

УДК 618.215-008.87:618.2/4-036

**НАРУШЕНИЕ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН****Черезова Ю.М.***ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Самара, e-mail: info@samsmu.ru*

Проблема нарушений биоценоза влагалища во время беременности актуальна в акушерской практике, так как изменения микрофлоры влагалища ведут к осложненному течению беременности, родов и послеродового периода, а также к развитию инфекционно-воспалительных процессов у матери и плода. Мы поставили перед собой задачу изучить нарушения биоценоза влагалища у беременных женщин и провести анализ исхода беременности для матери и плода у женщин с нарушением биоценоза влагалища во время беременности. Проведено проспективное исследование 131 женщины. Женщин обследовали при взятии их на учет по беременности по принятым стандартам и по нашему разработанному алгоритму. По данным наших исследований, высокая частота бактериального вагиноза (8,2%) была в первом триместре, и можно предположить, что именно с восходящим инфицированием возможны ранние потери беременности.

**Ключевые слова:** биоценоз влагалища, беременность**INFRINGEMENT OF THE BIOCENOSIS OF THE VAGINA AT PREGNANT WOMEN****Cherezova J.M.***The state budgetary educational institution of high professional education «The Samara's state medical institute» the Ministry of Health and social development, Samara, e-mail: info@samsmu.ru*

The problem of infringements of a biocenosis of a vagina during pregnancy is actual in obstetric practice as changes of micro flora of a vagina conduct to the complicated current of pregnancy, childbirth and the postnatal period, and also to development infectious – inflammatory processes at mother and a fetus. We set out to examine violations of vaginal biocenosis in pregnant women and to analyze the outcome of pregnancy for both mother and fetus in women with vaginal biocenosis violation during pregnancy. A prospective study of 131 women. Women surveyed in the capture of their registration for the pregnancy to the accepted standards and in our developed algorithm. According to our research, the high frequency of bacterial vaginosis (8,2%) was in the first trimester, and we can assume that it is possible with the rising infection early pregnancy loss.

**Keywords:** vagina biocenosis, pregnancy

В последнее десятилетие при перинатологических исследованиях большое значение стали придавать I триместру беременности, так как именно в этот период происходит формирование фетоплацентарной системы, закладка органов и тканей эмбриона, что в большинстве случаев определяет течение беременности и ее исход. Многочисленные анатомические и функциональные барьеры защищают плод от неблагоприятного воздействия, в том числе и от инфекционного поражения [2, 7].

Местная противoinфекционная резистентность обеспечивается сложным комплексом защитных приспособлений, включающих в себя анатомо-физиологические особенности слизистых оболочек, секреторную иммунную систему, фагоцитирующие клетки, гуморальные микробоцидные факторы, нормальную микрофлору. Защитными свойствами обладает и цитотрофобласт после 6 недель беременности, когда процессы инвазии приобретают наиболее интенсивный характер. Барьерную роль выполняют децидуальные и амниотические оболочки, где в I триместре находятся клетки Кашенко-Гофбауэра, обладающие функциями макрофагов. Однако перечисленные механизмы местной защиты зачастую оказываются недостаточными. В случае раннего проникно-

вения инфекции к плодному яйцу она может нарушить дифференцировку и пролиферацию клеток, негативно повлиять на процесс плацентации, исказить обменные процессы, что, в конечном счете, ведет к гибели эмбриона и прекращению беременности.

Ведущую роль в нарушении развития эмбриона играет срок гестации, при котором воздействует повреждающий агент. Так, в I триместре риск инфицирования составляет 15%, во II – 45%, а в III – 70% [2, 4]. Тяжесть заболевания новорожденного имеет обратную зависимость [9].

В настоящее время проведен ряд исследований, свидетельствующих о роли дисбиотических нарушений микробиоценоза влагалища, в частности бактериальный вагиноз в развитии патологии беременности, родов и послеродовых инфекционных осложнений [1, 5, 8]. Первый триместр беременности является наиболее важным в формировании и дальнейшем развитии плода. Большинство гестационных потерь (71,4–74,5%) приходится именно на I триместр беременности [1]. При этом достоверно чаще повышается риск развития хронической плацентарной недостаточности, преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тел, послеродового эндометрита, раневой инфекции [3, 5, 6].

Цель нашего исследования – изучение нарушения биоценоза влагалища у беременных женщин и анализ исхода беременности для матери и плода у женщин с нарушением биоценоза влагалища во время беременности.

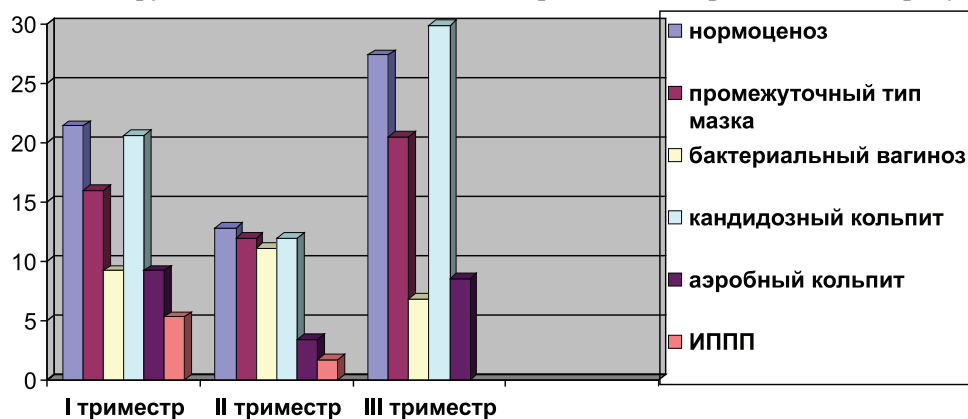
### Материалы и методы исследования

Проведено проспективное исследование 131 женщины с трех акушерских участков муниципальной поликлиники №1 г. Самары в период с 2007–2008 г. Женщин обследовали при взятии их на учет по беременности по принятым стандартам и по нашему разработанному алгоритму, который включал несколько направлений: проведение тестов Амсела с бактериоскопической оценкой биоценоза влагалища; дифференциальная диагностика БК, УГК и ИППП; подтверждение клинического диагноза.

Проводили анализ течения беременности в I, II, III триместрах, течение родов, а также оценку новорожденных.

### Результаты исследования и их обсуждение

Средний срок взятия женщин на учет, в наших исследованиях 131 беременной, составил  $7 \pm 1,2$  нед. в интервале 5–9 недель беременности. Срок беременности для всех беременных определялся с первого дня последней менструации.



Средний возраст беременных составил  $27,0 \pm 3,1$  лет.

Гинекологический анамнез был отягощенным у большинства пациенток: хронический сальпингоофорит – у 6 (4,6%); эрозия шейки матки – у 6 (4,6%); миома матки – у 6 (4,6%); генитальный герпес с периодическими обострениями – у 10 (7,6%).

По данным репродуктивного анамнеза: бесплодие в анамнезе – у 5 беременных (3,8%); беременность, наступившая после ЭКО – у 2 (1,5%); неразвивающаяся беременность в анамнезе – у 5 (3,8%); самопроизвольные выкидыши в анамнезе – у 8 (6,1%); преждевременные роды в анамнезе – 6 (4,6%). Большинство пациенток были повторнобеременными (66,4%). Предыдущие беременности закончились искусственным абортom – у 39 (29,8%) женщин,

Из 131 женщины в первом триместре беременности нормоценоз был выявлен у 28 (21,4%); промежуточный тип мазка – у 21 (16,0%); бактериальный вагиноз – у 12 (9,2%); кандидозный кольпит – у 27 (20,6%); аэробный кольпит – у 12 (9,2%); ИППП – у 7 (5,3%). Во втором триместре из 117 женщин (у 14 (10,7%) женщин беременность прервалась в первом триместре), нормоценоз диагностирован у 15 (12,8%); промежуточный тип мазка – у 14 (11,97%); бактериальный вагиноз – у 13 (11,1%); кандидозный кольпит – у 14 (11,97%); аэробный кольпит – у 4 (3,4%); ИППП – у 2 (1,7%).

В третьем триместре беременности из 116 (у одной женщины произошел поздний выкидыш во II триместре беременности), микроценоз соответствовал критериям нормы у 32 (27,4%); промежуточный тип мазка – у 24 (20,5%); бактериальный вагиноз – у 8 (6,8%); кандидозный кольпит – у 35 (29,9%); аэробный кольпит – у 10 (8,5%); ИППП не было выявлено. Характеристика биоценоза влагалища у наблюдаемых пациенток в I, II и III триместре беременности представлена на рисунке.

самопроизвольное прерывание беременности в I триместре беременности – у 8 (6,1%). Физиологическими родами закончилась предыдущая беременность у 35 (26,7%). Тяжелых экстрагенитальных заболеваний ни у одной пациентки не выявлено.

Анализ течения беременности и родов проведен у всех наблюдаемых женщин. Частым осложнением I триместра беременности был угрожающий аборт у 56 (42,7%). 45 женщинам было проведено соответствующее лечение в условиях стационара. Во II и III триместрах беременности угроза прерывания беременности возникла у 29 (22,1%) женщин, причем у 6 пациенток повторно. Токсикоз в I триместре беременности был диагностирован у 20 беременных (15,3%), а гестоз второй половины беременности – у 16 женщин (12,2%).

Из 131 беременной, находившейся под наблюдением у 85 (64,9%) произошли срочные самопроизвольные роды, у 28 (21,37%) беременность закончилась родоразрешением путем операции кесарево сечения. У 12 (9,1%) произошло преждевременное излитие околоплодных вод. 16 (12,21%) женщин выбыли из дальнейшего наблюдения в виду прерывания беременности. Неблагоприятные исходы беременности были у 2 (1,74%) женщин: у одной в 25 недель произошел выкидыш мертвым плодом без видимых пороков развития, у другой наступила антенатальная гибель плода в 32 недели беременности.

Из всех рожденных детей при доношенном сроке беременности – 8 (7,5%) детей с низкой массой тела.

В настоящее время стало очевидным, что представление о вагинальных инфекциях как сугубо изолированных процессах, которые не влекут за собой нарушений репродуктивного здоровья и осложнений периода гестации, ушло в прошлое [5].

В настоящее время проведен ряд исследований, свидетельствующих о роли нарушения биоценоза влагалища, в частности, бактериального вагиноза в развитии патологии беременности, родов и послеродовых инфекционных осложнений [1, 5, 8]. Первый триместр беременности является наиболее важным в формировании и дальнейшем развитии плода. Большинство гестационных потерь (71,4–74,5%) приходится именно на I триместр беременности – сроки от 5 до 12 недель, при этом известно, что бактериальный вагиноз встречается у 59% женщин [1]. По данным наших исследований, высокая частота бактериального вагиноза (8,2%) была в первом триместре, и можно предположить, что именно с восходящим инфицированием возможны ранние потери беременности. При этом достоверно чаще повышается риск развития хронической плацентарной недостаточности, преждевременных родов, рождение детей с низкой массой тела, послеродового эндометрита, раневой инфекции [1, 5, 6]. Поэтому исследование биоценоза влагалища с ранних сроков беременности поможет своевременно выявить беременных с высоким риском возникновения инфекционно-воспалительных осложнений. А правильное ведение таких беременных позволит снизить частоту осложнений у матери, плода и новорожденного.

#### Список литературы

1. Азарова О.Ю. Терапия бактериального вагиноза вне и во время беременности в анамнезе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001
2. Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз у беременных (диагностика и лечение): дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 141с.
3. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз // *Акушерство и гинекология*. – 2002. – №5 – С. 43–46.
4. Берлев И.В., Кира Е.Ф., Белевитина А.А. Роль дисбиотических нарушений влагалища в развитии инфекционно-воспалительных осложнений новорожденных // *Журн. Акушерства и женских болезней*. – 2000. – №4. – С. 58–61.
5. Липова Е.В. Урогенитальные инфекции женщин: методологические, клинико-лабораторные подходы к диагностике и терапии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004.
6. Инфекции мочевыводящих путей и беременность: диагностика и лечение / А.П. Никонова, О.Р. Асатурова П.А.Шулутко, В.А. Капильный // *Consilium medicum*. – 2006. – Т. 8, №6. – С. 71–76.
7. Tapio K., Sivonen A., Renkonen O.V. Bacterial vaginosis in early pregnancy and pregnancy outcome // *Obstet Gynecol*. – 1992. – Vol. 80,2. – P. 173–177.
8. Josoet M.R., Schmid G.P. Bacterial vaginosis: review of treatment options and potential clinical indications for therapy // *Clinical infections Diseases*. – 2005. – № 20 (Suppl.1). – P. 72–79
9. Ugwumadu A.H. Bacterial vaginosis in pregnancy // *Curr. Opin Obstet Gynecol*. – 2002, apr. – №14(2). – P. 115–118.

#### References

1. Azarova O.Ju. *Terapija bakterialnogo vaginoza vne i vo vremja beremennosti v anamneze: Avtoref. dis. kand. med. nauk.* – Azarov O.J. Therapy of bacterial vaginosis and out during pregnancy in history: Author. dis. candidate of medical sciences. Moscow 2001.
2. Akopjan T.E. *Bakterialnyj vaginoz i vaginal'nyj kandidoz u beremennyh (diagnostika i lechenie)*. Dis. k.m.n – Akopian T.E. Bacterial vaginosis and vaginal candidiasis in pregnant women (diagnosis and treatment). Author. dis. candidate of medical sciences. Moscow 1996. 141 p.
3. Ankijskaja A.S. *Bakterial'nyj vaginoz* // *Akusherstvo i ginekologija* – Ancyra, A.S. Bacterial vaginosis / *Obstetrics and Gynecology*. 2002. Number 5 pp. 43–46
4. Berlev I.V., Kira E.F., Belevitina A.A. *Rol disbioticheskikh narushenij vlagaliwa v razvitii infekcionno-vozpaliatel'nyh oslozhenij novorozhdennyh* // *Zhurn. Akusherstva i zhenskikh boleznej*. Berlev I.V., Kira E.F., Belevitin A.A. Dysbiotic role in the development of vaginal disorders of infectious and inflammatory complications of birth // *Zh. obstetrics and gynecological diseases*. 2000. № 4. pp. 58–61
5. Lipova E.V. *Urogenitalnye infekcii zhenwin: metodologicheskie, kliniko-laboratornye podhody k diagnostike i terapii*. Avtoref. dis. d-ra med. nauk. Lipova E.V. Women's reproductive tract infections: methodological, clinical and laboratory approaches to diagnosis and therapy. Author. dis. candidate of medical sciences. Moscow 2004.
6. Nikonova A.P., Asaturova O.R. Shulutko P.A., Kaptilnyj V.A. *Infekcii mochevyvodjajih putej i beremennost: diagnostika i lechenie*. Nikonov A.P., Astaturova O.R. Shulutko P.A., V.A. Kaptilny Urinary tract infections and pregnancy: diagnosis and treatment // *Consilium medicum*. 2006. Vol.8. Number 6. P. 71–76
7. Tapio K., Sivonen A., Renkonen O.V. *Bacterial vaginosis in early pregnancy and pregnancy outcome* // *Obstet Gynecol*. 1992. Vol. 80,2. P. 173–177.
8. Josoet M.R., Schmid G.P. *Bacterial vaginosis: review of treatment options and potential clinical indications for therapy* // *Clinical infections Diseases*. 2005. № 20 (Suppl.1). P. 72–79
9. Ugwumadu A.H. *Bacterial vaginosis in pregnancy* // *Curr. Opin Obstet Gynecol*. 2002, apr. №14(2). P. 115–118.

#### Рецензенты:

Шляпников М.Е., д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ИПО ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», зам. главного врача по акушерству и гинекологии ММУ ГКБ № 2 им. Н.А. Семашко, г. Самара;

Линева О.И., д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ИПО ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ, г. Самара.

Работа поступила в редакцию 19.10.2011.