

Материалы X Медицинского форума
«Неделя женского здоровья - 2009»
НПК «Современные технологии в акушерстве,
гинекологии и перинатологии»

17-18 ноября 2009 г., Нижний Новгород

ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

УДК 618.3-07-084:618.15-008.87

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ НА ОСНОВАНИИ СОСТОЯНИЯ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА

В.А. Мельников, Н.В. Лазарева, кафедра акушерства и гинекологии №1,
ИПО ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»;
О.В. Тюмина, Клинический центр клеточных технологий, г. Самара

Лазарева Наталья Владимировна – e-mail: natalya-lazareva@mail.ru

В данной работе представлены результаты исследований по изучению осложнений беременности, в том числе связанных с нарушениями биоценоза влагалища. Проспективный анализ результатов исследования у 128 женщин позволил установить определенные закономерности: развитие осложнений первого триместра беременности в зависимости от состояния биоценоза влагалища. Выявлены факторы риска неблагоприятного воздействия на женщину и плод.

Ключевые слова: беременность, биоценоз влагалища, осложнения беременности.

In the given work results of researches on studying of complications of pregnancy, including connected with infringements биоценоза vaginas are presented. The prospektivnyj analysis of results of research at 128 women has allowed to establish certain laws: development of complications of the first trimester of pregnancy depending on a condition биоценоза vaginas. Risk factors of adverse influence on the woman and a fruit are revealed.

Key words: pregnancy, биоценоз vaginas, pregnancy complications.

Здоровье матери и ребенка в нашей стране является важнейшей государственной проблемой.

Одним из важнейших факторов, определяющих здоровье человека, является благоприятное течение антенатального периода его развития, а особенно первый триместр беременности [1, 2, 3, 4, 5].

На данном этапе развития акушерства все современные перинатальные технологии, направленные на диагностику и лечение внутриутробного плода, применяются в основном во II и III триместрах беременности. В первом триместре беременности строго ограничен набор перинатальных технологий и методов лечения. Возникает парадокс: зачатие, nidация бластоцисты, формирование плаценты, период эмбриогенеза протекают без внимания акушера-гинеколога. Однако большая часть патологии беременности, плода, новорожденного и ребенка первого года жизни формируется в первом триместре беременности [4].

Проблема дальнейшего совершенствования охраны здоровья матери и ребенка требует интенсификации научных исследований, направленных на совершенствование ран-

ней диагностики неблагоприятных изменений в состоянии плода и разработку новых методов профилактики нарушений его развития, а также повышение качества медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям [1, 4].

Однако беременность и роды, а также антенатальное развитие плода у многих женщин протекает с различными осложнениями, приводящими к увеличению перинатальной заболеваемости и смертности.

Это делает проблему антенатальной охраны плода актуальной в современном акушерстве и определяет ее большую социальную значимость. Практическое решение проблемы может быть осуществлено лишь при всестороннем и глубоком изучении особенностей взаимодействия биологического комплекса «мать–плацента–плод–новорожденный» и совершенствовании системы охраны плода и новорожденного (В.Н. Серов, О.Г. Фролова, 2004).

Целью настоящей работы явилась охрана репродуктивного потенциала женщин на основе обоснования мониторинга состояния биоценоза влагалища в I триместре.

Материал и методы исследования

Во время работы проведено комплексное клиническое обследование женщин и микробиологическое исследование вагинального отделяемого, включающее микроскопию мазка, окрашенного по Граму, и культуральное исследование влагалищного отделяемого с использованием общепринятых методов выделения и идентификации условно-патогенных микроорганизмов. Оценка биоценоза влагалища проводилась по классификации, предложенной Е.Ф. Кира [6].

Диагноз бактериального вагиноза ставился с использованием критериев Амсела, а кандидозного вагинита – по наличию специфической клинической картины и нахождения в мазках мицелия.

Для анализа течения беременности в I триместре обследуемые женщины были разделены на две группы: контрольную – беременные с нормоценозом и основную – беременные с дисбиозом и вагинитом.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов вариационной статистики.

Результаты исследования и обсуждение.

Обследовано 128 женщин при взятии на учет по беременности в I триместре гестации.

Для ретроспективного анализа течения беременности в I триместре обследуемые женщины были разделены на две группы: контрольная группа – беременные с нормоценозом, основная группа – беременные с дисбиозом и вагинитом.

Состояние биотопа влагалища у наблюдаемых женщин было оценено как нормоценоз у 36,8%, промежуточный тип – у 17,6%, дисбиоз влагалища – у 12,3%, вагинит – у 32,3% беременных.

Бактериальный вагиноз диагностирован у 12,3% беременных. Кандидозный вагинит обнаружен у 29,2% женщин, а специфический – у 3,1% пациенток.

Сравнительная оценка данных, полученных в I триместре беременности, свидетельствует о том, что преобладают дисбиотические нарушения влагалища с резким увеличением условно патогенной флоры у 60,1% женщин. Широко распространенное мнение о превалировании инфекции, передающейся половым путем, в данных исследованиях не подтверждается. Так, специфические вагиниты выявлены лишь у 3,1% беременных. Таким образом, в первом триместре беременности имеет место высокая частота вагинальных инфекций, и есть основание полагать, что с восходящим инфицированием могут быть связаны нарушения гестационной перестройки спиральных артерий, патология плаценты, внутриутробное инфицирование плода, потеря беременности уже на ранних её сроках.

На основании полученных данных о биотопе влагалища контрольную группу (нормоценоз) составили 47 беременных, а основную группу (дисбиозы, вагиниты) – 81 беременная.

Беременные обеих групп были сопоставимы по возрасту (26,3 и 27,4 года соответственно) и социальному статусу, в обеих группах преобладали повторнобеременные женщины (64 и 69% соответственно). У большинства женщин основной и контрольной групп (67 и 69,5%) срок беременности при взятии на учет колебался от 5 до 8 недель. Среди пациенток основной группы в 3,5 раза чаще встречались заболевания органов желудочно-кишечного тракта, в 3 раза чаще – хронические заболевания органов дыхания и хронический пиелонефрит, в 4 раза чаще – нейро-обменно-эндокринные нарушения. Среди гинекологической патологии наиболее распространенными как в основной, так и в контрольной группе были хронический сальпинго-офорит (36,2 и 15,8% соответственно) и эктопия шейки матки (37,3 и 12,8%); из воспалительных заболеваний половых органов в обеих группах чаще всего имел место кандидозный кольпит (16,9 и 5,5%). Указание на бактериальный вагиноз в анамнезе было в 7% случаев в основной группе женщин и в 4,2% случаев в контрольной группе, на инфекцию, передаваемую половым путём, в 3,6 и 2,3% случаев соответственно.

У беременных контрольной группы в половых путях пристеночных слоях влагалища высевались лактобактерии (100%), бифидобактерии (24,6%), стрептококки (22,1%), коринобактерии (9,3%) и пептострептококки (52%).

У беременных основной группы чаще и в большем количестве из пристеночного слоя во влагалище выделялись условно-патогенные микроорганизмы, такие, как стафилококки, стрептококки, пептострептококки, бактероиды, бациллы, актиномицеты, коринобактерии. Количество типичных представителей индигенной микрофлоры снижено. При этом I степень дисбиоза влагалища (компенсированная) характеризовалась практически полным отсутствием в исследуемом материале микрофлоры при неизмененных эпителиальных клетках. Для II степени дисбиоза (субкомпенсированная) было характерно количественное снижение лактобактерий, соизмеримое с возрастанием количества сопутствующей грамвариабельной полиморфной бактериальной флоры; III степень дисбиоза (декомпенсированная) характеризовалась практически полным отсутствием лактофлоры с заменой её на различные микроорганизмы, представленные в различных морфо- и видовых сочетаниях.

Среди осложнений беременности в I триместре в обеих группах наблюдались: угроза прерывания (30%), ранний токсикоз (17,2%), самопроизвольный аборт (12,5%), замершая беременность (8,6%), гестационный пиелонефрит (11,7%).

У всех 47 женщин контрольной группы состояние микро-биоценоза влагалища было расценено как нормоценоз, показатели колонизационной резистентности слизистых оболочек при этом были оценены как высокие. Вышеперечисленные осложнения беременности первого

триместра встретились соответственно у 7 (14,9%), 5 (10,6%), 2 (4,3%), 2 (4,3%), 3 (6,3%) беременных.

В основной группе женщин был выявлен дисбиоз и вагиниты. Отмечено преобладание кандидозного вагинита (каждая третья беременная) и бактериального вагиноза (каждая восьмая беременная). Соответственно доля осложнений I триместра беременности в этой группе пациенток резко возросла: угроза прерывания беременности отмечена у 31 (38,7%), ранний токсикоз – у 17 (21%), самопроизвольный аборт – у 14 (17,2%), замершая беременность – у 9 (11,1%), гестационный пиелонефрит – у 12 (14,8%) беременных.

Выводы

Таким образом, проведенные исследования показали, что микробиоценоз влагалища у беременных может быть охарактеризован количественным и качественным состоянием пристеночной микрофлоры. У беременных с дисбиозом и вагинитом чаще и в большем количестве выделяются условно патогенные микроорганизмы. Влагалище является входными воротами для оппортунистических инфекций, что определяет осложнения беременности, внутриутробное инфицирование плода, возникновение гестационного пиелонефрита, послеродовых инфекционных заболеваний матери и новорожденного, вплоть до развития акушерского сепсиса. Это обосновывает необходимость коррекции дис-

биотических состояний вагинального биотопа на ранних сроках беременности.



ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева И.С. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение современной молодежи: перспективы и пути оптимизации. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва. 2004. 44 с.
2. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Баев О.Р. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, акушерская тактика. М. 2005. С. 222–225.
3. Линёва О.И. Медико-социальные аспекты формирования и профилактики патологии репродуктивной системы. Самара. 1999. 18 с.
4. Мельников В.А. Клиническая эффективность применения культуры собственных лактобацилл для восстановления биоценоза влагалища. //Пермский медицинский журнал. 2007. № 1–2. т. 24. С. 36–38.
5. Радзинский В.Е. Биоценозы гениталий при угрожающем невынашивании и преждевременных родах. //«Вестник РУДН». Медицина. № 6. 2009. С. 364–374.
6. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. Санкт-Петербург. 2001. 364 с.
7. Белокриницкая Т.Е. Репродуктивное и контрацептивное поведение женщин Забайкалья. //Планирование семьи. 2002. № 2. С. 8–10.
8. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. М.: «Гайнуллин». 2004. 494 с.
9. Кулямина О.В. Особенности биоритмов основных физиологических функций и адаптивных гормонов у женщин при угрозе преждевременных родов, их плодов и новорожденных. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Самара. 2006. 26 с.
10. Лиходедова В.А. Клинико-патогенетическое обоснование сосудистых осложнений гестации с учётом реакций материнской и плодовой гемодинамики на позднюю статику беременной. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Самара. 2006. 26 с.