



Рис. 1. Сравнительная оценка выявленных нарушений полового цикла у обследованных женщин, оперированных ЛСД (n=38) и ЛТД (n=20) через 3 года после оперативного лечения ТБ.

При появлении клинической симптоматики у женщины возникало чувство беспокойства и тревоги, которые усиливались при обращении в медицинское учреждение в процессе обследования и ожидания его результатов вплоть до момента постановки диагноза. После получения информации о наличии ТБ и необходимости оперативного лечения возникали чувства досады, обиды, несправедливости, опасения по поводу возможности сохранения маточной трубы, страх за будущую репродуктивную функцию. Помимо тревоги за исход операции, женщины нередко испытывали чувство выраженного облегчения, когда узнавали о предстоящей лапароскопической операции, поскольку именно с ней связывали возможность сохранения органа и будущей детородной функции в отличие от лапаротомной операции, где исходы представлялись более негативными.

После операции при сохранении маточной трубы возникало чувство успокоения и надежды на будущее, а при ее удалении – чувство утраты, ущербности и неполноценности. При выписке из стационара наблюдалось повышение чувства тревоги из-за возникающих сомнений, неопределенности ситуации, страха за будущее, в том числе возможности повторения данной патологии. В течение реабилитационного периода беспокоили выраженное чувство тревоги, ощущение неуверенности, чувство вины, обиды за происшедшее, глубокого внутреннего одиночества. При этом показатели уровня тревоги достигали максимальных цифр перед операцией и в реабилитационном периоде. Через 3 года все женщины после лапароскопической губотомии отмечают, что качество жизни у них не изменилось.

Выводы

Проблема ТБ представляет серьезный практический интерес как для выработки критериев, которыми хирурги могли бы руководствоваться, принимая решение о хирургическом лечении, так и при проведении реабилитационных мероприятий в подобных случаях.

Для пациенток, у которых беременность оказалась эктопической, при оперативном лечении необходимо использование органосохраняющей методики операции и предпочтительно лапароскопическим доступом.

До и после оперативного лечения ТБ женщины переживают выраженные стрессовые ощущения в виде психологического дискомфорта, тревоги, чувства ущербности, отчаяния и депрессии разной степени выраженности и крайне нуждаются в оказании им профессиональной психотерапевтической помощи, в ряде случаев в неотложном порядке.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- ▶ Психологическая коррекция – создание позитивной мотивации перед оперативным лечением
- ▶ Выбор доступа - предпочтительно лапароскопический
- ▶ Выбор объема – предпочтительно органосохраняющий
- ▶ Интраоперационная профилактика антибиотиками
- ▶ Реабилитационный период: создание позитивной мотивации на будущую беременность
- ▶ Назначение микро- и низкодозированных КОК на 3-6 месяцев
- ▶ Планирование новой беременности
- ▶ Психологическое сопровождение в реабилитационном периоде
- ▶ Физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение

ЛИТЕРАТУРА

1. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова, Ю.И. Барашнева. – М., 2001.
2. Olofsson J.I., Poromaa I.S. Clinical and pregnancy outcome following ectopic pregnancy; a prospective study comparing expectancy, surgery and systemic methotrexate treatment. // Acta Obstet Gynecol. Scand. - 2001. - V.80 (8). - P.744-749.

Т.А. Сосновская, И.Н. Кононова

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКА ЛАКТОГИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Уральская государственная медицинская академия

В последние годы наблюдается значительный рост инфекционных заболеваний репродуктивного тракта беременных. При возникновении психологической дезадаптации в период гестации происходит истощение функциональных резервов иммунной системы в результате предшествующей клеточной мобилизации со стороны клеток лейкоцитарного пула [1,2]. Возникающие иммунные дисфункции на местном уровне приводят к развитию дисбиотических нарушений репродуктивного тракта, способствуя внутриматочному инфицированию. Дисбиотическое состояние влагалищного биотопа, вызванное резким увеличением количества облигатно- и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов и резким сни-

жением или исчезновением лактобактерий, называется бактериальным вагинозом (БВ).

Утрата вагинальных лактобацилл является основным фактором в каскаде изменений, приводящих к инфекционным осложнениям, поскольку основными патогенетическими свойствами лактобацилл являются продукция перекиси водорода, высокая адгезивная способность по отношению к эпителиоцитам влагалища, выработка биосурфактанта, блокирующего адгезию патогенных бактерий [2].

Частота БВ у беременных составляет 20-25% []. В клиническом отношении возникающие расстройства выражаются учащением патологии беременности и родов, ухудшением состояния плода вследствие внутриутробного инфицирования, снижением качества здоровья новорожденного, увеличением неонатальной потери, учащением послеродовых гнойно-септических заболеваний. При БВ преждевременные роды и преждевременное излитие околоплодных вод наблюдается в 2-4 раза чаще. Легкая, мало- и даже бессимптомная инфекция у беременной может привести к выраженной недостаточности плаценты вплоть до гибели плода и тяжелой инвалидизации ребенка [3, 5].

В настоящее время бактериальный вагиноз выделен из категории неспецифических вагинитов в отдельную нозологическую группу. К нему относят патологические состояния во влагалище, сопровождающиеся нарушениями качественного и количественного состава нормальной микрофлоры и не связанные с бактериальными инфекциями, передаваемыми половым путем, грибами или простейшими. Согласно современным представлениям, бактериальный вагиноз – инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, который связан с дисбиозом вагинального биотопа. Нарушение микроэкологии влагалища при бактериальном вагинозе характеризуется резким снижением количества или отсутствием лактобактерий, продуцирующих перекись водорода, и увеличением количества *Gardnarella vaginalis*, грамотрицательных анаэробных бактерий (*Bacteroides* spp., *Mobiluncus* spp., *Fusobakterium* spp., *M. hominis*, *U. urealiticum*).

Известно, что диагностика бактериального вагиноза основана на данных анамнеза, оценке объективных и субъективных симптомов заболевания, результатах лабораторных тестов: микроскопического исследования материала, аминного теста и pH вагинального экссудата.

Существующие традиционные методы медикаментозной терапии инфекций половой сферы с применением этнотропных антибактериальных препаратов вызывают синдром иммунологической недостаточности, характеризующийся нарушением гуморального и клеточного иммунитета, синтеза компонентов комплемента, отсутствием или снижением активности цитотоксических лимфоцитов и макрофагов. Результатами развития данного синдрома являются длительная персистенция возбудителя, частые рецидивы заболевания, возможности последующих заражений инфекционными агентами другой природы, поскольку восстановление иммунного статуса и нормализация

микробиоценоза происходит в недостаточном объеме и темпе или не происходит совсем. Наблюдается резкое снижение количественных и качественных характеристик нормальной синергидной микрофлоры, увеличение pH вагинального секрета, а, следовательно, создаются условия для массового размножения условно-патогенной микрофлоры [4, 6].

Неудовлетворенность высоким уровнем материнской и перинатальной инфекционной патологии обусловила необходимость комплексного подхода к разработке новых методов коррекции микробиоценоза репродуктивного тракта при бактериальном вагинозе у беременных.

Цель настоящего исследования – оценить влияние перорального пробиотика, содержащего штаммы лактобацилл *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus reuteri* RC-14, на восстановление микрофлоры репродуктивного тракта беременных с бактериальным вагинозом.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели проведено клинико-лабораторное обследование 60 беременных во втором триместре беременности с диагнозом: бактериальный вагиноз. Проведена следующая клинико-лабораторная диагностика: оценка анамнеза жизни и течения беременности; общеклиническое обследование (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи); бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого влагалища.

Пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа (40 пациенток) получали терапию, предусмотренную региональным протоколом программы «Мать и дитя». в частности, применялся препарат повидон йода в виде вагинальных суппозиторий 2 раза в день в течение 7 дней. Одновременно с повидон йодом назначался внутрь 2 раза в день в течение 2-х недель пробиотик, содержащий штаммы лактобацилл *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus reuteri* RC-14. Группу контроля составили 20 пациенток с бактериальным вагинозом, получавшие монотерапию препаратом повидон йода 2 раза в день в течение 7 дней.

Возраст пациенток во всех группах составил от 17 до 36 лет. Средний возраст – 25,2±0,5 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Перед началом лечения 63,3% из всех обследованных пациенток имели клинические проявления и жалобы на обильные выделения с неприятным запахом; остальные 36,7% имели клинические проявления в виде выделений, но не отмечали запаха. Беременность у всех обследованных протекала без существенных отклонений. Микроскопические исследования перед началом лечения показали, что в вагинальном секрете преобладала смешанная флора, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, обнаружены «ключевые клетки» в большом количестве у 57 пациенток (96,0%). Бактериологические исследования перед началом терапии указывали на дисбиотический процесс во влагалище: лактобациллярная микрофлора высевалась в количестве 10² КОЕ/мл у 43% пациенток, отсутствие лактобациллярной флоры было отмечено у 17% беременных.

В процессе проведения терапии с 7-х суток выделения и неприятный запах уменьшились у 32 пациен-

ток 1-й группы (80%) и у 7 пациенток (35%) группы контроля. После курса комплексной терапии (повидон йод и пробиотик) в 1-й группе пациентки активно жалоб не предъявляли. При вагинальном осмотре отмечены скудные выделения молочного вида, кислая реакция влагалищной среды, отрицательный аминный тест у 100% пациенток 1-й группы и 16 пациенток (80%) группы контроля.

После проведенной терапии в 1-й группе в 100% случаев бактериоскопия влагалищного мазка в пределах нормы, в группе контроля восстановление микрофлоры по результатам микроскопического исследования вагинального секрета произошло в 9 случаях (45%). У 31 пациентки (77,5%) 1-й группы лактобациллярная микрофлора высевалась в количестве 10×9 КОЕ/мл, исчезли гарднереллы, дифтероиды, бактерии. Отсутствие лактобациллярной флоры в группе контроля было отмечено у 11 беременных, что составило 55%.

Механизмы воздействия могли быть частично связаны с бактерицидным действием перекиси водорода и кислот, вырабатываемых лактобациллами GR-1, RC-14. Этот результат совпадает с данными зарубежных исследователей, продемонстрировавших, что *Lactobacillus* GR-1 может проникать сквозь урогенитальные патогенные биопленки в течение 1 часа, а биологическая поверхностно-активная смесь, выделяемая *Lactobacillus* RC14, может подавлять рост и адгезию целого ряда урогенитальных патогенных микроорганизмов, в том числе *Escherichia coli*.

В ряде исследований показано, что пробиотические штаммы *L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* RC-14 при приеме per os колонизируют слизистую репродуктивного тракта ввиду определенных свойств данных видов лактобацилл: вырабатывают поверхностно-активное вещество – биосурфактант, который способствует связыванию коллагена и лактобацилл на поверхности вагинальных клеток; ингибируют адгезию патогенов урогенитального тракта, *E.coli*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Gardnerella vaginalis*, *Streptococcus B*, *Candida albicans*. Эти лактобациллы успешно выживают при низком pH и желудочного сока, а также после прохождения через кишечник, и могут проникать во влагалище, заселяя его.

Таким образом, пробиотическая терапия способствует увеличению числа лактобактерий во влагалище, нормализует вагинальную микрофлору. Бактерии *Lactobacillus rhamnosus* GR-1™ и *Lactobacillus reuteri* RC-14™ восстанавливают естественную кислую сре-

ду во влагалище (pH 3,8-4,5) и повышают устойчивость слизистой к воздействию патогенных микроорганизмов.

Вывод

Высокая эффективность комплексной терапии, включающей *Lactobacillus rhamnosus* GR-1™ и *Lactobacillus reuteri* RC-14™, позволяет применять ее при целом ряде патологических состояний микробиотоза влагалища: бактериальном вагинозе и аэробном вагините, во время и после терапии антибиотиками, цитостатиками, кортикостероидами, противогрибковыми и противовирусными препаратами; во время и после специфической антимикробной, противовирусной и иммуномодулирующей терапии урогенитальных инфекций и заболеваний, передающихся половым путем; при подострых и хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза. Препарат может быть эффективен для нормализации экологической системы влагалища в период предродовой подготовки беременных; подготовки к плановым диагностическим и лечебным гинекологическим операциям; при использовании определенных видов контрацепции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г., Сарсания С.И. Бактериальный вагиноз – современные представления, комплексное лечение. – М., 2005.
2. Сидорова И.С., Макаров О.В., Манухин И.Б. и др. Профилактика и лечение внутриутробных инфекций: Методические рекомендации. – М., 2007.
3. Узлова Т.В., Русанова Н.Н., Миночкин П.И. и др. Диагностика, профилактика и дифференцированная терапия внутриутробной инфекции: Учебное пособие для врачей-интернов, ординаторов, акушеров-гинекологов, неонатологов. – Челябинск, 2006.
4. Алиханова З.М., Каллаева А.Х. Пробиотики в комплексном лечении бактериальных кольпитов в период гестации // Материалы I Международного семинара «Инфекции в акушерстве и перинатологии». - Москва. - апрель 2007 г. - С.23.
5. Nishijima K., Shukunami K.-I., Kotsuji F. Probiotics affects vaginal flora in pregnant women, suggesting the possibility of preventing preterm labor // J. Clin. Gastroenterol. (in press).
6. Morelli L., Zonenenschain D., Del Piano M. et al. Utilization of the intestinal tract as a delivery system for urogenital probiotics // J. Clin. Gastroenterol. 2004;38(Suppl 6):107–110.
7. Reid G., Anand S., Bingham M.O. et al. Probiotics for the developing world // J. Clin. Gastroenterol. (in press).