (предлежание, отслойка), преждевременный разрыв плод-

ных оболочек (25-38% случаев), гипер и гипотензия, преэклампсия, анемия, фето-плацентарная недостаточность [2], врожденные пороки развития (ВПР) плода, изосенсибилизация, тромбофилические нарушения, инфекции (бессимптомная бактериурия, b-стрептококк, хламидиоз, бактериальный вагиноз, хориодецидуальный воспалительный синдром [11]. Преждевременные роды, зачастую с неясной этиологией, являются основной причиной неонатальной смертности во всем мире [15].

Согласно данным Goldenberg, Hauth, Andrews, внутриматочная инфекция является причиной преждевременных родов в 25-40% случаев [14]. Zhou, Brotman, Gajer утверждают о том, что взаимосвязь между изменениями микробиоциноза влагалища и преждевременными родами недостаточно изучена [19].

Согласно данным Майсурадзе показана эффективность комбинированной терапии бактериального вагиноза с применением иммуномодулирующего препарата у беременных, подверженных воздействию металлополлютантов, что способствует снижению числа осложнений беременности, родов, послеродового периода и уменьшению риска внутриутробного инфицирования плода [7].

Литература:

1. Анохин В.А., Хапиуллина С.В. Бактериальный вагиноз как причина преждевременных родов и внутриутробного инфицирования. Казан. мед. журнал. 2001; 82 (4): 295-298.
2. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г. Этиопатогенез невынашивания беременности. Журнал акушерства и женских болезней. 2004; Т. LIII (1): 37-41.
3. Занько С.Н. Бактериальный вагиноз: проблема и возможные пути решения. Охрана материнства и детства. 2009; 82-87.
4. Запертова Е.Ю. Роль интегринов и цитокинов в генезе привычного невынашивания беременности: Дис. ... канд. мед. наук. М. 2006; 5-13. 5. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Вып. 2. Под ред. В.И. Кулакова. М. 2006; 35-71, 112-129.
6. Мальцева Л.И. Бактериальный вагиноз: наш опыт лечения препаратом «ГИНАЛГИН». Практическая медицина. 2010; 95-97.
7. Майсурадзе Л.В. Нарушения иммунного статуса и иммунокоррекция у беременных с бактериальным вагинозом. Вестник Волгоградского мед. университета. 2011; 4: 86-88.
8. Муслимова С.З. Современные представления о бактериальном вагинозе: обзор. Российский вестник акушера-гинеколога. 2008; 8 (1): 13-17.
9. Ордынец И.М., Четвертакова Э.С., Чымба А.А., Клычмамедова Г.Б. Бактериальный вагиноз: диагностика и лечение на современном этапе. Земский врач. 2011; 28-30.
10. Тихомиров А.Л. Фторхинолоны – препараты выбора для терапии ИППП в акушерско-гинекологической практике. Гинекология. 2009; 11 (1): 9-12.
11. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок: руководство для врачей. М. 2006; 447 с.
12. Bergstrom S. Infection-related morbidities in the mother, fetus and neonate. J. Nutr. 2003.
13. Facchinetti F, Paganelli S., Venturini P. et al. Mediatori bio-chimici delle modificazioni cervicali nel parto pretermine. G. ital. ostet. e ginecol. 2006; 28 (1-2): 11-15.
14. Goldenberg R.L., Hauth J.C., Andrews W.W. Intrauterine infection and preterm delivery. New England Journal of Medicine. 2000; 1500-1507.
15. Hack M., Fanaroff A.A. Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age in the 1990s. Seminars in Neonatology. 2000; 5 (2): 89-106.
16. He Shang-bin. Клиническое изучение факторов преждевременных родов и факторов их предотвращения. China J. Mod. Med. 2006; 16 (7):1096-1098.
17. Khosravi A.R., Eslami A.R., Shokri H. et al. Zataria multiflora cream for the treatment of acute vaginal candidiasis. Int. J. Gynaecol. Obstet. 2008; 7 (5): 75-80.
18. Wendel G.D., Jr. Syphilis. In: Principle and practice of medical the rapy in pregnancy (Gleicher, N.[ed.], Gall, S.A., [Sectioned.]), pp.703-711. 3rd edition. Appleton and Lange Stamford, Connecticut, USA, 1998.
19. Zhou X., Brotman R, Gajer P, Abdo Z., Schøyette U., Sam Ma, Ravel J., Forney L. Recent Advances in Understanding the Microbiology of the Female Reproductive Tract and the Causes of Premature Birth. Infect. Dis. Obstet. Gynecol. 2010.

THE ROLE OF BACTERIAL VAGINOSIS IN PRETERM LABOR

Apresyan S.V., Arakelyan V.F., Abashidze A.A.

FGBOU BOU VPO "Russian University of People's Friendship", Moscow

Abstract: Infections associated with pregnancy, labor and postpartum period pose a threat to the pregnant woman, fetus and newborn baby and remain a serious issue for physicians over several centuries. The preterm labor which often may not have a clear etiology is the major cause of neonatal deaths worldwide. The relationship between changes in vaginal microbocenosis and preterm labor is not sufficiently well studied so far.

Key words: bacterial vaginosis, preterm labor, intrauterine infections (IUI).