

©Т. В. Федішин, В. А. Маляр

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПРИ СПОНТАННОМУ І ЗВИКЛОМУ НЕВИНОШУВАННІ ВАГІТНОСТЕЙ В АНАМНЕЗІ, АСОЦІЙОВАНИХ ІЗ ДИСБІОЗОМ ПІХВИ

Мета дослідження – удосконалення лікувально-профілактичних заходів з метою зниження ранніх втрат вагітності на тлі дисбіозу піхви.

Матеріали та методи. З метою оцінки ефективності селективного симбіотика (*Lactobacterium Breve BROZ*), мікроінвазивної форми прогестерону, фолієвої кислоти, актовегіну і комбінованого препарату, складниками якого є омега-3 поліненасичені жирні кислоти, вітаміни А і D₂ та калію йодид, вагітні жінки були розподілені на дві репрезентативні групи: I група – 50 жінок, які склали основну групу; II група – 50 осіб, які отримували базисну терапію.

Результати дослідження та їх обговорення. Використання селективного симбіотика в поєднанні з мікроінвазивною формою прогестерону, актовегіном, фолієвою кислотою в комплексі з комбінованим препаратом, до складу якого входять омега-3 поліненасичені жирні кислоти, вітаміни А і D₂ та калію йодид природного сполучення, дозволяє навіть після першого курсу терапії відновити мікробіоценоз піхви до нормоценозу у вагітних у I групі в 68,0 % проти 58,0 % – у другій та знизити загрозу переривання вагітності у 2,6 раза, септичні ускладнення в пuerперії – у 2,9 раза, інфекційні ускладнення в неонатальному періоді – в 2,5 раза та ранню неонатальну смертність – у 2,2 раза.

Висновок. Запропонована терапія сприяє більш швидкій нормалізації біоценозу секрету піхви та позитивно впливає на наслідки гестаційного процесу, що підтверджено клінічним ефектом.

Ключові слова: вагітність; дисбіоз; терапія.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ СПОНТАННОМ И ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТЕЙ В АНАМНЕЗЕ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ДИСБИОЗОМ ВЛАГАЛИЩА

Цель исследования – усовершенствование лечебно-профилактических мероприятий с целью снижения ранних потерь беременности на фоне дисбиоза влагалища.

Материалы и методы. С целью оценки эффективности селективного симбиотика (*Lactobacterium Breve BROZ*), микроинвазивной формы прогестерона, фолиевой кислоты, актовегина и комбинированного препарата, составляющими которого являются омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты, витамины А и D₂ и йодид калия, беременные женщины были распределены на две репрезентативные группы: I группа – 50 женщин, которые составили основную группу; II группа – 50 человек, получавших базисную терапию.

Результаты исследования и их обсуждение. Использование селективного симбиотика в сочетании с микроинвазивной формой прогестерона, актовегином, фолиевой кислотой в комплексе с комбинированным препаратом, в состав которого входят омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты, витамины А и D₂ и йодид калия естественного сочетания, позволяет даже после первого курса терапии восстановить микробиоценоз влагалища до нормоценоза у беременных в первой группе в 68,0 % против 58,0 % – во второй и снизить угрозу прерывания беременности в 2,6 раза, септические осложнения в пuerперии – в 2,9 раза, инфекционные осложнения в неонатальном периоде – в 2,5 раза и раннюю неонатальную смертность – в 2,2 раза.

Вывод. Предложенная терапия способствует более быстрой нормализации биоценоза секрета влагалища и положительно влияет на последствия гестационного процесса, что подтверждается клиническим эффектом.

Ключевые слова: беременность; дисбиоз; терапия.

OPTIMIZATION OF DIAGNOSTIC-THERAPEUTIC ACTIVITIES IN SPONTANEOUS AND HABITATE PREGNANCY OF PREGNANCIES IN THE ANAMNESIS OF ASSOCIATED WITH THE DYSBIOSIS VAGINA

The aim of the study – to improve preventive measures to reduce early pregnancy losses against the background of vagina dysbiosis.

Materials and Methods. Assessing the effectiveness of selective symbiotic (*Lactobacterium Breve BROZ*) microinvasive form of progesterone, folate, and actovegin combined drug, which is a component of omega-3 polyunsaturated fatty acids, vitamins A and D₂ tracks iodide and pregnant women were divided in two representative groups: a group of 50 women who made up the main group and 50 people on the background of standard treatment (second group).

Results and Discussion. Using selective symbiotic combined with microinvasive form of progesterone, Aktovegin, folic acid in combination with a combination drug consisting of: omega-3 polyunsaturated fatty acids, vitamins A and D₂ and tracks iodide natural combination allows even after the first course of therapy to recover microbiocenosis of vagina to normocenosis in pregnant women in the first group in 68.0 % versus 58.0 % – in the second one and to reduce the threat of miscarriage is 2.6 times, septic complications, in puerperium – in 2.9 times, infectious complications in the neonatal period – in 2.5 times and early neonatal mortality rate – in 2.2 times.

Conclusion. The proposed therapy promotes more rapid normalization of biocenosis of vaginal secretions and positive impact on the effects of gestational process of clinical effect.

Key words: pregnancy; dysbiosis; therapy.

ВСТУП. Сьогодні питання збереження репродуктивно-го здоров'я, профілактики репродуктивних втрат виходить далеко за межі медичної галузі.

В останні роки відзначається неухильне зростання частоти як спонтанних, так і звиклих абортів [1, 7, 9]. При цьому досить часто ранні репродуктивні втрати тісно пов'язані з дисбіозом піхви [4, 6].

Незважаючи на численні й багатопланові дослідження, дотепер відсутній єдиний методологічний підхід до питань профілактики акушерських та перинатальних ускладнень у жінок із «синдромом ранніх втрат вагітностей», асоційованих із дисбіозом піхви [4, 6, 8].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – удосконалення лікувально-профілактичних заходів для зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з ранніми репродуктивними втратами в анамнезі, асоційованими з дисбіозом піхви.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Для перевірки ефективності лікувально-профілактичних заходів у вагітних із «синдромом ранніх втрат вагітностей» на тлі дисбіотичних порушень піхви виділено дві групи: I група – 50 вагітних, у яких лікувально-профілактичні заходи проводилися згідно з розробленою методикою; II група – 50 осіб, які отримували базисну терапію згідно з чинним протоколом МОЗ України [2, 5].

Для встановлення діагнозу, формування груп та оцінки контролю ефективності лікувально-профілактичних заходів з жінками проводили: опитування (збір сімейного, гінекологічного, акушерського, соматичного анамнезу), у ході загальноклінічного обстеження оцінювали стан мікробіоценозу піхви, спонтанну активність матки, гестаційну трансформацію ендометріальних сегментів спіральних артерій, стан розвитку ембріона та наслідки гестаційного процесу і розродження.

Статистичну обробку отриманого в ході дослідження цифрового матеріалу проводили параметричними методами з використанням комп'ютерних статистичних програм [3].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Групи обстежуваних вагітних жінок були репрезентативні за віком, соціальним статусом, місцем проживання, гінекологічною, акушерською і соматичною патологією.

Оскільки у наше завдання входили як нормалізація мікробіоценозу статевих шляхів, так і попередження мимовільного викидня та покращення акушерських і перинатальних наслідків, терапія, як правило, починалася із відновлення біоценозу піхви, попередження хромосомних аберацій у клітинах хоріона (призначення фолієвої кислоти).

Як показали наші дослідження, вже після першого курсу проведеної терапії спостерігалось більш швидке відновлення мікробіоценозу піхви в I групі, ніж у II групі – групі порівняння. Так, у 39 осіб (68,0 %) стан піхвового вмісту оцінювався як нормоценоз, тоді як у вагітних II групи нормоценоз піхвового вмісту був лише у 29 (58,0 %), незважаючи на проведену традиційну терапію [1, 2, 5]. Проміжний тип біоценозу вмісту піхви виявлений у 30,0 % і 28,0 % відповідно. Неспецифічний бактеріальний вагіноз виявився у 2 пацієнток (4,0 %) першої групи та у 14 (16,0 %) другої, що у 4 рази вище. Після другого курсу через 30 днів у I групі бактеріальний вагіноз не відмічено, а в другій групі на тлі традиційної терапії бактеріальний вагіноз був у 5 осіб (10,0 %).

Дані опитування пацієнток показали, що у переважній більшості вагітних після другого курсу спостерігалось повне одужання. Амінотест був негативний у всіх випадках після проведених двох курсів терапії. За рівнем рН траплявся незначний алкалоз (рН 5,0–5,5) в обох групах вагітних.

Проте зсув у лужний бік піхвового секрету в групі порівняння траплявся у 2,5 рази частіше, ніж в основній. При визначенні рН секрету піхви на тлі проведеного лікування в жодному випадку не спостерігалось підвищення рН > 5,5, тоді як у групі порівняння (II група) зсув рН у лужний бік спостерігався в 3,5 рази частіше. У всіх вагітних контрольної групи даний показник був у межах норми.

Загалом у вагітних I групи після проведеної терапії спостерігалися зміни як кількісного, так видового складу, зокрема, у вагітних I групи після закінчення курсу терапії було ідентифіковано 14 видів мікроорганізмів, тоді як у групі порівняння (II група) – 22 види (табл. 1).

Як видно з даних таблиці 1, використання запропонованої нами методики у вагітних із ранніми репродуктивними втратами в анамнезі й порушеннями біоценозу статевих шляхів є в цілому більш ефективним, ніж традиційна терапія [2, 5]. Так, уже під кінець першого курсу терапії у вагітних жінок I групи контамінація піхви представниками індигенними мікроорганізмами була суттєво вищою: лактобацили та біфідобактерії висівали в 1,8 і 2,5 разів частіше, ніж у вагітних групи порівняння. Збільшення кількості нормальної мікрофлори на тлі запропонованої терапії свідчить про сприяння захисту даного біотипу мікрофлори від заселення умовно-патогенною мікрофлорою статевих шляхів у групах вагітних із репродуктивними втратами в анамнезі, асоційованими з дисбіозом піхви.

Насамперед, зменшилась частота кокової флори, зокрема: стафілококи – у 3,8 рази, стрептококи – у 2,3 рази, анаеробні коки – у 2,0 рази порівняно з відповідними показниками II групи.

У всіх випадках у вагітних I групи на тлі запропонованої терапії неускладнений перебіг вагітності в I триместрі спостерігався у 86,0 %, тоді як при традиційній терапії даний показник становив 68,0 %, що на 18,0 % нижче.

У всіх вагітних на тлі запропонованої терапії відсутніми були ознаки загрози викидня, що підтверджено клінічно і ультразвуковим дослідженням.

Слід відзначити, що запропоновані лікувально-профілактичні заходи сприяли 100 % гестаційній трансформації ендометріальних сегментів спіральних артерій під кінець 12–13 тижня вагітності, що позитивно вплинуло на розвиток ембріона, про що свідчить величина копчиково-тім'яного розміру (КТР) в порівнянні з аналогічною величиною на тлі базисної терапії (рис. 1).

Базальна частота серцевих скорочень в ембріона в середньому дорівнювала (138,7±5,3) уд./хв.

У всіх випадках, які завершилися викиднем, морфологічні дослідження біопатів плацентарного ложа матки вказували на розлади гестаційної трансформації ендометріальних сегментів спіральних артерій матки.

При аналізі наслідків розродження встановлено, що розроблені і впроваджені лікувально-профілактичні заходи забезпечують зниження частоти невиношування у 2,6 рази, септичні ускладнення пuerперію – в 2,9 рази, інфекційні ускладнення в неонатальному періоді – в 2,5 рази та ранню неонатальну смертність – в 2,2 рази.

Таблиця 1. Видовий склад мікрофлори статевих шляхів на тлі терапії в порівняльному аспекті

Вид мікрофлори	Групи вагітних					
	I група (n=50)		II група (n=50)		Контрольна група	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Lactobacillus sp.	50	100,0 ^{xo}	28	56,0 ^x	50	100,0
Bifidobacterium sp.	32	64,0 ^{xo}	13	26,0 ^x	34	68,0
Peptococcus niger	2	4,0 ^{xo}	8	16,0 ^x	1	2,0
Peptostreptococcus sp.	3	6,0 ^{xo}	123	24,0 ^x	2	4,0
Fusobacterium sp.	–	–	7	14,0	–	–
Bacteroides sp.	–	–	6	12,0	–	–
Staphylococcus sp.	5	10,0 ^{xo}	19	38,0 ^x	4	8,0
S. epidermidis	3	6,0 ^{xo}	7	14,0 ^x	2	4,0
S. aureus	–	–	4	8,0	–	–
S. haemolyticus	–	–	5	10,0	–	–
S. saprophyticus	3	6,0 ^o	6	12,0 ^o	–	–
S. hominis	1	2,0 ^o	4	8,0 ^o	–	–
Streptococcus sp.	3	9,0 ^o	9	18,0 ^o	–	–
S. viridans	–	–	3	6,0	–	–
E. faecalis	1	2,0 ^o	6	12,0	–	–
Enterobacterium	2	4,0 ^o	12	24,0	–	–
E. coli	1	2,0 ^o	9	18,0	–	–
K. pneumoniae	–	–	2	4,0	–	–
Candidas sp.	9	18,0 ^{xo}	15	30,0 ^x	4	8,0
Mycoplasma hominis	1	2,0 ^o	3	6,0	–	–
Ureoplasma urealiticus	2	4,0 ^o	7	14,0	–	–
Chlamidia trachomatis	–	–	4	8,0	–	–

Примітки:

1. ^xp<0,05 відносно групи контролю.
2. ^op<0,05 відносно I групи в порівнянні з другою.

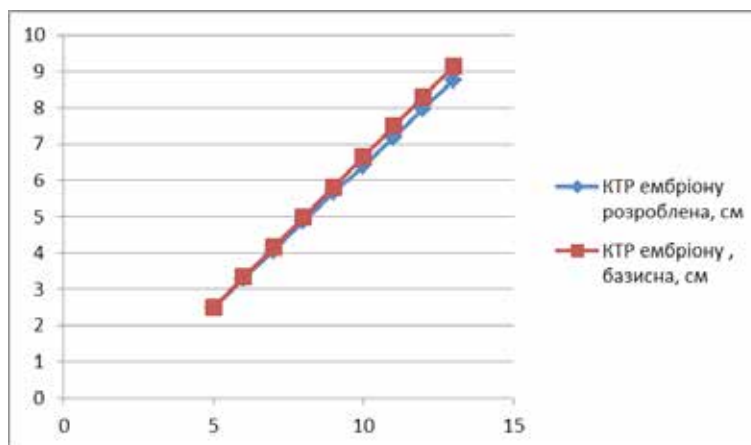


Рис. 1. Динаміка росту ембріона на тлі розробленої і базисної терапії (по осі абсцис – термін гестації, тиж.; по осі ординат – КТР ембріона, см).

ВИСНОВОК. Таким чином, результати проведених досліджень підтвердили високу ефективність розроблених і впроваджених лікувально-профілактичних заходів. Установлено, що запропонована терапія сприяє більш швидкій нормалізації біоценозу секрету піхви та позитивно впливає на наслідки гестаційного процесу, що підтверджено клінічним ефектом.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Подальші дослідження будуть зосереджені на вивченні особливостей перебігу гестаційного процесу у вагітних з формування стратегії прегравідарної підготовки у пацієнок із «синдромом ранніх втрат вагітностей».

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алябьева Е. А. Особенности течения и исходов беременности у женщин с аутоиммунными нарушениями и наследственными факторами риска тромбоза при привычном невынашивании : дисс. ... канд. мед. наук / Е. А. Алябьева. – СПб., 2008. – 124 с.
2. Некоторые аспекты определения эффективности терапии дисбиоза в клинических условиях / Р. Р. Бодретдинова, А. Р. Мавзютов, Л. А. Шейда, Ф. А. Каюмов // Практическая медицина. – 2009. – № 3. – С. 31–34.
3. Клінічні протоколи з акушерсько-гінекологічної допомоги. – К. : Медінформ, 2011. – 320 с.
4. Лопач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием EXC / С. Н. Лопач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабиц. – К. : Морион, 2000. – 320 с.
5. Перинатальні інфекції : наказ МОЗ України від 27.12.2006 р. № 906. – 11 с.
6. Сігедій Л. І. Імунологічне забезпечення фізіологічного перебігу вагітності і імунопатологічні аспекти репродуктивних втрат (огляд літератури) / Л. І. Сігедій // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2016. – № 1 (17). – С. 123–128.
7. Diejomach M. Recurrent spontaneous miscarriage is still a challenging diagnostic and therapeutic quagmire / M. Diejomach // Med. Princ. Pract. – 2015. – Vol. 24. – P. 38–55.
8. Lachmi-Epstein A. Mazor M. Heretuah. – 2012. – Vol. 151. – P. 633–637.
9. Pridjian G. Missed abortion / G. Pridjian, A. Moawod // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 31. – P. 161–261.

REFERENCES

1. Alyabeva, E.A. (2008). Osobennosti techeniya i iskhodov beremennosti u zhenshchin s avtoimmunymi narusheniyami i nasledstvennymi faktorami riska tromboza pri privychnom nevnashyvani [Features of the course and the outcome of pregnancy in women with autoimmune disorders and hereditary risk factors for thrombosis with habitual miscarriage]. *Candidate's thesis*. St. Petersburg [in Russian].
2. Bodretdinova, R.R., Mavzyutov, A.R., Sheida, L.A., & Kayumov, F.A. (2009). Nekotorye aspekty opredeleniya effektivnosti terapii disbioza v klinicheskikh usloviyakh [Some aspects of determining the effectiveness of dysbiosis therapy in clinical settings]. *Praktichnaya meditsyna – Practical Medicine*, 3, 31–34 [in Russian].
3. *Klinichni protokoly z akushersko-hinekologichnoi dopomohy [Clinical protocols for obstetric care]*. Kyiv: Medinform [in Ukrainian].
4. Lopach, S.N., Chubenko, A.V., & Babych, P.N. (2000). *Statisticheskiye metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispolzovaniyem EXC [Statistical methods in medical and biological research using EXC]*. Kyiv: Moryon [in Ukrainian].
5. Perinatalnye infektsii: nakaz MOZ Ukrainy vid 27.12.2006 № 906 [Perinatal infection: MOH of Ukraine from 27.12.2006. Number 906]. pp. 11 [in Ukrainian].
6. Sihediy, L.I. (2016). Imunolohichne zabezpechennia fiziolohichnoho perebihu vahitnosti i imunopatolohichni aspekty reproduktyvnykh vtrat (ohliad literatury) [Immunological providing of physiological pregnancy and immunopathological aspects of reproductive losses (literature review)]. *Aktualni pytannia pediatrii, akusherstva ta hinekolohii – Current Issues of Obstetrics and Gynecology*, 1 (17), 123–128 [in Ukrainian].
7. Diejomach, M. (2015). Recurrent spontaneous miscarriage is still a challenging diagnostic and therapeutic quagmire. *Med. Princ. Pract.*, 24, 38–55.
8. Lachmi-Epstein, A., & Mazor, M. (2012). *Heretuah*, 151, 633–637.
9. Pridjian, G., & Moawod, A. (2009). Missed abortion. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 31, 161–261.

Отримано 13.01.17