

С.П. Посохова, К.О. Ніточко, О.М. Каланжова

**ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ
ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ РОЗРИВІ НАВКОЛОПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК**

*Одеський державний медичний університет
Одеський обласний перинатальний центр*

ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ РОЗРИВІ НАВКОЛОПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК. Проведено обстеження 46 вагітних з передчасним вилиттям навколоплодових вод (ПРПО), які народили живих дітей у терміні 22-35 тижнів вагітності для оцінки впливу тривалості безводного проміжку на стан новонароджених. Факторами ризику ПРПО були обтяжений акушерський анамнез у 58,7% вагітних (передчасні пологи, переривання вагітності, самовільні викидні, ваги новонародженого), обтяжений гінекологічний анамнез у 63,1%. Супутню екстрагенітальну патологію мали 56,5% вагітних. Переважали захворювання інфекційного характеру, у 2,1% жінок була ВІЛ-інфекція. При бактеріологічному дослідженні мікрофлори піхви та цервікального каналу переважало сполучення патологічної та умовно-патогенної грам-негативної мікрофлори, як ентерококи, клебсієла, протей вульгарний у 60,8% випадків, кандидоз – 39,2%, бактеріальний вагіноз – у 34,7%, трихомоніаз – у 10,8%, що є причиною висхідного інфікування та ПРПО. Народили через природні пологові шляхи 86,9% вагітних, кесарів розтин був проведений за акушерськими показаннями 13,1%. Померло 9 новонароджених від вродженої інфекції, специфічної для перинатального періоду, летальність склала 19,6%. Частота летальних випадків залежала від терміну вагітності, ваги новонародженого та тривалості безводного проміжку. Так, у групі новонароджених вагою 500-999 г летальність склала 100% при середній тривалості безводного проміжку 86,4 ± 58,2 годин, у ваговій категорії до 1500 г летальність склала 25% при середній тривалості безводного проміжку 280,8 ± 198,2 год., у ваговій категорії до 2000 г летальність склала 11,8% (2 випадки) при середній тривалості безводного проміжку 480,2 ± 195,6. У ваговій категорії до 2500 г летальних випадків не було, незважаючи на найбільшу тривалість безводного проміжку (182,7 ± 124,5). Таким чином, у разі ПРПО, термін пролонгування вагітності повинен залежати від терміну вагітності, передбачуваної ваги новонароджених, клінічного стану матері та плода, появи симптомів інфекції. Але дане питання залишається остаточно невирішеним на сучасному етапі.

PERINATAL CONSEQUENCES OF MISCARRIAGES AT THE PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES. Was made examination of 46 pregnant with premature rupture of membranes (PROM), which gave birth living children in a term 22-35 weeks of pregnancy for estimation of influencing of duration of waterless interval on the state of newborns. The factors of risk of the PROM were the burdened obstetric anamnesis in 58,7 % pregnant (premature births, miscarriage, spontaneous delivery, stillbirth), burdened gynaecological anamnesis in 63,1 %. Had concomitant extragenital pathology 56,5 % pregnant. The diseases of infectious character prevailed and in 2,1 % women there was HIV-infection. At bacteriological research of vaginal microflora and cervical canal opportunistic gram-negative microflora prevailed, as Enterococcus, Klebsiella, Proteus vulgaris in 60,8 % cases, candidosis – 39,2 %, bacterial vaginosis – in 34,7 %, trichomoniasis – in 10,8 %. Aggregation of a few types of microflora could be the reason of ascending infection and PROM. Gave birth through the vaginal were 86,9 % pregnant, cesarean section was made by the obstetric indication 13,1 %. Died 9 newborn from an congenital infection, specific for a perinatal period, lethality made 19,6 %. Frequency of lethal cases depended on the term of pregnancy, weight of newborn and duration of waterless interval. Thus, in the group of newborn weight 500-999 g lethality was 100 % at middle duration of the waterless interval 86,4 ± 58,2 hours, in a gravimetric category to a 1500 g lethality made 25 % at middle duration of the waterless interval 280,8 ± 198,2 hours, in a gravimetric category to a 2000 g lethality was the lowest and made 2 cases only – 11,8 % at middle duration of the waterless interval 480,2 ± 195,6. In a gravimetric category to 2500 g lethal cases were not, in spite of most duration of waterless interval (182,7 ± 124,5). Thus, in the case of PDAF, the term of prolongation of pregnancy must depend on the term of pregnancy, putative weight of newborn, clinical state of mother and fetus, appearance of symptoms of infection. This question remains finally unsolved on a modern stage.

Ключові слова: невиношування вагітності, передчасний розрив навколоплодових оболонок, вроджена інфекція.

Ключевые слова: невынашивание беременности, преждевременный разрыв околоплодных вод, врожденная инфекция.

Key words: miscarriages, premature rupture of membranes, congenital infection.

ВСТУП. Невиношування вагітності є одна з найважливіших проблем перинатології та акушерства. Частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 10-25%, а частота передчасних пологів складає 5-7 %, в деяких країнах значно більше [1]. Відомо, що передчасні пологи є причиною щонайменше 75% смертей новонароджених, які не спричинені вродженими вадами. Вірогідність виживання новонароджених пропорційно пов'язана з їх гестаційним віком [1].

Найчастішою причиною передчасних пологів є інфекція. Висхідна уrogenітальна інфекція стимулює розвиток запальної реакції, внаслідок якої вивільняються біологічно активні речовини – цитокіни, у тому числі інтелейкін-1, інтерлейкін-6 і фактор некрозу пухлин з клітин ендотелію. Дані цитокіни стимулюють наступне утворення простагландину, який є головною гуморальною причиною розвитку передчасної пологової діяльності. Патологічні збудники, які спричиняють розвиток уро-

генітальних інфекцій є гонококи, хламідії, уреплазма, трихомонада, мікроорганізми, які викликають бактеріальний вагіноз, бліда трепонема, ВІЛ-інфекція. Крім того, інфекційні захворювання іншої локалізації (пієлонефрит) також пов'язані з розвитком передчасної пологової діяльності [2, 3, 4, 5].

Серед інших факторів ризику розвитку передчасної пологової діяльності є низьке соціально-економічне положення родини, дефіцит маси тіла під час вагітності, вік вагітної менше 18 років або старше 40 років, тютюнопаління, вживання наркотичних речовин, невиношування вагітності в анамнезі, цервікальна недостатність, екстрагенітальна патологія, як артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, порушення ліпідного обміну, аномалії статевих органів та положення плода [1, 6].

Передчасний розрив навколоплодових оболонок (ПРПО) відбувається внаслідок локального пошкодження амніотичної оболонки інфекційними факторами, багатоводдя, багатоплідної вагітності, відшарування плаценти, вад розвитку матки або плода. Внаслідок ПРПО підвищується ризик інфекційних ускладнень у матері та плода, утворення контрактур кінцівок та гіпоплазії легень. ПРПО відбувається в 30-40% передчасних пологів [1, 7, 8].

Ризик інфекційних захворювань для недоношених дітей підвищується залежно від інтервалу між ПРПО та терміном розродження. Недоношені новонароджені мають значний ризик смерті, респіраторного дистрес-синдрому, гіпотермії, гіпоглікемії, некротизуючого ентероколіту, інфекційних захворювань. Профілактичне призначення кортикостероїдів та антибіотиків значно знижує частоту респіраторного дистрес-синдрому плода та інфекційних ускладнень [9, 10, 11, 12, 13].

Мета дослідження – вивчення факторів ризику передчасного розриву навколоплодових оболонок при передчасних пологах, впливу тривалості безводного проміжку на стан новонароджених та величину перинатальних втрат.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Під нашим наглядом було 46 вагітних, які народили живих дітей у терміні 22-35 тижнів, перебіг вагітності у яких ускладнився передчасним розривом навколоплодових оболонок з тривалим безводним проміжком. Вагітним призначали клініко-лабораторне обстеження, яке включало загальний аналіз крові, аналіз сечі, біохімічні обстеження. Бактеріологічне дослідження піхвових та цервікальних виділень, а також навколоплодових вод проводили за допомогою бактеріологічного аналізатора. Регулярно проводилось спостереження за станом плода шляхом кардіотокографії та доплерометричного дослідження. У разі появи ознак внутрішньоутробного інфікування, як підвищення кількості лейкоцитів крові, оцінка виділень та навколоплодових вод, зростання кількості колоній утворюючих одиниць (КУО) мікроорганізмів, погір-

шення стану плода, проводилась ідукція пологової діяльності або оперативне розродження за показаннями.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Середній вік вагітних склав $25,5 \pm 2,3$ року. Першовагітних було 17 (36,9%), повторновагітних – 29 (63,1%). Переважали жительки сільської місцевості (31 (67,4%)). Більшість вагітних (31 (67,4%)) не працювала, були домогосподарками. Лише 20 (43,5%) були у зареєстрованому шлюбі, 36 (56,5%) були одинокими або проживали у громадянському шлюбі, тобто вагітність могла супроводжуватись негативним психоемоційним станом. Обтяжений акушерський анамнез мали 27 (58,7%) вагітних, який включав передчасні пологи в анамнезі – 4 (14,8%), переривання вагітності – 18 (66,7%), серед яких 11 (40,7%) жінок мали самовільні викидні, мертвонародження – 1 (3,7%), патологічні пологи – 4 (14,8%), кесарів розтин – 2 (7,4%), позаматкову вагітність – 1 (2,2%). Обтяжений гінекологічний анамнез мали 29 (63,1%): безпліддя первинне протягом 20 років – 1 (3,7%), безпліддя вторинне – 4 (14,8%), міому матки – 4 (14,8%), операції на яєчниках – 4 (14,8%), хронічний аднексит – 5 (10,8%), ерозію шийки матки – 9 (19,6%), перитоніт – 1 (2,2%). Таким чином, передчасне вилиття навколоплодових вод було у вагітних, великий відсоток яких мали обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, що є важливим фактором ризику.

Супутню екстрагенітальну патологію мали 26 (56,5%) вагітних. Переважали захворювання інфекційного характеру, як хронічний або гестаційний пієлонефрит у 8 (17,3%), бронхіальна астма – 2 (4,3%), хронічний бронхіт – 1 (2,1%), ревматоїдний артрит – 1 (2,1%), хронічний гайморит та тонзиліт – 3 (6,5%). Серцево-судинні захворювання були у 4 (8,6%) жінок, захворювання шлунково-кишкового тракту – 3 (6,5%), гіпотиреоз – 1 (2,1%), порушення жирового обміну – 3 (6,5%). ВІЛ-інфекція була в 1 (2,1%) вагітної. Кожна п'ята вагітна мала анемію легкого та середнього ступеня. Тобто, у кожній третій вагітній була екстрагенітальна патологія інфекційного характеру, яка при загостренні могла призвести до внутрішньоутробного інфікування плода та передчасних пологів.

Перебіг вагітності у жінок з передчасним вилиттям навколоплодових вод мав наступні особливості: у 16 (34,8%) була загроза переривання вагітності в 1 та 2 триместрі, але лікування проводилось лише половині жінок за різними обставинами. Ранній гестоз та пізній гестоз був у 6 (13,1%) вагітних. Загострення хронічного пієлонефриту з високою температурою було у 3 (6,5%), гостру респіраторну вірусну інфекцію перенесли 5 (10,8%), що могло бути одним із факторів внутрішньоутробного інфікування плода та переривання вагітності. Багатоводдя було у 3 (6,5%) вагітних, маловод-

дя – у 3 (6,5%). Вагітність двійнею була в 3 (6,5%) випадків. У 2 (4,3%) жінок в 1 триместрі був накладений шов на шийку матки у зв'язку з істмікоцервікальною недостатністю. Таким чином, загальна частота ускладненого перебігу вагітності у жінок з предчасним вилиттям навколоплодових вод була у 38 (82,6%) випадків, що є прогностичними факторами ризику.

Носіями вірусів групи TORCH були 24 – 52,2% вагітних. При вивченні складу мікрофлори піхви та цервікального каналу при бактеріологічному обстеженні були отримані наступні дані (рис. 1).

Серед виділеної мікрофлори піхви та цервікального каналу переважала умовно-патогенна грам-негативна мікрофлора, як ентерококи, клебсієла, протей вульгарний у 28 (60,8%) випадків, кандидоз – у 39,2%, бактеріальний вагіноз – у 34,7%, трихомоніаз – у 10,8%. Всього патологічна або умовно-патогенна мікрофлора у концентрації 10^{6-7} КУО/мл була у 77 (167,3%) випадків, що свідчить про сполучення декількох видів мікрофлори. Відомо, що висока концентрація мікроорганізмів призводить до висхідного інфікування навколоплодових оболонок, що є основною причиною передчасного розриву та вилиття навколоплодових вод.

Важливе значення має термін вагітності при передчасному розриві навколоплодових оболонок. Серед 46 вагітних ПРПО відбулось у терміні

вагітності 24-28 тижнів в 11 (23,9%), 29-31 тижень – 24 (52,2%), 32-34 тижні – 10 (21,7%), 35 тижнів – 1 (2,2%). Тобто, найчастіше ПРПО відбувалось у терміні 29-31 тижень, всього до 32 тижнів ПРПО було у 35 (76,1%) вагітних.

Народили через природні пологові шляхи 40 (86,9%) вагітних, кесарів розтин був проведений за акушерськими показаннями у 6 (13,1%) випадках (неправильне положення плода, рубець на матці, передчасне відшарування плаценти, дистрес плода). Пологи ускладнились хоріоамніонітом у 14 (30,4%) випадків, слабкістю пологової діяльності – у 6 (13,1%), дистресом плода – у 2 (4,3%). Стрімкі пологи були в 2 (4,3%) вагітних. Ручне відділення плаценти та виділення посліду у зв'язку з частковим щільним прикріпленням плаценти було в 3 (6,5%) випадків, гіпотонічна кровотеча – в 1 (2,1%). Таким чином, при ПРПО ускладнений перебіг пологів мав місце у 30 (65,2%) роділь, що несприятливо впливає на стан новонародженого та жінки.

Для прогнозування перинатальних наслідків важливе значення має тривалість безводного проміжку, термін вагітності та вага новонародженого. Найбільший відсоток дітей народилось у вагітних з безводним проміжком від 49 до 240 годин, тобто від 2 до 10 діб, що пояснюється пролонгуванням вагітності у разі ПРПО, призначенням дексаметазону 24 мг для профілактики респіра-

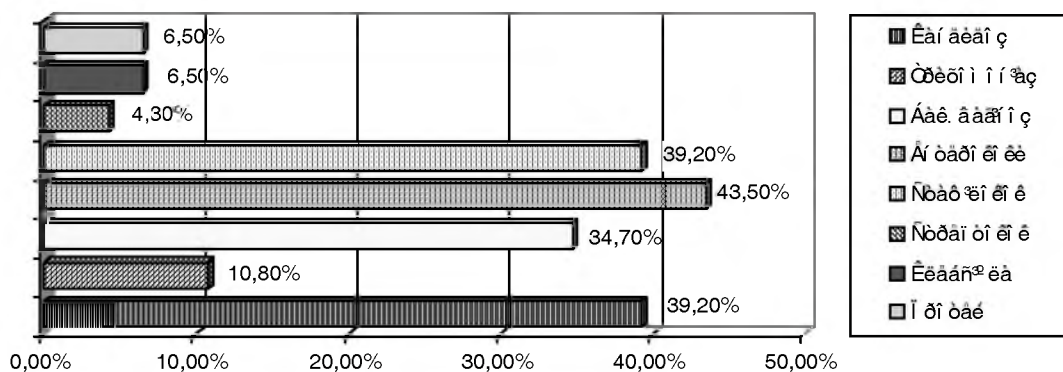


Рис. 1. Склад мікрофлори піхви та цервікального каналу.

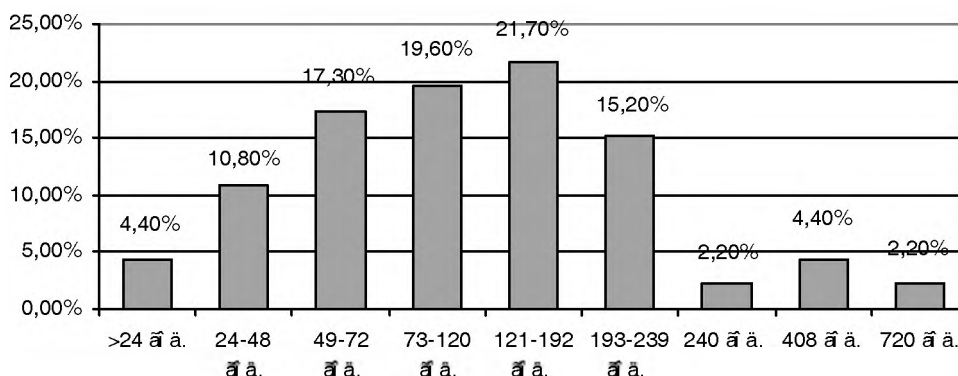


Рис. 2. Відсоток народжених дітей та тривалість безводного проміжку

торного дистрес-синдрому плода на тлі антибактеріальної терапії еритроміцином або цефалоспорінами, залежно від складу мікрофлори та клінічного стану вагітної.

Всього померло 9 новонароджених, летальність склала 19,6%. Причиною ранньої або неонатальної смертності у новонароджених була вроджена інфекція, специфічна для перинатального періоду. Частота летальних випадків залежала від терміну вагітності, ваги новонародженого та тривалості безводного проміжку (табл. 1).

Дані нашого дослідження свідчать, що летальність недоношених новонароджених від інфекцій, специфічних для перинатального періоду залежала від ваги, тривалості безводного проміжку. Так у групі новонароджених вагою 500-999 г летальність склала 100%, у 2 випадках діагностувався сепсис новонароджених, в 1 випадку – гнійний лептоменингіт. У ваговій категорії до 1500 г летальність була у 4 рази менша – 25%. З 4 померлих новонароджених у 1 випадку була ВІЛ-інфекція, в 3 випадках пневмонія, менінгіт на фоні ателектазів легень. У ваговій категорії до 2000 г летальність склала лише 11,8% (2 випадки). У ваговій категорії до 2500 г летальних випадків не було, незважаючи на найбільшу тривалість безводного проміжку.

За даними нашого дослідження пролонгування вагітності у разі ПРПО мало несприятливі перинатальні наслідки у ваговій категорії новонароджених до 1000 г, незадовільні наслідки у ваговій категорії до 1500 г, що потребує подальшого вивчення відносно терміну пролонгування та розродження даної вагової категорії.

Таким чином, у разі передчасного розриву навколоплодових оболонок, термін пролонгування вагітності повинен залежати від терміну вагітності, передбачуваної ваги новонароджених, клінічного стану матері та плода, появи симптомів інфекції. Але дане питання залишається невирішеним на сучасному етапі.

ВИСНОВКИ. 1. Факторами ризику невиношування вагітності у разі передчасного вилиття навколоплодових вод є обтяжений акушерський анамнез (у 58,7% вагітних), обтяжений гінекологічний анамнез (у 63,1%), наявність супутньої екстрагенітальної патології (у 56,5% вагітних), ускладнений перебіг вагітності у 34,8% випадках загрозою переривання вагітності, загостренням хронічного пієлонефриту, гострою респіраторною вірусною інфекцією під час вагітності, багатоводдям, маловоддям, багатоплоддям.

2. У вагітних з ПРПО у складі мікрофлори піхви та цервікального каналу переважало сполучення патологічної та умовно-патогенної грам-негативної мікрофлори у концентрації 10^{6-7} КУО/мл, як ентерококи, клебсієла, протей вульгарний у 60,8% випадків, кандидоз – 39,2%, бактеріальний вагіноз – у 34,7%, трихомоніаз – у 10,8%. Висока концентрація мікроорганізмів призводить до висхідного інфікування навколоплодових оболонок, що є основною причиною передчасного розриву та вилиття навколоплодових вод.

3. Передчасний розрив навколоплодових оболонок мав місце у терміні вагітності 24-28 тижнів у – 23,9%, 29-31 тиждень – 52,2%, 32-34 тижні – 21,7%, 35 тижнів – 2,2%. Всього до 32 тижнів ПРПО було у 76,1% випадків, що є фактором ризику перинатального інфікування недоношеного плода.

4. За даними нашого дослідження пролонгування вагітності у разі ПРПО мало несприятливі перинатальні наслідки у ваговій категорії новонароджених до 1000 г (летальність 100%), незадовільні наслідки у ваговій категорії до 1500 г (летальність 25%), що потребує подальшого вивчення відносно вибору терміну розродження для даної вагової категорії.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Більш ретельне вивчення пролонгування вагітності у разі ПРПО відносно вибору терміну розродження для вагової категорії новонароджених до 1500-1000 г.

Таблиця 1. Частота випадків неонатальної смертності у різних вагових категоріях

Вага новонароджених, г	Кількість народжених дітей		Кількість померлих дітей		Середня тривалість безводного проміжку Годин	Середня тривалість безводного проміжку у разі летальних випадків Годин
	Абс. число	%	Абс. число	%		
500–999	3	6,5	3	100	86, 4±58,2	86, 4±58,2
1000–1499	16	34,8	4	25	145,6±96,8	280,8±198,2
1500–1999	17	36,9	2	11,8	151,8±85,6	480, 2±195,6
2000–2499	10	21,8	0	0	182,7±24,5	0

Література

1. Посібник з гінекології та акушерства університету Джона Хопкінса. 2-е видання. 2002. – 676 с.
2. Goldenberg R. Bacterial infections common in premature babies // Am. J. Obstet. & Gynecol.; 2008: 198: 43 – с. 1-5.

3. Alger L.S., Lovchik J.C., Hebel J.R., Blackmon L.R., Crenshaw M.C. The association of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and group B streptococci with preterm rupture of the membranes and pregnancy outcome // Am. J. Obstet. Gynecol. 1988; 159: 397-404.

4. Carroll S.G., Papaioannou S., Ntumazah I.L., Philpott-Howard J., Nicolaides K.H. Lower genital tract swabs in the prediction of intrauterine infection in preterm prelabour rupture of the membranes // Br. J. Obstet. Gynaecol. 1996; 103: 54-59.
5. Romero R., Yoon B.H., Mazar M., Gomez R., Gonzalez R., Diamond M.P., Baumann P., Araneda H., Kenney J.S., Cotton D.B. et al. A comparative study of the diagnostic performance of amniotic fluid glucose, white blood cell count, interleukin-6, and gram stain in the detection of microbial invasion in patients with preterm premature rupture of membranes // Am. J. Obstet. Gynecol. 1993; 169: 839-851.
6. Catov J. High cholesterol levels increased preterm birth risk // Am. J. Obstet. & Gynecol. – 2007; 197: 610 1-7.
7. Steer P., Flint K. Preterm labour and premature rupture of membrane // BMJ – 1999; 318: 1059-1062
8. Schucker J.L., Mercer B.M. Midtrimester premature rupture of the membranes. Semin Perinatol. 1996; 20: 389-400
9. Egarter C., Leitch H., Karas H., Wieser F., Husslein P., Kaider A., Schemper M. Antibiotic treatment in preterm premature rupture of membranes and neonatal morbidity: a metaanalysis // Am. J. Obstet. Gynecol. 1996; 174: 589-597.
10. Lovett S.M., Weiss J.D., Diogo M.J., Williams P.T., Garite T.J. A prospective, double-blind, randomized, controlled clinical trial of ampicillin-sulbactam for preterm premature rupture of membranes in women receiving antenatal corticosteroid therapy // Am. J. Obstet. Gynecol. 1997; 176: 1030-1038.
11. Ehrenberg H.M., Mercer B.M. Antibiotics and the management of preterm premature rupture of the fetal membranes // Clin Perinatol. 2001; 28: 807-818.
12. Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W; ORACLE Collaborative Group. Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of fetal membranes: the ORACLE I randomised trial // ORACLE Collaborative Group. Lancet. 2001; 357: 979-988.
13. Flenady V., King J. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term (Cochrane review) // Cochrane library, Issue 3, 2006.

УДК 618.3:618.15-002]-085

О.В. Кравченко, Л.М. Юр'єва, С.М. Ясніковська

ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ПРЕПАРАТУ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ПРЕПАРАТУ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ
Обстежено 42 вагітних з бактеріальним вагінозом (БВ) з метою обґрунтування вибору найбільш ефективного засобу місцевої терапії. Критеріями ефективності лікування БВ були зниження негативних суб'єктивних проявів клінічних симптомів захворювання і нормалізація лабораторних показників. Встановлено, що Тержинан є ефективним комплексним препаратом для локальної терапії бактеріального вагінозу під час вагітності, із швидким настанням клінічного ефекту, нормалізацією мікроциркуляції слизової оболонки піхви, без системного ефекту.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ПРЕПАРАТА МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Обследовано 42 беременных с бактериальным вагинозом (БВ) с целью мотивирования выбора самого эффективного препарата местной терапии. Критериями эффективности лечения БВ были понижения негативных субъективных проявлений клинических симптомов в заболевании и нормализации лабораторных показателей. Установлено, что Тержинан есть эффективным комплексным препаратом для локальной терапии бактериального вагиноза во время беременности, из быстрым клиническим эффектом нормализацией микроциркуляции слизистой оболочки влагалища, без системного эффекта.

SUBSTANTIATION OF THE CHOICE OF A LOCAL THERAPY PREPARATION IN THE TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS DURING PREGNANCY
42 pregnant women afflicted with the aim to substantiate the choice of the most effective medicines of a local therapy. The criteria of therapeutic efficacy of BV treatment were decrease of negative subjective clinical signs of the disease and normalization of laboratory results. Terzhynan appeared to be an effective complex preparation for the local therapy of BV during pregnancy with quick clinical effect, normalization of microcirculation of the vulval mucous membrane without systemic effect.

Ключові слова: вагітність, бактеріальний вагіноз, лікування, Тержинан.

Ключевые слова: беременность, бактериальный вагиноз, лечение, Тержинан.

Key words: pregnancy, bacterial vaginosis, treatment, Terzhynan.

ВСТУП. Бактеріальний вагіноз (БВ), дисбактеріоз вагінальної екосистеми, є одним із трьох найбільш частих інфекційних захворювань нижнього відділу статевої системи і становить від 30 до 35%, поряд із вагінальним кандидозом (20-

25%), і трихомонадним вагінітом (5-25%). У жінок репродуктивного віку дисбактеріоз піхви зустрічається в 21-64% випадків, а у вагітних цей показник досягає 26%. БВ є причиною формування патологічних станів в перинатальному періоді, а