

нейшем найдут отражение в повторных выкидышах, эктопической беременности, вторичном бесплодии и т. п. По данным литературы, на долю 1-го триместра приходится 50% самопроизвольного прерывания подтвержденных беременностей. При существующей системе недифференцированного подхода к диагностике в 50–60% случаев причина прерывания беременности остается неясной.

Цель исследования

Разработка и внедрение комплексного дифференцированного подхода к диагностике прерывания беременности 1-го триместра и выявление факторов риска ее развития на основании оригинальной программы патоморфологического исследования шеечного цитологического и абортного материала в случаях замершей беременности 1-го триместра.

Материал и методы

В программу исследования были включены 619 женщин, средний возраст которых составил 29,3 (диапазон 18–42 лет) с диагнозом замершей беременности 1-го триместра, установленного по результатам клинико-лабораторного обследования, УЗИ и количественного определения ХГЧ в крови. Всем женщинам произведено, по предложенным нами методикам, забор цитологического микробиологического материала из цервикального канала и выскабливание полости матки. Выполнялись морфофункциональное исследование соскобов из полости матки (по авторской методике Глуховец Б. И. 2003 г.), цитологическое ис-

следование соскобов цервикального канала, ИФА и ПЦР-диагностика инфекций, передаваемых половым путем.

Результаты

На основании результатов гистологического исследования абортного материала выделены основные этиопатогенетические группы: восходящее бактериальное инфицирование (50,2%), гематогенная инфекция (38,8%), хромосомная патология (21,2%), недостаточность лютеиновой фазы (24,5%) и иммунная патология (12,2%). Следует уточнить, что на долю сочетанной форм причин — комбинация нескольких факторов — пришлось 31% случаев (n=192), а монокаузальной — 69% (n=427). Инфекционная патология в совокупности присутствовала в 89% случаев прерывания беременностей в 1-м триместре, при этом результаты микробиологических и цитологических исследований свидетельствовали о наличии хронического цервицита у этих больных почти в 90% случаев и до 30% при других причинах прерывания беременности.

Заключение

В ходе проведенного комплексного исследования предложен диагностический алгоритм, на основании которого выявлен один из основных факторов реализации вагинально-цервикальных инфекций в прерывании беременности 1 триместра, каковым является хронический цервицит.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

©Е. В. Уткин, О. Б. Карелина

Кемеровская государственная медицинская академия; МУЗ ГКБ №3 им. М. А. Подгорбунского, Кемерово, Россия

Актуальность проблемы

Проблема проведения рациональной антибактериальной терапии при лечении воспалительных заболеваний органов малого таза (**ВЗОМТ**) остается актуальной до настоящего времени. Значительные трудности при этом создает полимикробная этиология современного воспалительного процесса. Наличие нескольких микробов-возбудителей требует проведения комбинированной антибактериальной терапии, с применением 2–3 антибиотиков, что неизбежно будет оказывать отрицательное влияние на нормальную влагалищную микрофлору и predisposing к возникновению дисбиотических состояний влагалища или способствовать

усилению степени уже существующих нарушений микроэкологии. Самостоятельное восстановление влагалищного микробиоценоза в такой ситуации, на фоне изменения гормонального гомеостаза и иммунных нарушений, маловероятно. Профилактика подобных осложнений должна быть основана на принципах создания оптимальной физиологической среды влагалища и сохранения его нормальной микрофлоры.

Цель исследования

Разработка оптимальной профилактики дисбиотических состояний влагалища при проведении массивной антибактериальной терапии.

Материал и методы

Комплексная противовоспалительная и антибактериальная терапия была проведена 89 женщинам с ВЗОМТ неспецифической этиологии.

Результаты

При поступлении в стационар все пациентки жаловались на боли различной интенсивности в нижних отделах живота и на общую слабость. Средняя температура тела составила $37,3 \pm 3,0^\circ\text{C}$). У 29 из них был диагностирован острый сальпингит, у 52 — обострение хронического сальпинго-офорита и у 8 — острый пельвиоперитонит. У 45 пациенток до начала терапии состояние микробиоценоза влагалища соответствовало дисбиозу по классификации Е. Ф. Кира (1995), у 22 был диагностирован вагинит, у 12 — промежуточный тип и только у 10 был констатирован нормоценоз. Материалом для микробиологического исследования являлось отделяемое цервикального канала и влагалища женщин с ВЗОМТ, получавших стационарное лечение в отделении гинекологии. При проведении микробиологических исследований у этих больных наиболее часто (63,8%) определялись ассоциации от 2 до 5 условно-патогенных микроорганизмов. При этом в большинстве случаев (40%) определялись аэробно-анаэробные, в 33,3% — аэробно-аэробные и в 26,7% — анаэробно-анаэробные ассоциации. Анаэробная индигенная микрофлора — лактобациллы и бифидобактерии — определялись с частотой 74,5% и 36%, что соответствует нормальным показателям. Однако концентрация этих бактерий (5 IgКОЕ/мл и 4 IgКОЕ/мл) оказалась на несколько порядков ниже показателей здоровых женщин. Из индигенной аэробной микрофлоры выделялись коагулазоотрицательные стафилококки (*S. capitis*, *S. epidermidis*, *S. cohnii*, *S. xylois*, *S. simulans*) и коринебактерии в значительно меньших титрах, чем у здоровых женщин.

С целью решения основных задач работы все больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 59 пациенток, которым с целью профилактики нарушений микробиоценоза влагалища дополнительно, в период проведения анти-

бактериальной терапии, назначался пероральный пробиотик вагилак, содержащий в своем составе 2 штамма влагалищных лактобактерий (*Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus reuteri* RC-14). Препарат назначался по 1 капсуле 2 раза в день в течение 2–4 недель. Контрольную группу составили 30 пациенток, которым в период проведения антибактериальной терапии пробиотики не назначались.

Всем 89 пациенткам была проведена комплексная консервативная противовоспалительная терапия, включающая комбинацию 2–3 антибактериальных препаратов. У всех наступило клиническое выздоровление. Среднее время пребывания в стационаре составило $10,1 \pm 0,1$ дня.

Клиническая оценка эффективности профилактического применения вагилака проводилась после завершения лечения и через 1 месяц, при этом учитывались клинические признаки до начала лечения. После проведенной терапии признаков вагинита не наблюдалось ни у одной из пациенток. В то же время через 30 дней после проведенного лечения у 32 женщин основной группы был констатирован нормоценоз, что оказалось достоверно выше, чем в группе контроля (только в 4 случаях, $p=0,0002$). Только лишь в 5 случаях сохранялся дисбиоз влагалища в основной группе, тогда как в группе контроля — в 16. Промежуточный тип наблюдался у 22 пациенток основной и 10 — контрольной групп. Всем пациенткам с признаками сохраняющегося дисбиоза влагалища в последующем было проведено лечение в течение 6 дней вагинальным пробиотиком «Экофемин» (*Lactobacillus Acidophilus* 10⁸), после применения которого наблюдалось восстановление нормоценоза.

Заключение

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности использования перорального пробиотика «Вагилак» для профилактики и коррекции дисбиотических состояний влагалища при проведении комбинированной антибактериальной терапии. Следовательно, данный препарат может быть рекомендован для применения в комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЭНДОЦЕРВИЦИТОВ

© А. И. Федорова, М. И. Громов, Е. И. Новиков

Санкт-Петербургская академия последипломного образования;

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Воспалительные заболевания внутренних половых органов являются ведущими причинами

снижения генеративной функции и работоспособности у женщин репродуктивного возраста. В последнее время значительно увеличилось ко-