Литературные источники.

1. Дикке, Г. Б. Бактериальный вагиноз: новые аспекты этиопатогенеза и выбора терапевтических стратегий / Г.Б. Дикке // РМЖ. Мать и дитя. – 2019. – Т. 2, № 4. – С. 307–313.

2. Савичева, А.М. Бактериальный вагиноз и аэробный вагинит как основные нарушения баланса вагинальной микрофлоры. Особенности диагностики и терапии / А.М. Савичева, Н.И. Тапильская, Е.В. Шипицына, Н.Е.Воробьева // Акушерство и гинекология. – 2017. – Т.5. – С. 24-31.

3. Marrazzo, J.M. Extravaginal reservoirs of vaginal bacteria as risk factors for incident bacterial vaginosis / J.M.Marrazzo, T.L.Fiedler, S.Srinivasan // Infect. Dis. – 2019. – №10. – P.1580-1588.

УДК 618.1-002-022:618.3-085

Савицкая В.М., ЗенькоО.И., Трипуть А.А., Дражина О.Г.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

КОМПЛЕКСНАЯ САНАЦИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ БЕРЕМЕННЫХ

Актуальность. Современная перинаталогия решает много проблем, прежде всего связанных с гестационным процессом и антенатальной охраной плода. Проблема совершенствования акушерско-гинекологической помощи женщинам, страдающим урогенитальной инфекцией, вошла в число наиболее важных медицинских проблем и обусловлена высоким уровнем и постоянным ростом заболеваемости, хроническим течением процесса и недостаточной эффективностью терапии [1,2]. Частота распространения урогенитальных инфекций остается стабильно высокой на всех контингентах мира. Более 150 тыс. случаев инфекций, передающихся преимущественно половым путем (ИППП), регистрируется в Беларуси каждый год.

Доказано, что все генитальные инфекции вызывают очень большие изменения в метаболизме клеток организма хозяина: нарушают обмен аминокислот, синтез белков, нуклеиновых кислот, привносят новую генетическую информацию [1,3]. Они увеличивают количество свободной арахидоновой кислоты, приводя к активации синтеза простагландинов. Активация острой или хронической инфекции во время беременности может проявиться симптомами внутриутробной инфекции (ВУИ), что в свою очередь может стать причиной спонтанных абортов, преждевременных родов, мертворождений, патологии беременности и родов [3, 4].

Цель исследования - оптимизация лечения урогенитальных инфекций у беременных женщин путем комплексной санации.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 45 беременных с урогенитальной инфекцией и ретроспективный анализ исходной клинической характеристики особенностей течения беременности, лабораторных методов исследования, а также анализ эффективности лечения ИППП.

Результаты исследования и обсуждение. Все обследуемые женщины разделены на две группы. Основную группу составили 30 беременных, в группу контроля вошли 15 беременных. Все женщины были сопоставимы по возрасту и весу. Возраст беременных составил от 20 до 34 лет (средний возраст — 28,2±1,1 года). При анализе массо-ростовых соотношений у обследованных женщин отклонений от нормы не выявлено, средняя масса тела перед наступлением беременности была 68,4±1,9 кг, средний рост — 167,6±0,9 см. При сборе анамнеза жизни и данных о перенесенных

экстрагенитальных заболеваниях выявлено, что в основной группе экстрагенитальная патология диагностирована у 29 беременных. При этом заболевания мочевыделительной системы выявлены в 66% случаев, желудочно-кишечного тракта — в 4%, заболевания сердечно-сосудистой системы — в 19% случаев.

В контрольной группе экстрагенитальная патология была диагностирована у 4 беременных. Заболевания лорорганов и мочевыделительной системы встречались у 13% обследованных женщин.

В основной группе гинекологические заболевания выявлены у 28 беременных. При этом кольпит отмечен в 47% случаев, эрозия шейки матки — в 33%, вторичное бесплодие — в 13% случаев. В контрольной группе гинекологические заболевания выявлены у 3 беременных, эрозия шейки матки отмечена в 20% случаев.

Нами при анализе структуры урогенитальных инфекций выявлена следующая встречаемость микроорганизмов, которая представлена в таблица 1.

Таблица 1 Структура урогенитальных инфекций

Микроорганизм	Количество пациентов	Процентное содержание
Escherichia coli	25	22%
Streptococcus agalactiae	24	21%
Staphylococcus epidermidis	16	13%
Staphylococcus aureus	14	11%
Enterococcus faecalis	13	10%
Candida sp.	11	8%
Mycoplasma hominis	9	6%
Ureaplasmaurealyticum	7	5%
Trichomanisvaginalis	2	2%
Chlamydia trachomatis	2	2%

В нашем исследовании лечение урогенитальных инфекций было направлено на устранение возбудителя и предупреждение восходящего инфицирования плода. С этой целью для санации женщин была проведена оценка анализа на антибиотикочувствительность, выявлено, что Escherichia coli чувствительна к антибиотикам группы макролидов (спирамицин 45%), цефалоспоринам к цефотаксиму 86%, Чувствительность к карбапенемам (меропенем, имипенем 100%), фторхинолоны (норфлоксацин 83%, офлоксацин 100%).

Стафилококк эпидермальный: макролиды (спирамицину 85%), цефалоспорины (цефазолин 60%), гликопептиды (ванкомицин в 100%), фторхинолоны (левофлоксацин в 100%).

Золотистый стафилококк: макролиды (спирамицин в 100%), цефалоспорины (цефазолин в 67%), аминогликозиды (гентамицин, тобрамицин в 100%), линкозамиды (клиндомицин, линкомицин в 100%), фторхинолоны (левофлоксацин в 100%).

Фекальный энтерококк: макролиды (спирамицин в 52%), цефалоспорины (цефазолин в 5%), гликопептиды (ванкомицин в 100%), фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин в 100%).

При проведении лечения были учтены данные антибиотикограммы, срок беременности, вид возбудителя. Для лечения выявленной инфекционной патологии был использован двухэтапный способ. На первом этапе с помощью антибиотиков устраняли патогенную микрофлору, на втором – восстанавливали нормальную лактобациллярную микрофлору. Лактобактерии чрезвычайно важны: они оказывают антимикробное действие в отношении патогенной и условно-патогенной флоры, стимулируют приобретенный иммунитет, участвуют в процессе пищеварения, синтезе витаминов К и группы В, создают кислую среду, способствуя развитию бифидобактерий и других

представителей нормальной микрофлоры, улучшают переносимость лактозы. Однако, ликвидируя условно–патогенные микроорганизмы, часто нет условий для достаточно быстрого восстановления лактобактерий. В этой связи дополнительно в основной группе мы рекомендовали использовать средства интимной гигиены «Vidermina prebiotic», имеющее кислую среду с pH 3,5. Действующее вещество «Vidermina prebiotic» («Хеминова Интернасьональ С.А», Мадрид, Испания) - глицирризиновая кислота, активированная 0,1 г. Вспомогательные вещества - пропиленгликоль, твин - 80 (полисорбат - 80), вода очищенная, обогащено α-глюко-олигосахаридом, молочной кислотой и пантенолом, способствует восстановлению баланса лактобациллярной флоры. В группе контроля санация проводилась без использования данного средства. Благодаря проведенной комплексной санации в основной группе в более короткий срок мы смогли добиться положительных результатов в проведенной терапии по восстановлению биоценоза влагалища. В группе контроля потребовалось более длительное восстановление микрофлоры влагалища.

Выводы. Согласно литературным данным и нашим исследованиям большинство инфекций у беременных протекало в латентной и субклинической форме. Отсутствовал параллелизм между инфекционным процессом у матери и инфицированием у плода, степенью тяжести у него инфекционного заболевания.

При лечении необходимо обращать особое значение на следующие факторы риска:

1. Первичное инфицирование во время беременности, активация инфекционного процесса;

2. Хронические очаги инфекции в организме беременной женщины, прежде всего, инфекции мочевыделительной системы, урогенитальные инфекции;

3. Патологический изменения общего и местного иммунитета.

4. Проявления ВУИ зависит от следующих факторов: срок беременности, при котором произошло инфицирование; вид возбудителя, его вирулентность, массивность обсеменения; снижение распространенности и интенсивности воспалительного процесса; состояние организма беременной, ее иммунологическая толерантность.

Ранняя диагностика и начало эффективного комплексного лечения урогенитальных инфекций у беременных могут служить существенным резервом для снижения как осложнений гестационного процесса, так и частоты внутриутробного инфицирования плода и перинатальной заболеваемости. Полученные нами результаты комплексной санации дают основание рекомендовать средство интимной гигиены «Vidermina prebiotic» для включения его в схемы комплексного лечения с целью восстановления микроэкологии влагалища.

Литературные источники.

1. Соколовский Е.В., Кисина В.И., Савичева А.М. и соавт. Клиническая интерпретация результатов микроскопического метода диагностики урогенитальных инфекций. Рекомендации для врачей/ Санкт-Петербург,-Издательство Н-Л, 2010, 87 с.

2. Гордовская Н.Б., Коротчаева Ю.В. Инфекция мочевыводящих путей у беременных. «Нефрология». 2018; N°22(2). С.81-87.

3. Шипицына Е. В., Шалепо К. В., Савичева А. М., Домейка М. Научные исследования по оптимизации методов лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем. Журнал акушерства и женских болезней, 2007; том LVI.N°5: С. 32-35.

4. Kwak D.W., Hwang H.S., Kwon J.Y. et al. Co-infection with vaginal Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis increases adverse pregnancy outcomes in patients with preterm labor or preterm premature rupture of membranes // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. Early Online. 2013. Vol. 18. P. 1–5.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

ИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

(Гомель, 30 марта 2023 г.)

Научное электронное издание

Минск

«Профессиональные издания»

2023