

В.Н. Сидоренко, О.С. Лобачевская, Т.П. Адерихо
**ЭФФЕКТИВНАЯ САНАЦИЯ РОДОВЫХ ПУТЕЙ
 У БЕРЕМЕННЫХ – ПРОФИЛАКТИКА
 ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
 У РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
 Комитет по здравоохранению Мингорисполкома,
 17-я женская консультация г. Минска

Изучена клиническая и микробиологическая эффективность лечения бактериального вагиноза, бактериальных и дрожжевых вагинитов у беременных во 2 и 3 триместрах беременности. Установлено, что препаратом выбора является тержинан, обладающий широким спектром действия для санации родовых путей у беременных с целью подготовки к родам, а значит, и профилактике гнойно-воспалительных заболеваний у родильниц и новорожденных.

Ключевые слова: беременность, родовые пути, бактериальный вагиноз, кольпит, профилактика, санация, гнойно-воспалительные осложнения.

V.N. Sidorenko, O.S. Lobachevskaya, T.P. Adericho
**EFFECTIVE TREATMENT OF THE BIRTH CANAL DURING PREGNANCY IS THE
 PREVENTATION OF INFLAMMATORY DISEASES FOR PARTURIENTS AND
 NEWBORNS.**

In this issue we study the clinical and microbiological efficiency of bacterial vaginosis, bacterial and candidas vaginitis treatment of pregnant women in 2 and 3 trimesters. We show, that TERGYNAN is the most effective to prepare women for childbirth, and so to prevent different complications as for parturients and for newborns.

Key words: pregnancy, birth canal, bacterial vaginosis, colpitis, prevention, rehabilitation, purulent-inflammatory complications.

Одним из ведущих мест в структуре акушерско-гинекологической заболеваемости нижнего отдела половых путей в последние годы занимают инфекции влагалища, среди которых приоритет отдается так называемому бактериальному вагинозу (БВ). Частота возникновения БВ варьирует, по данным различных авторов, от 30 до 60 % в структуре воспалительных заболеваний половых органов у гинекологических пациенток и до 45-62%-у беременных женщин. Следует отметить, что БВ выявляется у 24% практически здоровых женщин, которые не предъявляли каких-либо жалоб и обращались с целью профилактических осмотров (данные Научного центра АГ и П РАМП).

Известно, что БВ является не только фактором риска, а одной из причин возникновения тяжелой патологии женских половых органов и осложнений беременности и родов.

В настоящее время выделяют 2 варианта клинического течения БВ: бессимптомное и с клиническими симптомами.

При бессимптомном течении отсутствуют клинические проявления заболевания наряду с положительными лабораторными признаками. Такое течение заболевания осложняет диагностику, что может способствовать хронизации процесса и развитию осложнений беременности и родов.

Второй вариант течения БВ характеризуется длительными, обильными, жидкими молочного или серого цвета выделениями преимущественно с неприятным запахом «гнилой рыбы», частым сочетанием с патологическими процес-

сами шейки матки (эндоцервицит, эрозия), рецидивирующим течением. Другие жалобы, такие как зуд, дизурические расстройства, диспареуния встречаются реже или являются периодическими. В последние годы в литературе появились сообщения о наличии эпидемиологической связи БВ с неопластическими процессами шейки матки. Показано, что нитрозамины, являющиеся продуктами метаболизма облигатных анаэробов, являются коферментами канцерогенеза и могут быть одной из причин развития диспластических процессов и даже рака шейки матки.

Наличие кольпита во время беременности чревато развитием тяжелых осложнений как во время беременности, так и в родах и в послеродовом периоде – выкидыши и преждевременные роды, хориоамнионит, хроническая фетоплацентарная недостаточность, гипотрофия плода, преждевременное излитие вод, маточные кровотечения, послеродовые воспалительные осложнения. Серьезные осложнения могут быть у ребенка, вплоть до внутриутробной пневмонии и даже сепсиса. Так, по данным D.Watts и соавт. у 60 % рожениц с послеоперационным эндометритом при наличии БВ во время беременности, выявлены одни и те же штаммы микроорганизмов из влагалища и полости матки. Показано, что БВ стал причиной 1/3 всех эндометритов у женщин, а у 1/3 рожениц с БВ послеоперационной период осложнился эндометритом, несмотря на профилактическое применение антибиотиков. Данные исследования позволили подтвердить, что БВ является независимым фактором риска эндометрита как после самопроизвольных родов, так и после операции кесарева сечения. Таким образом, бактериальный вагиноз можно рассматривать как синдром с полимикробной этиологией.

Известно, что в норме условно-патогенные микроорганизмы (стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, грибы и др.) могут находиться в небольшом количестве во влагалище, не вызывая клинических признаков воспаления, и только при

Таблица 1 Особенности течения беременности у обследованных женщин

Осложнения беременности	Число больных I группы (n = 64)	Число больных II группы (n=52)
Угроза прерывания беременности	48 (70,6%)	45 (86,5%)
Пиелонефрит гестационный	14 (20,6%)	9 (17,3%)
Анемия беременных	21 (30,8%)	19 (36,5%)
Гестозы 11 половины	7 (10,3%)	9 (17,3%)
Фетоплацентарная недостаточность	17 (25%)	12 (25%)

определенных условиях (изменение pH влагалищной микрофлоры, снижение его защитных сил, влияние травматических и экологических факторов, нарушение гигиены и др.) становятся патогенными.

В последние годы в связи с чрезвычайно широким, а порой и бесконтрольным, применением антибиотиков во всех областях медицины, в том числе и в гинекологии, развилась лекарственная устойчивость ко многим из них, что создает большие сложности в лечении пациенток с воспалительными процессами, особенно во время беременности.

Распространенность самолечения является одной из издержек цивилизации, не только дискредитирующей многие эффективные и научно обоснованные методы, но и снижающей возможности правильного подбора терапии в связи с изменением реакции организма на тот или другой препарат, и, в частности, изменения микробиоценоза влагалища. В настоящее время кольпиты редко вызываются одним возбудителем. По данным В.И.Удовиченко и соавт. – это, как правило, кольпиты смешанной бактериально-грибково-трихомонадной этиологии, имеющие рецидивирующее течение и требующие назначения нескольких лекарственных средств.

Сегодня в арсенале акушеров – гинекологов имеется большое количество медпрепаратов, обладающих противомикробным действием, но они не всегда эффективны. Обычно применяется местное лечение с использованием внутривагинальных таблеток, кремов, глобул, которые имеют узконаправленное действие. Это требует последовательного применения 2-3 препаратов и часто приводит к рецидивам и резистентности микроорганизмов к применявшимся химиотерапевтическим средствам. Таким образом, появляется необходимость поиска новых препаратов для лечения бактериальных вагинозов как во время беременности, так и у гинекологических больных.

Целью нашего исследования было изучение клиничес-

кой и микробиологической эффективности применения препарата Тержинан в лечении бактериального вагиноза, бактериальных и дрожжевых вагинитов у беременных по 2 и 3 триместрах беременности.

В аннотации тержинан представлен как препарат первого выбора для лечения бактериальных, грибковых и паразитарных вагинитов и кольпитов. Входящий в его состав тернидазол (200 мг) обладает подавляющим действием на анаэробную инфекцию и *Gardnerella vaginalis*; неомицина сульфат (100мг) – колиморфные бактерии (кишечная палочка, протей, синегнойная палочка); нистатин (100 000ЕД) – на грибы; преднизолон 3 мг обладает противоаллергическим действием.

Интравагинальный способ введения хорош тем, что многослойный плоский эпителий влагалища обладает минимальной всасывающей способностью, что практически исключает повреждающее действие лекарственного препарата на плод (данное положение подтверждается исследованиями американского центра генетических исследований, в которых установлено, что при приеме внутрь 1 г метронидазола через 2 часа в крови пациенток обнаруживается 100% вводимой дозы; при вагинальном применении-только 2 %). Тержинан особенно эффективен у беременных с отягощенным аллергическим анамнезом, так как не имеет системного действия.

Материал и методы

Нами обследовано 68 беременных женщин. Основная группа с сопутствующим диагнозом «бактериальный вагиноз» (n=38) – I подгруппа, «смешанный кольпит»-(n=30)-II подгруппа.

Среди беременных I подгруппы у 19 женщин БВ сочетался с эрозией шейки матки, у 8 – с эндоцервицитом. У пациенток 2 подгруппы кольпит сочетался с патологией шейки матки у 17 женщин: у 10 беременных диагностирован эндоцервицит, у 7 – эрозия шейки матки. Контрольную (II группу) составили 52 женщины, у которых установлен диагноз кольпит (n=28) и бактериальный вагиноз (n=24) и которым назначался один из следующих препаратов: полижинакс, клотримазол, гинофорт, бетадин, цитиал.

До начала обследования и лечения каждая женщина выслушала информацию о цели предстоящих исследований и способе их проведения и подтвердила своим письменным согласием.

В исследование не включались пациентки, имеющие аллергические реакции на тернидазол, неомицина сульфат, нистатин, преднизолон, а также больные с сопутствующими вирусными поражениями шейки матки и влагалища и пациентки, получающие антибактериальную терапию.

У всех пациенток I и II групп было произведено: анкетирование, клиническое и бактериоскопическое исследования (3-х кратное): до начала курса лечения, сразу после окончания курса лечения и на 3-4 сутки послеродового периода.

Во время каждого обследования для бактериологического исследования производился забор материала из влагалища, шейки матки, а

Таблица 2 Жалобы обследованных I группы до и после лечения

Жалобы	До лечения (n=68)	1 –е контрольное обследование (n=68)	2-е контрольное обследование (n=32)
Бели	68 (100%)	2 (2,9%)	-
Зуд, жжение в области влагалища	62 (89,9%)	1 (1,5%)	1 (3,1%)
Дизурические явления	59 (86,8%)	3 (5,2%)	-
Боли внизу живота	57 (83,9%)	3 (5,2%)	-

Таблица 3 Жалобы пациенток II группы до и после лечения

Жалобы	До лечения (n=52)	1 –е контрольное обследование (n=52)	2-е контрольное обследование (n=32)
Бели	52 (100%)	24 (46,1%)	6 (21,4%)
Зуд, жжение в области влагалища	52 (100%)	-	-
Дизурические явления	29 (55,9%)	11 (34,5%)	2 (7,1%)
Боли внизу живота	28 (53,8%)	14 (50%)	-

Таблица 4 Результаты бактериоскопического исследования влагалищных мазков

Тип мазка и возбудителя	До лечения (n=68)		1 –е контрольное обследование (n=68)		2-е контрольное обследование (n=32)	
3 и 4 степень чистоты влагалища	68	100%	2	2,9%	1	3,1%
Бактериальный вагиноз	38	55,9%				
<i>Trichomonas vag</i>	7	10,3%				
<i>candida</i>	11	16,2%				
11 группа (n=52)			n=28			
3 и 4 степень чистоты влагалища	52	100%	22	42,5%	14	50,0%
Бактериальный вагиноз	24	46,7%	9	17,5%	3	10,7%
<i>trichomonas vag</i>	9	17,5%	2	3,8%	-	
<i>candida</i>	12	23,0%	4	7,7%	2	7,1%

1 группа (n=68)

также проверялась степень чистоты влагалищных выделений. Для подтверждения или исключения диагноза бактериального вагиноза проводился микроскопический поиск «ключевых клеток», определение pH влагалищных выделений и проба с КОН (выявление аммиачного запаха). Средний возраст беременных I группы составил $25,7 \pm 6,3$ года и $27,1 \pm 5,5$ года для II группы обследованных ($p > 0,05$). Профессиональные вредности отмечены у 7 беременных (физические нагрузки у 4 женщин I группы и эмоциональные у 3 пациенток II группы). Экстрагенитальная патология практически в равной степени встречалась у обследованных I группы - 64, 2%: заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, почек, эндокринной системы; у пациенток II группы - в 66, 9%. Отдельно следует отметить, что 9 пациенток I и II групп до беременности страдали и с различной степенью эффективности лечили кольпиты различной этиологии. Прегравидарную подготовку прошли 16 человек из I и 12 из II группы обследованных. Среди обследованных преобладали пациентки (56%), которые имели в анамнезе 1-2 аборта, а также страдающие аднекситами и заболеваниями шейки матки.

Анализируя течение беременности у женщин с воспалительными заболеваниями влагалища, шейки и вульвы, следует отметить несомненное влияние на возможность возникновения таких осложнений во время беременности как угроза прерывания беременности, пиелонефрит и анемия беременных, фетоплацентарная недостаточность (таблица 1).

Преобладающими жалобами у обследованных беременных были бели, чувство зуда и жжения в области влагалища и вульвы, дизурические явления и нарушение половой функции.

Беременным I группы ($n = 68$) для лечения бактериального вагиноза, а также смешанного кольпита был назначен тержинан: по 1 влагалищной таблетке перед сном. Перед введением таблетку смачивали в теплой воде 20-30 сек. и вводили глубоко во влагалище. Пациенткам II группы (контрольная) врачами назначался один из следующих препаратов: полижинакс, клотримазол мазь, бетадин, гинофорт, цитиал по схемам согласно инструкции.

Результаты и обсуждение

Субъективная оценка самочувствия больных после проведенного курса лечения при первом и втором контрольном обследовании предоставлена в таблицах 2 и 3.

Данные бактериоскопического исследования влагалищных мазков до лечения и при последующих 2-х контрольных обследований представлены в таблице 4.

Из представленных в таблицах 2 и 3 данных следует, что после проведенного курса

лечения тержинаном у 59 беременных I группы (86,7%) жалобы отсутствовали. Только 3 пациентки отмечали незначительные дизурические явления, причиной которых был обострившийся пиелонефрит, 2 жаловались на незначительные выделения из половых путей; зуд, жжение в области влагалища отмечала 1 пациентка, по интенсивности значительно слабее, чем до лечения.

Среди пациенток II группы (группа сравнения) исчезновение жалоб отметили 56, 2% ($n=28$) беременных, что является достоверно значимым различием ($p < 0,05$) по сравнению с эффективностью лечения I группы; у 15 пациенток не установлена как динамика самочувствия, так и улучшение лабораторных данных. Критериями эффективности лечения больных с БВ являлось исчезновение негативных субъективных проявлений клинических симптомов заболевания и нормализация лабораторных показателей.

Особенности течения родов и послеродового периода нам удалось проследить у 32 женщин I группы и у 28-со второй группы. Физиологические роды отмечены у 28 (87,5

%) женщин основной и у 12 (42,8%) контрольной группы ($p < 0,05$). Причем, лишь у одной роженицы из I группы в мазках на флору обнаружено повышенное количество лейкоцитов (от 15 до 25) при наличии большого количества палочек и кокков. У пациенток II группы в мазках из влагалища, шейки матки в 50% степень чистоты соответствовала 3-ей, у 3 пациенток снова выявлен БВ, у 2 – кандидозный кольпит. Преждевременное излитие околоплодных вод установлено у 1 роженицы из I и у 8 из II группы. Безводный промежуток более 6 час установлен у 2 пациенток из I и у 9 из II группы.

Физиологическая кровопотеря зарегистрирована у 31 родильницы I и у 22 из II группы, что является достоверно значимым различием ($p < 0,05$). У 3 пациенток II группы кровопотеря составило от 600 до 800 мл, что потребовало проведения инфузионной терапии. В удовлетворительном состоянии родилось 31 (97%) ребенка от матерей I группы и 21 (75,0%) – от женщин группы контроля. Семь новорожденных от матерей II группы родились в состоянии асфиксии средней степени, что обусловлено внутриутробным инфицированием (БДУ). Послеродовый период у родильниц II группы в 4 случаях осложнился субинволюцией матки, в 2 случаях-эндометритом, что потребовало расширения проводимой терапии, включая кюретаж послеродовой матки и назначения антибактериальных препаратов.

Проведенное 2 – е контрольное обследование показало, что у 97% родильниц I группы не выявлено рецидивов заболевания. У 1 пациентки при бактериоскопии вагинального мазка установили 3 степень чистоты, во время как у родильниц группы контроля 3 степень чистоты обнаружена у 14 (50,0%) пациенток, причем у 6 из них были жадобы на зуд, жжение во влагалище, наличие патологических белей, у 2 – дизурические явления.

Выводы

1. Положительные результаты клинической и лабораторной эффективности использования тержинана для лечения вульвовагинитов различной этиологии, бактериального вагиноза у беременных по I и II триместрам, а также благоприятный исход родов для матери и новорожденного свидетельствует о высокой эффективности препарата и безвредности для матери и плода.

2. Комбинированный препарат тержинан не оказывает системного влияния на организм, удобен в применении, не требует дополнительных антимикотических средств, может быть применен у пациенток с экстрагенитальной патологией.

3. На сегодняшний день тержинан является препаратом выбора, обладающим широким спектром действия за счет удачно подобранной комбинации составных частей, для санации родовых путей у беременных с целью подготовки к родам, а, значит, и профилактике гнойно-воспалительных заболеваний у родильниц и новорожденных.

Литература

1. Кира, Е.Ф. Бактериальный вагиноз // ООО «Нева Люкс», Спб. 2004. 364 с.
2. Савичева, А.М., Соколовский, Е.В., Домейка, М. Краткое руководство по микроскопической диагностике инфекций, передаваемых половым путем // ООО «Издательство Фолиант», СПб. 2004. 128 с.
3. Aroutcheva, A., Gariti, D., Simon, M., Shott, S., Faro, J., Simoes, J. A., Gurguis, A., Faro, S. Defense factors of vaginal lactobacilli / Am J Obstet Gynecol. 2001, Aug. № 185 (2) P. 375 – 379.
4. Boris, S., Soares, J.E., Vazquez, F., Barbes, C. Adherence of human vaginal lactobacilli to vaginal epithelial cells and interaction with uropathogens / Infect Immun, 1998, May. № 66 (5). P.1985 – 1989.
5. Dembele, T., Obdrzalek, V., Votava, M. Inhibition of bacterial pathogens by lactobacilli / Zentralbl Bacteriol. 1998, Nov. № 288 (3). P. 395 – 401.
6. Gupta, K., Stapleton, A.E., Hooton, T.M., Roberts, P.L., Fenelli, C.L.,

Stamm, W.E. Inverse association of H₂O₂-producing lactobacilli and vaginal *Escherichia coli* colonization in women with recurrent urinary tract infections / *J Infect Dis.* 1998, Aug. № 178 (2). P. 446 – 450.

7. *Ocana, V.S., Nader-Macias, M.E.* Vaginal lactobacilli: self-and co-aggregating ability / *Br J Biomed Sci.* 2002. № 59 (4). P. 183-190.

8. *Strus, M., Malinowska, M., Heczko, P.B.* In vitro antagonistic effect of *Lactobacillus* on organisms associated with bacterial vaginosis / *J Reprod Med.* 2002, Jan. № 47 (1). P. 41 – 46.

9. *Vallor, A.C., Antonio, M.A., Hawes, S.E., Hillier, S.L.* Factors associated with acquisition of, or persistent colonization by, vaginal lactobacilli: role of hydrogen peroxide production / *J Infect Dis.* 2001, Dec. 1. № 184 (11). P. 1431 – 1436. Epub 2001, Oct. 30.

10. *Vasquez, A., Jacobsson, T., Ahrne, S., Forsum, U., Molin, G.* Vaginal lactobacillus flora of healthy Swedish women / *J Clin Microbiol.* 2002, Aug. № 40 (8). P. 2746 – 1749.

Поступила 13.12.2011 г.