

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ  
У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ ВАГИНАЛЬНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА**

*Воронкова Е. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова**

**Учреждение образования**

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

***Введение***

Генитальная инфекция является важной медицинской проблемой в связи с высокой частотой встречаемости и неуклонным ее ростом, частым переходом острых форм заболевания в хронические, что проявляется в появлении резистентных к лечению форм заболевания [1].

***Цель***

Выявить особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с бактериальным вагинитом и вагинозом.

***Материал и методы исследования***

Ретроспективно было изучено течение беременности, развитие ее осложнений у 100 женщин, родоразрешенных на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» в период январь-сентябрь 2017 г. В зависимости от состояния биоценоза влагалища в I триместре беременности по данным микроскопии отделяемого влагалища при постановке на учет, женщины были разделены на 3 группы: в группу I вошли 30 беременных, у которых был выявлен бактериальный вагинит (уровень лейкоцитов более 20 единиц в поле зрения), в группу II вошли 40 рожениц с бактериальным вагинозом, у которых отсутствовала воспалительная реакция, а микрофлора влагалища была представлена кокками, группу III составили 30 женщин без нарушения вагинального микробиоценоза (уровень лейкоцитов до 10 в поле зрения, микрофлора представлена палочками). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «MedCalc 10.2.0.0». Данные представлены в виде Me (25, 75 %). Сравнение качественных показателей в группах проведены с помощью метода Chi-squared ( $\chi^2$ ), количественных — метод Mann — Whitney (U). Различия между группами считались значимыми при  $p < 0,05$ .

***Результаты исследования и их обсуждение***

Возраст беременных в группах был в пределах от 19 до 38 лет, причем средний возраст в группе I составил 27 (24, 33) лет, в группе II 28 (24, 30) лет и в группе III 26 (24, 31) лет, что не имело статистически значимых различий между группами ( $p_{1,2} = 0,55$ ,  $p_{1,3} = 0,48$ ,  $p_{2,3} = 0,9$ ). Половую жизнь значительно раньше начали женщины с вагинитом, что составило 17 (16, 18) лет в группе I, 17 (16, 18) года в группе II и 17 (17, 18) года в группе III ( $p_{1,2} = 0,11$ ,  $p_{1,3} = 0,02$ ,  $p_{2,3} = 0,48$ ). Число женщин с отягощенным акушерским анамнезом в группе I составило 11 (36,6 %), в группе II 8 (20 %) женщин, в группе III 4 (13,3 %) женщин ( $p_{1,3} = 0,07$ ,  $p_{2,3} = 0,6$ ), выкидыши встречались у 2 (6,7 %) женщин в группе I, у 4 (10 %) женщин в группе II и у 1 (3,3 %) женщины в группе III ( $p_{1,3} = 1$ ,  $p_{2,3} = 0,5$ ). Неразвивающиеся беременности в анамнезе наблюдались у 9 (30 %) женщин в группе I, у 4 (10 %) женщин в группе II и у 4 (13,3 %) женщин в группе III ( $p_{1,3} = 0,2$ ,  $p_{2,3} = 0,95$ ). Такое осложнение беременности, как угрожающий самопроизвольный аборт, встречалось у 12 (40 %) женщин в группе I, у 10 (33,3%) женщин в группе II и у 1 (3,3 %) женщины в группе III, что составило значимые различия среди групп ( $p_{1,3} = 0,0017$ ,  $p_{2,3} = 0,0076$ ). Развитие вагинита при дальнейшем течении беременности во II и III триместре произошло у 25 (62,5 %) женщин в группе II и у 3 (10 %) женщин в группе III ( $p_{2,3} = 0,0001$ ). Срок родоразрешения составил 277 (268, 280) суток в группе I, 278 (274, 282) суток в группе II и 276 (270,280) суток в группе III ( $p_{1,2} = 0,19$ ,  $p_{1,3} = 0,93$ ,  $p_{2,3} = 0,13$ ). Число преждевременных родов в группе I составило 4 (13,3 %) случая против 0 (0 %) в группе II и 1 (3,3 %) случая в группе III ( $p_{1,2} =$

0,06,  $p_{2,3} = 0,35$ ). Средняя продолжительность родов через естественные родовые пути среди первородящих в группе I составила 360 (268, 521) минут, в группе II — 390 (310, 430) минут и в группе III 327 (280, 360) минут, что не имело значимых различий между группами ( $p_{1,2} = 0,87$ ,  $p_{1,3} = 0,48$ ,  $p_{2,3} = 0,19$ ). Средняя продолжительность первого периода у первородящих в группе I составила 335 (226, 480) минут, а в группе II — 340 (268, 380) минут и в группе III 300 (231, 350) минут, что также не имело статистически значимых различий между группами ( $p_{1,2} = 0,92$ ,  $p_{1,3} = 0,28$ ,  $p_{2,3} = 0,29$ ). Продолжительность второго периода среди первородящих в группе I составила 25 (13, 30) минут против 25 (20, 30) минут в группе II и 10 (10, 21) минут в группе III ( $p_{1,3} = 0,05$ ,  $p_{2,3} = 0,1$ ). По продолжительности третьего периода группы значимо не различались, в группе I последовый период длился 10 (10, 10) минут, в группе II — 10 (10, 10) минут и в группе III 10 (10, 10) минут ( $p_{1,2} = 0,8$ ,  $p_{1,3} = 0,6$ ,  $p_{2,3} = 0,23$ ). Средняя продолжительность родов через естественные родовые пути среди повторнородящих в группе I составила 238 (60, 370) минут, в группе II — 285 (185, 405) минут и в группе III 254 (160, 360) минут, что не имело значимых различий между группами ( $p_{1,2} = 0,67$ ,  $p_{1,3} = 0,55$ ,  $p_{2,3} = 0,94$ ). Средняя продолжительность первого периода у повторнородящих в группе I составила 165 (90, 272) минут, а в группе II — 260 (195, 355) минут и в группе III 180 (140, 580) минут, что также не имело статистически значимых различий между группами ( $p_{1,2} = 0,08$ ,  $p_{1,3} = 0,41$ ,  $p_{2,3} = 0,73$ ). Продолжительность второго периода среди повторнородящих в группе I составила 10 (10, 20) минут против 10 (10, 20) минут в группе II и 10 (10, 20) минут в группе III ( $p_{1,3} = 0,82$ ,  $p_{1,2} = 0,94$ ,  $p_{2,3} = 0,7$ ). По продолжительности третьего периода группы значимо не различались, в группе I последовый период длился 10 (10, 10) минут, в группе II — 10 (10, 10) минут и в группе III 10 (10, 10) минут ( $p_{1,2} = 0,71$ ,  $p_{1,3} = 1$ ,  $p_{2,3} = 0,8$ ). Кровопотеря в родах через естественные родовые пути значимо больше у женщин с вагинитом и составила 250 (200, 250) мл в группе I, 250 (200, 300) мл в группе II и 250 (200, 250) мл в группе III ( $p_{1,2} = 0,3$ ,  $p_{1,3} = 0,49$ ,  $p_{2,3} = 0,59$ ). Кровопотеря в ходе кесарева сечения составила 600 (550, 600) мл в группе I, 600 (600, 650) мл в группе II и 600 (500, 600) мл в группе III ( $p_{1,2} = 0,07$ ,  $p_{1,3} = 0,5$ ,  $p_{2,3} = 0,03$ ). Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 17 (56,6 %) женщин в группе I, у 17 (42,5 %) женщин в группе II и у 3 (10 %) женщин в группе III ( $p_{1,3} = 0,0004$ ,  $p_{2,3} = 0,0067$ ). В группе I течение родов осложнялось разрывами влагалища у 15 (50 %) рожениц, у 18 (45 %) женщин в группе II и у 1 (3,3 %) пациентки в группе III, ( $p_{1,3} = 0,0001$ ,  $p_{2,3} = 0,0002$ ). Послеродовые осложнения в виде субинволюции матки наблюдались у 4 (13,3 %) женщин в группе I, у 3 (7,5 %) женщин в группе II и не наблюдалось в группе III ( $p_{1,3} = 0,12$ ,  $p_{2,3} = 0,35$ ). Риск внутриутробной инфекции встречался у 8 (26,6 %) новорожденных у женщин в группе I, у 7 (17,5 %) детей, родившихся у женщин в группе II и не встречался в группе III ( $p_{1,3} = 0,007$ ,  $p_{2,3} = 0,04$ ).

### **Выводы**

1. Течение беременности на фоне вагинита и вагиноза осложняется угрозой прерывания беременности ( $p_{1,3} = 0,0017$ ,  $p_{2,3} = 0,0076$ ).

2. У женщин с вагинитом и вагинозом значимо чаще роды осложняются преждевременным разрывом плодных оболочек ( $p_{1,3} = 0,0004$ ,  $p_{2,3} = 0,0067$ ), травматизмом мягких тканей родовых путей ( $p_{1,3} = 0,0001$ ,  $p_{2,3} = 0,0002$ ), увеличивается кровопотеря при кесаревом сечении ( $p_{2,3} = 0,03$ ), возрастает число случаев внутриутробной инфекции у новорожденных ( $p_{1,3} = 0,007$ ,  $p_{2,3} = 0,04$ ).

3. Наличие вагиноза является непосредственной угрозой риска осложнений беременности и способствует развитию вагинита в 62,5 % случаев ( $p_{2,3} = 0,0001$ ), что подчеркивает необходимость своевременного восстановления микробиоценоза влагалища.

4. Лечение вагинита и вагиноза с I триместра позволит снизить риск осложнений течения беременности и родов для матери и ребенка.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бактериальный вагиноз и аэробный вагинит как основные нарушения баланса вагинальной микрофлоры. Особенности диагностики и терапии / А. М. Савичева [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2017. — № 5 — С. 24–31.