

Е.Ф.КИРА, И.В.БЕРЛЕВ,  
О.Л.МОЛЧАНОВ

Кафедра акушерства и гинекологии,  
кафедра биохимии  
и лабораторной диагностики  
Российской Военно-медицинской академии,  
Санкт-Петербург

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ДИСБИОТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ВЛАГАЛИЩА

**Проблема инфекционно-воспалительных осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде является приоритетным направлением в акушерской практике. Для решения поставленной задачи было проведено комплексное обследование 111 женщин во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Изучение микроэкологии влагалища включало комплексную оценку результатов культуральной диагностики и микроскопии мазков вагинального отделяемого, окрашенных по Граму. Проведенное исследование показывает, что своевременная диагностика и коррекция дисбиотических процессов влагалища у беременных группы риска позволит снизить ряд осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде.**

### *Введение*

Проблема инфекционно-воспалительных осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде является одной из наиболее актуальных в акушерской практике [2,3]. Несмотря на значительное число научных исследований, посвященных этому вопросу, в последние годы не отмечается тенденции к снижению частоты гнойно-воспалительных заболеваний как у матери, так и у плода [1,3].

В настоящее время появились исследования, свидетельствующие о роли дисбиотических нарушений микробиотоза влагалища в развитии инфекционных осложнений [1-4].

Исходя из сказанного, целью нашего исследования явилось изучение особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с дисбиотическими нарушениями влагалища.

### *Материал и методы исследования*

Для решения поставленной задачи было проведено комплексное обследование 111 женщин во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Применительно к нашим исследованиям, все беременные были разделены на две группы, сопоставимые по основным характеристикам. Первую (основную), составили беременные (56 женщин), имеющие различные формы нарушения микробиотоза влагалища (бактериальный вагиноз и вагинит). Во вторую (сравнительную) группу были включе-

ны беременные с нормоценозом и промежуточным типом микробиотоза влагалища (55 человек).

Все пациентки обследованы с применением общеклинических, биохимических, цитологических, бактериологических и патоморфологических исследований. Изучение микроэкологии влагалища включало комплексную оценку результатов культуральной диагностики и микроскопии мазков вагинального отделяемого, окрашенных по Граму. При культуральном исследовании определяли родовую и количественный состав микробиотоза влагалища, взятого из заднего и бокового сводов. Изучение и идентификация выделенных микроорганизмов основывались на сопоставлении морфологических, культуральных и биохимических свойств. Параллельно с культуральными методами исследования состояние микробиотоза влагалища оценивали при микроскопии вагинальных мазков, окрашенных по методу Грама в модификации Kopeloff. Во время исследования учитывали все имеющиеся морфологические формы и размеры микробов, состояние вагинального эпителия, присутствие "ключевых клеток", наличие лейкоцитарной реакции, интенсивность и тип фагоцитоза. Для интегральной оценки биоценоза влагалища у беременных использовали классификацию, предложенную профессором Кира Е.Ф. [4].

У всех женщин обязательно выполнялись аминотест и рН-метрия содержимого влагалища. Дифференциальная диагностика проводилась с сексуально-транс-

Журнал  
акушерства  
и женских  
болезней



| Микроорганизмы                | Тип биоценоза влагалища          |                          |                |                              |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------|------------------------------|
|                               | Нормоценоз (n=32)                | Промежуточный тип (n=33) | Вагинит (n=11) | Бактериальный вагиноз (n=45) |
|                               | Количество штаммов в абс. числах |                          |                |                              |
| Лактобактерии                 | 32                               | 25                       | 5              | 8                            |
| Стафилококки                  | -                                | 1                        | 6              | 6                            |
| Коринобактерии                | -                                | -                        | 4              | 9                            |
| Стрептококки                  | -                                | -                        | 3              | -                            |
| Пептострептококки             | 13                               | 3                        | 9              | 16                           |
| Гарднереллы                   | -                                | 1                        | 4              | 11                           |
| Бактероиды                    | 10                               | 2                        | 8              | 17                           |
| Кандиды                       | 2                                | 2                        | 10             | 2                            |
| Бифидобактерии                | 23                               | 4                        | 2              | 1                            |
| Пропионибактерии              | -                                | 3                        | 4              | 7                            |
| Энтеробактерии                | -                                | -                        | 6              | 5                            |
| Кол-во микроорганизмов КОЕ/мл | $10^5-10^7$                      | $10^6-10^8$              | $10^7-10^9$    | $10^9-10^{11}$               |

Частота осложнения беременности у женщин с дисбиотическими процессами во влагалище

Таблица 2

| Осложнение                               | Основная группа (n=56) |            | Сравнительная группа (n=55) |           |
|--|------------------------|------------|-----------------------------|-----------|
|  | Абс.                   | %          | Абс.                        | %         |
| Угроза прерывания беременности           | 45                     | 80,3±2,36* | 17                          | 31,7±1,34 |
| Замершая беременность                    | 5                      | 8,9±1,32   | -                           | -         |
| Спонтанные аборт                         | 13                     | 23,2±1,54  | -                           | -         |
| Преждевременные роды                     | 8                      | 14,2±1,23* | 4                           | 7,2±0,56  |
| Многоводие                               | 19                     | 33,9±2,34* | 3                           | 4,7±2,3   |
| Бактериальный амнионит                   | 12                     | 21,4±1,14  | -                           | -         |
| Пиелонефрит беременных                   | 12                     | 21,4±1,75* | 6                           | 10,7±1,67 |
| Несвоевременное излитие околоплодных вод | 22                     | 39,2±2,45* | 7                           | 12,6±1,78 |
| Патология плаценты                       | 7                      | 12,5±1,32* | 5                           | 9,0±1,67  |

\* – различия достоверны при  $p < 0.01$ .

миссионными заболеваниями, включая: сифилис, ВИЧ-инфекция, трихомоноз, гонорею, хламидиоз, уреаплазмоз.

## Результаты исследования

При оценке состояния микроэкологии влагалища у наблюдаемых женщин были получены следующие результаты: нормоценоз выявлен у 32 (28,8 %) беременных, промежуточный тип – у 23 (20,7%), в 45 (40,5 %)

случаях диагностирован бактериальный вагиноз и вагинит – у 11 (9,9 %) обследованных.

При изучении состава микрофлоры влагалища у обследованных было идентифицировано 132 строго анаэробных и 112 аэробных, аэротолерантных и факультативно-анаэробных микроорганизмов. Структура микробиоценоза влагалища всех обследованных беременных представлена в табл. 1. Существенных различий в спектре этих микроорганизмов у обследованных

женщин не выявлено. Однако их соотношение было различным в зависимости от типа микробиоценоза влагалища. В группе беременных с нормоценозом и промежуточным типом биоценоза влагалища этот показатель составил 1,3 : 1, тогда как у пациенток с вагинальным дисбиозом и бактериальным вагинозом в микрофлоре влагалища преобладал анаэробный компонент (2,7 : 1,3;  $p < 0,01$ ).

При анализе полученных данных установлено, что в группе

беременных с нормоценозом и промежуточным типом микробиотического влагалища общее количество микроорганизмов составило  $10^5$ - $10^8$  КОЕ/мл вагинального содержимого. При бактериальном вагинозе и вагините оно увеличивалось на несколько порядков и достигало  $10^7$ - $10^{11}$  КОЕ/мл ( $p < 0,01$ ).

Анамнестически у 56,8 % обследованных основной группы имелись экстрагенитальные хронические инфекционно-воспалительные процессы различной локализации (холецистит, тонзиллит, пиелонефрит). Среди воспалительных заболеваний женских половых органов в основной группе преобладали хронический сальпингооофорит –  $94,64 \pm 3,54$  %, эндометрит –  $51,74 \pm 3,54$  %, метрорэндометрит –  $28,58 \pm 2,36$  %. Анализ особенностей течения и исходов предыдущих беременностей позволил выявить, что две трети беременных основной группы имелиотягощенный акушерский анамнез (невынашивание беременности, мертворождение, рождение ребенка с пороками развития). Следует отметить, что у 43,7 % женщин этой группы беременность про-

текала на фоне воспалительных процессов шейки матки и влагалища. Из представленных данных видно, что преобладание в анамнезе заболеваний инфекционно-воспалительного характера с локализацией в генитальном тракте является важным predisposing фактором в развитии дисбиотических процессов во влагалище.

Анализ течения беременности у женщин основной группы показал высокую частоту различных осложнений (табл. 2).

Наиболее частым осложнением была угроза прерывания беременности. Клинические симптомы этого состояния отмечены у 80,3 % обследованных. Обращало внимание, что у 43,4 % женщин угроза прерывания имела рецидивирующий характер, при этом у 23,2 % из них наступил самопроизвольный выкидыш, а у 5 (8,9%) обследованных диагностирована замершая беременность. У 14,2 % обследованных основной группы произошли преждевременные роды. Ведущими симптомами преждевременного прерывания беременности в первом и втором триместрах были кровянистые вы-

деления из половых путей повышенный тонус матки, боли внизу живота.

Наиболее частыми осложнениями во второй половине беременности были несвоевременное излитие околоплодных вод и бактериальный амнионит. Эти осложнения достоверно чаще имели место у женщин с нарушенным микробиотическим влагалища и встречались в 39,2% и 21,4% соответственно.

Изучение особенностей течения родов в сравниваемых группах показало, что осложненное течение родового акта достоверно чаще наблюдалось у женщин с дисбиотическими процессами влагалища (табл. 3). Наиболее частым осложнением родов были аномалии родовой деятельности, гипоксия плода. Внутритробная гипоксия плода диагностирована в 39,2% случаев. Слабость родовой деятельности отмечена у 21 (37,5%) женщины, в связи с чем проводилась медикаментозная родостимуляция. Наиболее тяжелым осложнением родового акта была преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Эта патология встречалась у жен-

Особенности течения родов у женщин с дисбиотическими процессами влагалища

Таблица 3

| Особенности течения родов          | Основная группа (n=56) |                      | Сравнительная группа (n=55) |                |
|------------------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------------|----------------|
|                                    | Абс.                   | %                    | Абс.                        | %              |
| Преждевременная отслойка плаценты  | 5                      | $8,9 \pm 0,43^{**}$  | 1                           | $1,8 \pm 0,2$  |
| Слабость родовой деятельности      | 21                     | $37,5 \pm 2,67$      | 14                          | $25,4 \pm 1,4$ |
| Гипоксия плода                     | 22                     | $39,2 \pm 1,27^{**}$ | 4                           | $7,2 \pm 0,6$  |
| Патологическая кровопотеря в родах | 12                     | $21,4 \pm 2,87^*$    | 2                           | $3,6 \pm 0,4$  |

Различия статистически достоверны при: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

Частота оперативных вмешательств у женщин с дисбиотическими процессами влагалища

Таблица 4

| Вид оперативного вмешательства    | Основная группа (n=56) |                    | Сравнительная группа (n=55) |                 |
|-----------------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------|
|                                   | Абс.                   | %                  | Абс.                        | %               |
| Наложение акушерских щипцов       | 3                      | $5,17 \pm 1,86^*$  | 1                           | $2,84 \pm 1,56$ |
| Эпизио- и перинеотомия            | 8                      | $14,65 \pm 2,83^*$ | 4                           | $8,69 \pm 2,67$ |
| Ручное обследование полости матки | 2                      | $3,44 \pm 1,54$    | -                           | -               |
| Кесарево сечение                  | 5                      | $9,48 \pm 2,34^*$  | 2                           | $3,62 \pm 2,03$ |

\* – различия достоверны при \* $p < 0,01$ .

| Характер осложнений                 | Основная группа (n=56) |            | Сравнительная группа (n=55) |           |
|-------------------------------------|------------------------|------------|-----------------------------|-----------|
|                                     | Абс.                   | %          | Абс.                        | %         |
| Кровотечение в послеродовом периоде | 8                      | 14,2±1,78* | 3                           | 5,8±0,83  |
| Эндометрит                          | 27                     | 48,2±2,01* | 7                           | 12,3±1,34 |
| Метроэндометрит                     | 6                      | 10,7±1,78  | -                           | -         |
| Нагноение послеоперационной раны    | 3                      | 5,3±0,67*  | -                           | -         |
| Нагноение раны промежности          | 5                      | 8,9±1,02   | -                           | -         |
| Серозный мастит                     | 2                      | 3,50±0,56  | -                           | -         |
| Всего                               | 43                     | 76,8±3,46* | 7                           | 12,7±1,67 |

\* – различия статистически достоверны при  $p < 0.01$ .

щин основной группы в 4 раза чаще, чем в сравнительной ( $p < 0,05$ ). Патологическая кровопотеря в родах имела место у 12 (21,4%) рожениц.

Кроме этого, обращала на себя внимание относительно высокая частота некоторых оперативных вмешательств и пособий в родах, применяемых у рожениц с дисбиотическими процессами влагалища (табл. 4). Как видно из представленных данных наложение акушерских щипцов применялось в 6 (5,1%) случаях: в четырех - по поводу слабости родовой деятельности и прогрессирующей гипоксии плода и в двух - в связи с начавшейся острой асфиксией плода. Эпизио- и перинеотомия произведены в 17 (14,7%) случаях. У 4 (3,4%) женщин в связи с дефектом долек плаценты проводилось ручное обследование полости матки. У одной роженицы основной группы выполнено ручное отделение плаценты. Частота кесарева сечения как при своевременных родах, так и при преждевременных родах была значительно выше у женщин с дисбиотическими процессами во влагалище.

Послеродовые осложнения у родильниц основной группы выявлены в 76,8%, при этом в 48,2% случаев установлен эндометрит, в 10,7% - метроэндометрит, в 13,8% - нагноение послеоперационной раны, раны передней брюшной стенки - 5,3%

и раны промежности - 8,9%. В 3,5 % наблюдений отмечен серозный мастит (табл. 5).

Представленные данные свидетельствуют о неблагоприятном влиянии дисбиотических процессов во влагалище на течение беременности, родов и послеродового периода. Учащаются случаи несвоевременного излития околоплодных вод, аномалий родовой деятельности, увеличивается частота послеродовых осложнений. Полученные результаты указывают на то, что частота оперативных вмешательств и пособий у женщин с дисбиозом влагалища значительно выше, чем у обследованных с неосложненным течением беременности, что объясняется необходимостью значительно чаще проводить мероприятия по профилактике внутриутробной асфиксии плода, мертворождений и кровотечений в родах и послеродовом периоде.

Таким образом, своевременная диагностика и коррекция дисбиотических процессов влагалища у беременных группы риска позволит снизить ряд осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Байрамова Г.Р., Прилепская В.Н. Современные принципы диагностики и лечения бактериальных вагинозов //

Вестн. Росс. Асс. акуш.-гин. 1996. - №4. - С.102-104.

2. Евсюкова И.И. Роль инфекционного фактора в развитии перинатальной патологии плода и новорожденного // Вестник Росс. Асс. акуш.-гин. 1997. - №4. - С.71-74.

3. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. Клиника, диагностика, лечение: Автореф. Дис.... д-ра мед. наук. – СПб, 1995. - 44 с.

4. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В., Беженарь В.Ф., Берлев И.В. Невынашивание беременности (пособие для врачей). – СПб., 1999. - 60 с.