

**Kamilova M.Y., Muradova Z.F., Ishan-Khodzhaeva F.R., Rakhmatullaeva  
D.M.**

**MODERN ASPECTS OF THE TREATMENT OF VAGINAL DYSBIOSIS  
IN PREGNANT WOMEN**

*State institution Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology,  
Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of  
Tajikistan*

**Summary.** The article presents the results of a comparative analysis of obstetric and perinatal outcomes of women who underwent 1 (comparison group) and 2-stage treatment (main group) of bacterial vaginosis in the third trimester of pregnancy. It was shown that as a result of the therapy, the normal vaginal flora is restored in both groups, in women undergoing 2-stage treatment, the incidence of premature birth, prenatal rupture of membranes and vaginal injuries is statistically significantly reduced compared with the corresponding indicators in women who underwent 1- staged treatment. It has been established that the use of drugs that restore the normal vaginal flora as part of a 2-stage therapy for the treatment of bacterial vaginosis improves obstetric and perinatal outcomes.

**Key words:** vaginal dysbacteriosis, pregnant women, treatment.

**Камилова М.Я., Мурадова З.Ф., Ишан-Ходжаева Ф.Р., Рахматуллаева  
Д.М.**

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА  
ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

*ГУ научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и  
перинатологии МЗ и СЗН РТ*

**Резюме.** В статье представлены результаты сравнительного анализа акушерских и перинатальных исходов женщин, которым проведено 1 (группа

сравнения) и 2-х этапное лечение (основная группа) бактериального вагиноза в III триместре беременности. Показано, что в результате проведенной терапии восстанавливается нормальная флора влагалища в обеих группах, у женщин, прошедших 2-х этапное лечение статистически значимо снижается частота преждевременных родов, дородового разрыва плодных оболочек и травм влагалища по сравнению с соответствующими показателями в у женщин, прошедших 1-этапное лечение. Установлено, что использование препаратов, восстанавливающих нормальную флору влагалища в составе 2-х этапной терапии при лечении бактериального вагиноза улучшает акушерские и перинатальные исходы.

**Ключевые слова:** дисбактериоз влагалища, беременные женщины, лечение.

**Актуальность.** Известно, что влагалище здоровой женщины репродуктивного возраста содержит грамположительные и грамотрицательные аэробные, факультативно-аэробные и облигатно-анаэробные микроорганизмы, среди которых преобладают лактобактерии. Остальные представители нормоценоза, такие как генитальные микоплазмы, грибы рода *Candida* не нарушают нормальный биоценоз в количествах, не превышающих допустимые значения [1].

Неблагоприятная экология, нарушения иммунного статуса, гормональные изменения, нерациональное применение антибиотиков приводят к вагинальному бактериозу, когда нормальная вагинальная микрофлора заменяется многочисленными анаэробными бактериями. Клиническими проявлениями вагинального бактериоза являются патологические выделения из влагалища с неприятным запахом, зуд, сухость во влагалище. В настоящее время частота бактериального вагиноза варьирует от 30 до 80% [2, 5].

Особую актуальность представляет бактериальный вагиноз при беременности, встречающийся у 10-46% беременных женщин, в связи с увеличением таких осложнений как плацентарная недостаточность,

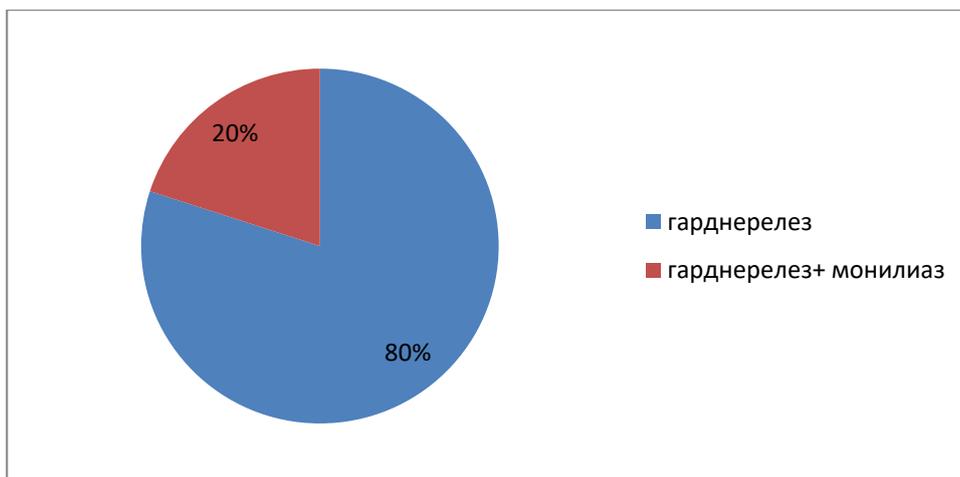
невынашивание беременности, СЗРП, внутриутробное инфицирование плода и травмы влагалища при родах за счет ухудшения структуры стенок влагалища [4].

Своевременная диагностика и лечение бактериального вагиноза у беременных женщин являются необходимыми компонентами качественного оказания помощи как женщинам так и детям. Лечение бактериального вагиноза включает основную терапию, которая направлена на микробный фактор и вспомогательную терапию, направленную на восстановление нормальной микрофлоры во влагалище. Одним из препаратов вспомогательной терапии бактериального вагиноза является гинолактоспей, механизмы действия которого включают противовоспалительный эффект, усиление защитных возможностей и ускорение обменных процессов [2, 3].

**Цель настоящего исследования** – провести сравнительный анализ особенностей течения родов женщин с бактериальным вагинозом в зависимости от этапности проведенной терапии.

Для достижения цели нами обследованы 35 беременных женщин в третьем триместре беременности с диагностированным бактериальным вагинозом. Двухэтапная терапия, включающая препараты, воздействующие на микробный фактор с последующим применением мягких вагинальных капсул Гинолактоспей (Sprey), содержащих ацидофильные лактобактерии (600 млн), проведена 15 женщинам (основная группа). 20 женщинам проведена только антимикробная терапия (группа сравнения).

Все женщины имели клинические проявления бактериального вагиноза – обильные выделения из половых путей с неприятным запахом. В 6 (17,1%) случаях женщины предъявляли жалобы на зуд, в 8 случаях на дискомфорт во время половых актов, в 5 (14,3%) случаях на частое, болезненное мочеиспускание. Диагноз бактериального вагиноза, кроме клинических проявлений, был подтвержден лабораторным исследованием (иммуноферментный анализ).



Среди женщин, включенных в исследование, гарднерелез был диагностирован в 28 случаях, в 7 случаях имело место сочетание гарднерелеза с монолиазом. Все женщины с сочетанной инфекцией были включены в группу сравнения (Рис.1).

Первый этап терапии включал назначение клиона по 1 таблетке 2 раза в день в течение 5 дней (при гарднерелезе), при сочетании с монолиазом – дополнительно микосист по 150,0 2 раза с промежутком в 3 дня.

Второй этап – восстановление флоры влагалища был проведен Гинолактоспеем в течение 15 дней по 1 вагинальной капсуле местно.

После проведенного лечения клинические проявления бактериального вагиноза в виде обильных выделений с неприятным запахом не отмечены ни у одной женщины. 3 женщины группы сравнения отметили частое мочеиспускание, 2 – неприятные ощущения во время полового акта. По окончании лечения проведено контрольное лабораторное исследование. Результаты лабораторного обследования после проведенной терапии – у всех женщин основной группы в мазках не было выявлено инфекций. В группе сравнения в 2-х случаях обнаружены споры грибов.

Анализ особенностей течения родов и послеродового периода показал, что у всех женщин основной группы произошли роды в срок (от 38 до 40 недель беременности). У женщин группы сравнения зарегистрированы 3 (15%) преждевременных родов в сроках от 35 до 37 недель беременности, из которых в 2 случаях роды были индуцированными в результате дородового

разрыва плодных оболочек. Среди женщин основной группы в 13 случаях роды начались самостоятельно, в 2 случаях проводилась индукция родов ввиду дородового излития околоплодных вод при доношенном сроке беременности и женщины имели предпочтение к активной тактике ведения родов. Индукция родов в 1 случае проведена мизопростолом, в другом случае – окситоцином. Течение родов у пролеченных женщин осложнилось неудовлетворительным прогрессом родов ввиду слабых родовых схваток в 2 случаях, при которых использован окситоцин для усиления родовой деятельности. В 1 случае роды закончились вакуум-экстракцией плода по показаниям – дистресс плода. Этой же женщине произведена эпизиотомия, с последующей эпизиографией. Таким образом, у женщин группы сравнения чаще происходили преждевременные роды как спонтанные, так и индуцированные в результате ДРПО.

Установлено статистически значимое ( $p < 0,05$ ) увеличение частоты дородового разрыва плодных оболочек среди женщин группы сравнения (8 - 40%) по сравнению с женщинами основной группы (2 - 13,3%) - Хи- квадрат с поправкой Йетса -4,557, уровень значимости 0,033.

Среди женщин группы сравнения во время родов произошли разрывы слизистой влагалища и промежности в 5 (25%) случаях. Разрывов промежности или слизистой влагалища у женщин основной группы не отмечено ни в одном случае, несмотря на то, что в настоящее время ведение родов через естественные родовые пути, согласно рекомендациям ВОЗ, предусматривает не использовать защиту промежности.

Женщины основной группы родили детей, масса которых колебалась от 2750,0 г. до 3800г. Родившиеся дети оценены по шкале Апгар на 8-9 баллов, кроме новорожденного, когда был диагностирован дистресс и произведена вакуум-экстракция плода (6 баллов). У женщин группы сравнения в 3 случаях произошли преждевременные роды и масса новорожденных колебалась от 2200,0 г. до 3550,0 г.

Послеродовый период у всех женщин пролеченных от бактериального вагиноза протекал гладко, женщины с детьми выписаны через 48 часов после родов. В группе не леченных женщин 3 женщины выписаны на 5-е сутки из-за новорожденных, родившихся преждевременно.

Таким образом, двухэтапная терапия бактериального вагиноза во время беременности, включающая препараты, воздействующие на микробный агент и препараты, восстанавливающие нормальную флору влагалища, способствует снижению частоты преждевременных родов, дородового разрыва плодных оболочек, родовых травм влагалища, что улучшает акушерские и перинатальные исходы.

### **Литература:**

1. Ворошилина Е.С. Видовой состав вагинальных лактобактерий у женщин репродуктивного возраста с дисбиозом влагалища// Уральский медицинский журнал. – 2011. - №13. – с. 75-78.
2. Прилепская В.Н. Современный взгляд на вопросы этиологии, патогенеза и лечения бактериального вагиноза//Гинекология. – 2010.- №2. – с.44-48.
3. Радзинский В.Е. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций// Акушерство и гинекология. -2011. - №5.- с.78-81.
4. Савичева А.М. Бактериальный вагиноз и беременность// Гинекология. – 2012. – т. 14. - № 3. – с.38-43.
5. Haggerty C.L. Clinical characteristics of bacterial vaginosis among woman testing positive for fastidious bacteria// Sex. Trans. Infect. – 2009. – №85(4). – p.242-248.