

Особенности вагинального микроценоза при преждевременных родах

Г.А.Бегларян, Р.С.Варданян

ЕрГМУ им. М.Гераци, кафедра акушерства и гинекологии. Центр планирования семьи и сексуального здоровья, Медицинский центр "Шенгавит"

375025 Ереван, ул.Абовяна, 54

Ключевые слова: преждевременные роды, вагинальный микроценоз, бактериальный вагиноз, гарднереллез, дрожжеподобные грибки

Преждевременные роды и ассоциированную с ними неонатальную смертность предпочтительнее и экономически выгоднее предупредить, нежели ингибировать родовую деятельность. Проблема редуцирования неонатальной травматизации и смертности может быть успешно решена только с использованием специальных превентивных мероприятий, одним из важнейших компонентов которых является выделение групп высокого риска недонашивания беременности [3, 8].

Комплексная микрофлора влагалища, играющая важную роль как в сохранении здоровья, так и в развитии различных патологических состояний, рассматривается как один из критериев, характеризующих вышеуказанные группы. Следует отметить, что в вагинальном микроценозе здоровых женщин в норме абсолютно доминирует лактофлора, на долю которой приходится 95–98% всей микрофлоры, а остальные 3–5% микроценоза влагалища здоровых женщин составляют другие бактерии, в число которых входит микроаэрофил – *G.vaginalis*. Большинство лактобацилл способны продуцировать перекись водорода, которая подавляет рост бактерий-оппортунистов, в частности *G.vaginalis*. Лактобациллы являются факторами неспецифической защиты. Различные нарушения вагинального микроценоза служат частой причиной развития воспалительных осложнений во время беременности, приводящих к развитию хориоамнионита, преждевременному излитию околоплодных вод, преждевременным родам, рождению инфицированных маловесных детей [2, 4, 5, 12, 14].

Вариантом нарушения вагинального микроценоза является "неспецифический вагинит" или бактериальный вагиноз (БВ). В настоящее время под этим термином представлена неоднородная группа заболеваний, этиологическая основа и патофизиологические механизмы которых остаются неясными. БВ-ассоциированными микроорганизмами считаются *G.vaginalis*, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus* и др условно-патогенные микробы (УПМ). При БВ в 3–4 раза

чаще наблюдаются преждевременный разрыв плодных оболочек и преждевременные роды, так как многие вышеуказанные микроорганизмы вырабатывают различные протеазы, способные разрушить определенные типы коллагена – основу соединительной ткани, который обеспечивает прочность и эластичность плодных оболочек. При проникновении УПМ в околоплодные воды накапливаются микробные фосфолипиды, которые стимулируют синтез простагландинов $F_{2\alpha}$ и E_2 из тканевых фосфолипидов, что приводит к началу родовой деятельности. При заглатывании плодом инфицированной амниотической жидкости происходит его внутриутробное инфицирование [1, 6, 7, 10, 15].

Материал и методы

Под наблюдением находились 122 женщины, которые были подразделены на следующие 4 группы: I – роженицы с преждевременными родами при целом плодном пузыре (35 наблюдений); II – роженицы с преждевременными родами и преждевременным излитием околоплодных вод (31 наблюдение); III – роженицы с срочными родами и преждевременным излитием околоплодных вод (29 наблюдений); IV – роженицы с срочными родами и своевременным излитием околоплодных вод (27 наблюдений).

Критериями для исключения из исследования явились: системное или интравагинальное применение антибактериальных средств в течение последнего месяца до поступления в клинику, выявление в отделяемом цервикального канала или влагалища *Neisseria gonorrhoea*, *Trichomonas vaginalis*.

Степень чистоты влагалища и выявление "ключевых клеток" определялись на мазках отделяемого влагалища, окрашенных по Граму.

Для определения среды влагалища использовали бумажные полоски для pH-метрии с десятичной шкалой (pH-метр фирмы "Медикор").

Аминный тест. К влагалищному отделяемому добавляли 10% р-р КОН. Результат оценивали по наличию и отсутствию запаха "тухлой рыбы". Критериями диагноза бактериального вагиноза служили: присутствие "ключевых клеток" в мазках вагинального отделяемого и определение не менее двух из трех признаков: 1 – pH вагинального отделяемого 4,5 и более; 2 – положительного аминного теста; 3 – обильных гомогенных выделений из влагалища с неприятным запахом.

Результаты и обсуждение

Значительный интерес представляет результаты обследования выделенных групп на наличие бактериального вагиноза.

Резкое подавление резидентной лактофлоры нами было обнаружено у женщин с преждевременными родами (I и II группы), лактобациллы отсутствовали у 65,7% (23 наблюдения) женщин I и у 67,7% (21 наблюдение) II групп.

В случаях срочных родов отсутствие лактобацилл имело место только у рожениц с несвоевременным излитием околоплодных вод – 31,0% (9 наблюдений).

Отдельное рассмотрение частоты диагностирования *G.vaginalis* обусловлено тем, что само по себе обнаружение данного микроорганизма не равнозначно микробиологическому диагнозу, так как от 6 до 60% здоровых женщин могут иметь гарднереллу в вагинальном отделяемом. Кроме того, в случаях абсолютного преобладания гарднереллы аминный тест может быть отрицательным, что может привести к ложноотрицательной диагностике бактериального вагиноза. [1, 3, 11]

По нашим наблюдениям, наиболее часто *G.vaginalis* присутствовала у женщин I группы – 48,6% (17 наблюдений). Во II группе данный показа-

тель составил – 45,2% (14 наблюдений). В III группе частота обнаружения *G.vaginalis* несколько снижалась – 25,8% (8 наблюдений), и только у рожениц IV группы отмечено резкое снижение числа женщин с рассматриваемой патологией – 14,8% (4 наблюдения).

Таким образом, частота выявления *G.vaginalis* для всего обследованного контингента была достаточно высокой и составила 35,2% (43 наблюдения) – почти у каждой третьей роженицы. У женщин с отклонениями течения родов от нормы (преждевременные роды, несвоевременное излитие околоплодных вод) рассматриваемый показатель значительных изменений не претерпевал, колеблясь в интервале от 45,2 до 48,6%, и только в случаях срочных родов с своевременным излитием околоплодных вод гарднерелла встречалась лишь у 14,8% женщин (снижение более чем в 3 раза).

Дрожжеподобные грибки рода *Candida* встречались в 17,0% (19 наблюдений) случаев всего обследованного контингента. Причем значительных различий между первыми тремя группами не установлено (I группа – 17,1% - 6 наблюдений; II – 22,6% - 7; III – 17,2% - 5). В IV группе дрожжеподобные грибки присутствовали только в одном наблюдении – 3,7%.

Таким образом, отмечена тенденция, аналогичная таковой в случае присутствия *G.vaginalis*: при отклонениях течения родов от нормы (преждевременные роды, родовое излитие околоплодных вод) *Candida* встречалась значительно чаще, чем при срочных родах с своевременным излитием околоплодных вод.

Что касается бактериального вагиноза, то он наиболее часто диагностировался во II группе – 51,6% (таблица). В I группе отмеченная патология встречалась почти у каждой второй роженицы (45,7%), а в III – практически у каждой четвертой (27,6%). В контрольной группе бактериальный вагиноз не диагностирован, а pH влагалищного отделяемого только в одном случае превышал 4,5, что можно объяснить присутствием дрожжеподобных грибов рода *Candida*.

Таблица

Критерии бактериального вагиноза и его частота в изучаемых группах

Критерии БВ	Группы							
	I (n=35)		II (n=31)		III (n=29)		IV (n=27)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
"Ключевые клетки"	18	51,4	16	51,4	10	34,5	4	14,8
pH>4,5	9	25,7	11	35,5	6	20,7	1	3,7
Положительный аминный тест	8	22,9	7	22,6	5	17,2	–	–
Выделения из половых путей	13	37,1	15	48,4	7	24,1	–	–
Диагноз БВ	16	45,7	16	51,6	8	27,6	–	–

Клинически наиболее часто бактериальный вагиноз проявлялся в виде обильных сливкообразных выделений сероватого цвета с неприятным запахом – 37,1% в I группе, 48,4% – II и 24,1% в III, т.е. среди всего обследуемого контингента женщин бактериальный вагиноз диагностирован у 40 рожениц, из которых у 35 (87,5%) основной жалобой были вышеописанные характерные выделения из половых путей.

Что касается “ключевых клеток”, то в подавляющем большинстве наблюдений их присутствие было ассоциировано с бактериальным вагинозом.

Следует отметить, что для женщин с преждевременными родами (I и II группы) частота бактериального вагиноза составила 48,5%, в то время как при срочных родах (III и IV группы) данный показатель равнялся 17,9%. Указанная особенность, несомненно, является подтверждением участия БВ в инициации

досрочного прерывания беременности, что также подтверждается данными литературы [2, 10, 11].

Согласно полученным данным, применение наряду с рутинными дополнительными недорогостоящих, доступных, технически простых методов обследования (определение pH влагалища, аминный тест) в случаях угрозы прерывания беременности повысит выявляемость характерных нарушений микроценоза влагалища, в частности бактериального вагиноза. Таким образом, у беременных с клиникой угрожающих преждевременных родов при наличии нарушений микроценоза влагалища наряду с основной токолитической терапией необходимо параллельно проводить коррекцию последних, что повысит эффективность медикаментозной терапии и, как следствие, будет способствовать пролонгированию беременности.

Поступила 17.03.04

Նեշտոցային միկրոցենոզի առանձնահատկությունները վաղածամ ծննդաբերության ժամանակ

Գ.Ա. Բեգլարյան, Ռ.Ս. Վարդանյան

Վաղածամ ծննդաբերությունների, պտղաջրերի վաղածամ արտահոսքի զարգացման վրա հեշտոցային միկրոցենոզի ազդեցությունը ուսումնասիրելու նպատակով հետազոտվել են 122 հղի կին 28-41 շաբաթական հղիության ժամկետով: Կատարվել է հեշտոցի արտադրության բակտերիոսկոպիկ քննություն, ամինային թեստ, հեշտոցի միջավայրի թթվայնության որոշում: Համաձայն ստացված արդյունքների, սպառնացող վաղածամ ծննդաբերության ժամանակ լրացուցիչ հետազոտման եղանակների կիրառումը (ամինային թեստ, հեշտոցի միջավայրի թթվայնության որոշում) կրեքի հեշտոցի

միկրոցենոզի բնորոշ խախտումների, մասնավորապես բակտերիալ վագինոզի հայտնաբերման բարձրացմանը:

Այսպիսով, սպառնացող վաղածամ ծննդաբերության կլինիկա ունեցող հղի կանանց մոտ հեշտոցային միկրոցենոզի խախտումների դեպքում հիմնական տոկոլիտիկ բուժմանը զուգահեռ անհրաժեշտ է անցկացնել նշված խախտումների շտկումը, ինչը կրարձրացնի դեղորայքային բուժման արդյունավետությունը և, հետևաբար, կնպաստի հղիության պահպանմանը:

Peculiarities of vaginal microocenosis in women with premature birth

G.A.Beglaryan, R.S.Vardanyan

There were observed 122 pregnant women with gestational age 28-41 weeks in order to study the influence of changes in vaginal microocenosis on development of premature birth and premature rupture of membranes. There were performed bacterioscopic study and determination of pH of vaginal discharge samples, amine test. In accordance with the obtained results the use of relevant study methods (determination of pH of vaginal discharge samples, amine test) in women with threat of premature birth

will improve diagnosis of changes in vaginal microocenosis, particularly, definition of bacterial vaginosis.

Thus, in women with threat of premature birth and pathologic changes of vaginal microocenosis it is necessary to perform both tocolithic therapy and correction of mentioned changes. Such activities will increase effectiveness of the treatment and, as a result, lead to prolongation of pregnancy.

Литература

1. Акопян Т. Э. Акуш. и гинекол., 1996, 6, с. 3.
2. Анастасьева В.Г. Журн. акуш. и жен. бол., 1998, спец. вып., с. 76.
3. Анкирская А.С. Акуш. и гинекол., 1995, 6, с. 13.
4. Берлев И.В., Кира Е.Ф., Белевщина А.А. Журн. акуш. и жен. бол., 2000, XLIX, 4, с. 31.
5. Волина С.Г. Журн. акуш. и жен. бол., 1998, спец. вып., с. 80.
6. Кулаков В.И. Журн. акуш. и жен. бол., 1998, спец. вып., с. 137.
7. Тарасова Т.Д., Жаркина Е.А., Литницкий А.В. Журн. акуш. и жен. бол., 1998, спец. вып., с. 92.
8. Фралова О.Г., Токова З.З., Волгина В.Ф. и др. Акуш. и гинекол., 1996, 4, с. 7.
9. Целев Ю.В., Кира Е.Ф., Кочеровец В.И., Баскаков В.П. Анаэробная инфекция в акушерско-гинекологической практике. СПб., 1995.
10. Carey J.C., Klebanoff M.A. Curr. Womens Health Rep., 2001 Aug;1(1):14.
11. Cauci S., Hitti J., Noonan C., Agnew K., Quadrifoglio F., Hillier S.L., Eschenbach D.A. Am. J. Obstet. Gynecol., 2002 Oct;187(4):877.
12. Jacobsson B., Pernevi P., Chidekel L., Jorgen Platz-Christensen J. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 2002 Nov;81(11):1006.
13. Newton E.R., Piper J., Peairs W. Am. J. Obstet. Gynecol., 1997 Mar;176(3):672.
14. Purwar M., Ughade S., Bhagat B., Agarwal V., Kulkarni H. J. Obstet. Gynaecol. Res., 2001 Aug;27(4):175.
15. Subtil D., Denoit V., Le Goueff F., Husson M.O., Trivier D., Puech F. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 2002 Feb 10;101(1):41.