



Рисунок 1 – Анализ показателя PIGF (MoM)

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Габидуллина, Р. И. Предикторы преэклампсии. Скрининг и профилактика в I триместре беременности / Р. И. Габидуллина, А. В. Ганеева, Т. Н. Шигабутдинова // Гинекология. – 2021. – Т. 23, № 5. – С. 428–434.
2. Маянская, С. Д. Вариабельность артериального давления у беременных с факторами риска преэклампсии / С. Д. Маянская, А. В. Ганеева, Р. И. Габидуллина // Казанский медицинский журнал. – 2019. – Т. 100, № 3. – С. 426–433.
3. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.belstat.gov.by/>. – Дата доступа: 10.03.2023.
4. Ходжаева, З. С. Инициатива по преэклампсии Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO): практическое руководство по скринингу в I триместре и профилактике заболевания (адаптированная версия на русском языке) / З. С. Ходжаевой, Е. Л. Яроцкой, И. И. Баранова // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2019. – Т. 7, № 4. – С. 32–60.
5. Дубровина, С. О. Раннее прогнозирование преэклампсии (обзор литературы) / С. О. Дубровина, Ю. С. Муцалханова, В. В. Васильева // Проблемы репродукции. – 2018. – № 3. – С. 67–73.

УДК 618.15-002:618.3/4

Н. П. Пяткова

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Введение

Проблема нарушений микробиоценоза влагалища во время беременности остается актуальной в современном акушерстве. Изменения вагинальной микрофлоры ведут к осложненному течению беременности, родов и послеродового периода, а также к развитию инфекционно-воспалительных процессов у матери и плода. Важным нарушением вагинальной микрофлоры, приводящим к осложнениям беременности и родов, является бактериальный вагиноз (БВ). Во время беременности данное заболевание диагностируется в

37–40% случаев [1]. Во II–III триместрах беременности БВ приводит к самопроизвольному выкидышу или преждевременным родам, развитию интраамниальной инфекции [2]. С целью ранней диагностики БВ в настоящее время используются клинико-лабораторные критерии Amsel или бактериоскопические критерии Nugent. Недавние клинические исследования показали необходимость лечения БВ во время беременности. Вместе с тем, до настоящего времени это остается трудной задачей, что в значительной мере связано с потенциальным негативным влиянием противомикробных препаратов на плод [3].

Цель

Выявить особенности течения беременности и родов у женщин с БВ.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 87 историй родов. Изучено течение беременности и родов у 52 женщин с БВ (основная группа) и у 35 женщин с нормальным микробиоценозом влагалища (контрольная группа), родоразрешенных У«ГОКБ» в период с 2018 г. по 2023 г. Проанализированы клинико-anamnestические данные, осложнения беременности и родов. Учитывая, что диагностика БВ основывалась только на 2 из 4 критериев Amsel (характерные серые жидкие однородные вагинальные выделения и наличие «ключевых» клеток в мазках, окрашенных по Граму), использовались дополнительные диагностические критерии, основанные на результатах микроскопии вагинальных мазков: отсутствие лейкоцитарной реакции; большое микробное обсеменение с преобладанием кокковых форм; выявление одиночных или полное отсутствие в поле зрения грамположительных палочек. Статистическая обработка данных выполнялась при помощи пакета прикладных программ Statistika 8.0 (StatSoftInc., США).

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст женщин в группе с БВ составил 28 (24; 32) лет, что не различалось с группой сравнения, где возраст пациенток был 25 (22; 29) лет ($p = 0,62$). По паритету беременности и родов группы не различались. Так в основной группе первородящими были 32 (61,5 ± 6,7 %) женщины, из которых 28 (53,8 %) были первобеременными. В контрольной группе первородящими были 15 (42,8 ± 8,4%) пациенток, из которых у 13 (37,1 %) женщин беременность была первой, что было сопоставимо ($p = 0,46$ и $p = 0,25$, соответственно по паритету родов и беременности).

В анамнезе наблюдались прерывания беременности у 34 (65,4 ± 6,6 %) женщин основной группы и у 15 (42,9 ± 3,9 %) женщин группы сравнения ($\chi^2 = 4,31$, $p = 0,003$). Рецидивирующие неспецифические вульвовагинальные инфекции (аэробный вагинит, вульвовагинальный кандидоз) регистрировались у 6 (11,5 ± 4,4%) женщин и не встречались в контрольной группе ($\chi^2 = 5,20$, $p = 0,02$). Нарушения менструального цикла были зарегистрированы у 15 (28,8 ± 6,3 %) женщин и 2 (5,7 ± 3,9 %) женщин ($\chi^2 = 7,11$, $p = 0,007$). Хронические экстрагенитальные инфекционно-воспалительные заболевания наблюдались у 34 (65,4 ± 6,6 %) женщин основной группы и в группе сравнения у 15 (42,9 ± 8,4 %) женщин ($\chi^2 = 4,31$, $p = 0,003$).

При анализе осложнений данной беременности угрозы прерывания беременности в основной группе наблюдались у 45 (86,5 ± 4,7 %) женщин и у 6 (17,1 ± 6,4 %) женщин контрольной группы ($\chi^2 = 14,18$, $p = 0,0001$). Анемия беременных в основной группе наблюдалась у 25 (48,1 ± 6,9 %) женщин и у 6 (17,1 ± 6,4 %) женщин контрольной группы ($\chi^2 = 8,72$, $p = 0,003$). Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 25 (48,1 ± 6,9 %) женщин основной группы, в то время как в группе сравнения было зарегистрировано у 7 (17,2 ± 6,2 %) женщин ($\chi^2 = 8,71$, $p = 0,003$).

Диагноз БВ был поставлен в сроке 14 (8,16) недель. В I триместре БВ был зарегистрирован у 17 ($32,7 \pm 6,3$ %) беременных, во II триместре у 35 ($67,3 \pm 6,3$ %) женщин.

Лечение БВ было проведено всем пациенткам на сроке беременности 14 (8,17) недель путем назначения интравагинальных суппозиторий: 47 ($90,4 \pm 4,1$ %) женщинам назначались суппозитории, содержащие хлоргексидин, 3 ($5,8 \pm 3,2$ %) беременным – метронидазол и миконазол, 2 ($3,8 \pm 2,7$ %) пациенткам – хлоргексидин и декспантенол. Эффективность лечения была отмечена во всех случаях, рецидивы не регистрировались как ни в основной группе, так и не в контрольной.

Роды у пациенток исследуемых групп наступили в $38,0 \pm 1,2$ недель и $39,0 \pm 1,1$ недель, ($\chi^2 = 3,72$, $p = 0,0001$). Преждевременные роды произошли у 4 ($9,5 \pm 3,2$ %) пациенток основной группы в 34–36 недель и не наблюдались в группе сравнения.

Выводы

Беременность, протекающая на фоне БВ, статистически значимо чаще сочеталась такими заболеваниями как рецидивирующие неспецифические вульвовагинальные инфекции ($p = 0,02$), нарушения менструального цикла ($p=0,007$), анемия беременных ($p=0,003$), хронические экстрагенитальные инфекционные заболевания ($p=0,003$). У пациенток с БВ статистически значимо чаще беременность осложнялась угрозой ее прерывания ($p = 0,0001$). Диагноз БВ был выставлен в 14 (8, 16) недель. В подавляющем большинстве случаев дисбиотические состояния влагалищного микробиоценоза диагностировались во II триместре беременности ($67,3 \pm 6,3$ %), что может быть связывано с уменьшением влияния эстрогенов и возрастанием роли прогестерона после 14 недель беременности. Не исключено, что БВ, установленный в I триместре беременности, развился в прегравидарном периоде, но не был своевременно диагностирован. Роды в основной группе произошли раньше, чем в контрольной группе ($p = 0,000004$). В основной группе наблюдалось 4 ($13,5 \pm 4,7$ %) преждевременных родов.

С целью своевременной диагностики нарушений микробиоценоза влагалища в женской консультации необходимо выделить группу риска по развитию БВ на этапе планирования беременности, включающую пациенток с нарушениями менструальной функции, с рецидивирующими неспецифическими вульвовагинальными инфекциями в анамнезе, хроническими экстрагенитальными инфекционными процессами. Проводить всем женщинам из данной группы микроскопическое исследование мазка отделяемого влагалища до беременности и с 12–13 недель беременности и оценивать дополнительные критерии (отсутствие лейкоцитарной реакции; массивное микробное обсеменение с преобладанием кокковых форм бактерий; отсутствие или выявление единичных в поле зрения грамположительных палочек).

Таким образом, адекватная и своевременная коррекция нарушений биоценоза влагалища у женщин вне и во время беременности является ранней профилактикой осложнений беременности, и как результат, потенциальной возможностью улучшения уровня их репродуктивного здоровья.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тютюнник, В. Л. Особенности лечения бактериального вагиноза при беременности / В. Л. Тютюнник, О. И. Михайлова, Н. Е. Кан // Медицинский вестник. – 2022. – Т. 16, № 14. – С. 171–177.
2. Jin, J. Screening for bacterial vaginosis during pregnancy / J. Jin // JAMA. – 2020. – Vol. 323, № 13. – P. 1324.
3. Мурашко, А. В. Бактериальный вагиноз: современный взгляд на проблему / А. В. Мурашко, А. А. Мурашко // Медицинский совет. – 2015. – № 11. – С. 80–83.