

TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION AT PREGNANT WOMEN

Savickaya V⁷. M.

Belarus :c:n state medical university, Minsk Belarus

Summary: article is devoted to a problem of treatment of arterial hypertension at pregnant women - one of the most widespread the ekstrageni-talnykh of pathologies. Various groups the antigipertenziv-nykh of medicines are provided, their efficiency, side effect is studied. The analysis of use the antigipertenzivnykh of medicines in Belarus and world clinical practice is carried out.

Keywords: arterial hypertension, pregnancy, anti-gipertenzivny therapy, side effects

Поступила 26.09.2016 г.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ: ВЗГЛЯД НА ПРОБ ЛЕМУ

Савицкая В.М., Коршикова Р.Л., Акулич Н.С., Павлюкова С.А.,
Терешко Е.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет/), г. Минск,
Республика Беларусь

Резюме. Статья посвящена одной из основных проблем в акушерстве и гинекологии - бактериальному вагинозу. Проанализированы основные возбудители данной патологии, описаны основные методы коррекции пиальной микрофлоры.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, инфекции, передаваемые Половым путем, микрофлора влагалища, гарднереллез, лактобактерии, бифидобактерии, кольпит, дисбактериоз.

Введение. У здоровых женщин репродуктивного возраста отделяемое Мигшща содержит 10^5 - 10^7 микроорганизмов в 1 мл. Ведущее место в вагинальном биотопе занимают H_2O_2 -продуцирующие факультативные рк гобациллы, составляя около 90-95% всех микроорганизмов. На долю других Видн микроорганизмов, находящихся в малых концентрациях, приходится менее |*t 0% общей вагинальной флоры: дифтероиды, стрептококки, стафилококки, (И)иочная палочка, гарднерелла, облигатные анаэробы. Ряд авторов отмечают, что Vaginalis выделяется из влагалища у 5-60% здоровых женщин, Mobiluncus - у |И чдоровых женщин, а соотношение анаэробов и аэробов составляет по крайней 10:1.

И (а фоне преобладания кислотопродуцирующих микроорганизмов создается jтИ милью кислая среда цервико - вагинальной ниши, что и обуславливает *МИНОИске между различными формами бактерий, колонизирующих женские ЙИИИЬС пути. Следовательно, концентрация таких кислотопродуцирующих ЙПфОорганизмов, как лактобактерии и бифидобактерии, которые и формируют ЦЦНПШПиле женщины естественный барьер бактериальной защиты, называемый нНМНШционной резистентностью, имеет определяющую роль для нормального шЩЦМоирования цервико-вагинальной ниши.

Цель исследования: изучение распространенности бактериального вагиноза и основных методов лечения и профилактики данной патологии.

Материалы и методы исследования. На базе УЗ «1-я ГКБ» за 2013-2015 гг. был проведен анализ 2370 историй, из которых выдержка нашего исследования составила 123 женщины с инфекционно-воспалительными заболеваниями гениталий.

Проводился ретроспективный анализ клинической характеристики особенности течения беременности и родов, лабораторных методов исследования, проводимого лечения.

Результаты исследования и обсуждение. Бактериальный вагиноз - это патология экосистемы влагалища, вызванная усиленным ростом, преимущественно облигатно-анаэробных бактерий. Повышение количества аэробных и анаэробных бактерий с преобладанием последних объясняет название бактериальный, а отсутствие лейкоцитов (клеток, ответственных за воспаление) - вагиноз. Таким образом бактериальный вагиноз - это, скорее всего, особое распределение микробной экосистемы, чем настоящая тканевая инфекция. Резкое снижение кислотности влагалища и концентрации лактобацилл осуществляется не одним патогенным микроорганизмом, а совокупностью нескольких, вследствие чего бактериальный вагиноз является "олигомикробным заболеванием" [2].

Частота данной патологии зависит от контингента обследованных женщин. Она составляет 17-19% в клиниках планирования семьи и среди студентов. В структуре воспалительных заболеваний женских половых органов репродуктивного возраста частота бактериального вагиноза составляет 40-60% беременных - 20-25% [1,3].

Первичными возбудителями бактериального вагиноза считаются анаэробные бактерии - Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis и другие. При этом, как правило, отсутствует выраженная воспалительная реакция со стороны влагалища. Представление о нормальном микроценозе влагалища позволяет более точно понять основные механизмы возникновения воспалительных процессов гениталий женщины, а также изменения микросистемы влагалища в ответ на различные неблагоприятные воздействия.

В норме среднее количество микроорганизмов во влагалищном секрете для аэробов и анаэробов составляет 10⁵-10⁶ КОЕ/мл. При этом преобладают пероксидпродуцирующие лактобациллы, обеспечивающие основную защитную функцию путем конкуренции с более патогенными микроорганизмами. Важно отметить, что у здоровых женщин превалирует аэробная флора по отношению к анаэробной (10:1) [2,4].

В проводимом нами исследовании возраст обследованных женщин колебался от 18 до 43 лет и составил в среднем 29,2±1,1 года.

При анализе массоростовых соотношений у обследованных женщин отклонений от популяционных норм не выявлено, средняя масса тела составила 69,3±1,7 кг, средний рост 166,8±0,4 см. Все они имели правильное телосложение.

При сборе анамнеза жизни экстрагенитальная патология была выявлена у 109 обследованных (рисунок 1).

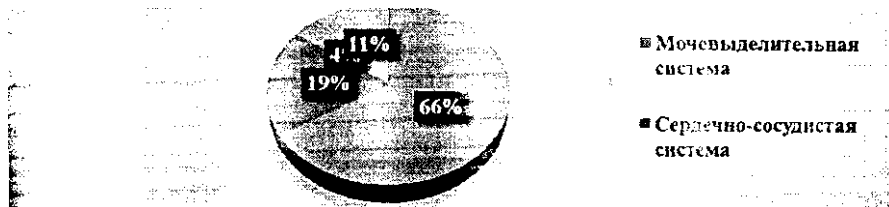


Рисунок 1 - Структура экстрагенитальной патологии

В ходе нашего исследования была выявлена следующая структура урологических заболеваний (рисунок 2).

Г'



Рисунок 2 - Структура урологических заболеваний

Структура гинекологических заболеваний выглядела следующим образом (рисунок 3).

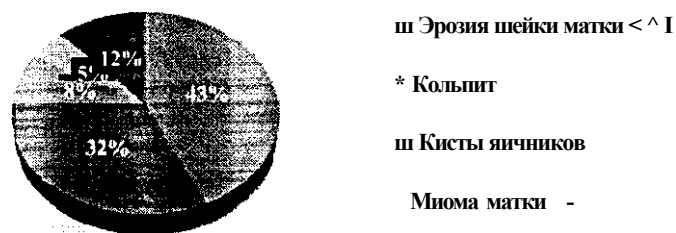


Рисунок 3 - Структура гинекологических заболеваний

При бактериальном вагинозе происходит увеличение концентрации H_2O_2 и анаэробных микроорганизмов на несколько порядков. Так, концентрация микроаэрофильных бактерий (*Gardnerella vaginalis*) повышается в 10 раз, а концентрация анаэробных микроорганизмов (*Bacteroides* spp., *Peptococcus* spp.) - в 100 раз и более. Также увеличивается количество не продуцирующих H_2O_2

препарата, с одной стороны, а с другой - исключается системное воздействие на здоровые ткани и снимается возможность развития системных побочных реакций. Эти преимущества позволяют применять местное лечение у беременных и лактирующих женщин.

Вместе с тем при всех вышеперечисленных методах лечения отмечаются рецидивы, возникающие ; различные сроки после лечения. По-видимому, это связано с тем, что, ликвидируя условно-патогенные микроорганизмы, часто нет условий для достаточно быстрого восстановления лактобактерий. В этой связи в комплекс лечения были включены биопрепараты в течение 10 дней после основного курса лечения, такие как анилакт, бификол, бифидум- и лактобактерии, ввиду их специфического действия, направленного на восстановление нормального соотношения лактобацилл во влагалище и тем самым предотвращающего частоту рецидивов данного заболевания. Лактобактерии чрезвычайно важны: они оказывают антимикробное действие в отношении патогенной и условно-патогенной флоры, стимулируют, приобретенный иммунитет, участвуют в процессе пищеварения, синтезе витаминов К и группы В, создают кислую среду, способствуя развитию бифидобактерий и других представителей нормальной микрофлоры, улучшают переносимость лактозы. Хорошо, если в препарате содержится несколько типов лактобактерий.

Заключение. Бактериальный вагиноз может протекать не просто как патология, а еще и с формированием бактериальной пленки. Это совершенно другая форма заболевания, пока мало изученная. Биопленка - это своеобразный бактериальный город, в котором есть строгая субординация, все бактерии строго подчинены своим внутренним законам. Они приобретают особую резистентность, к антибактериальным препаратам. Самая большая проблема при лечении бактериального вагиноза - это подобрать ту схему лечения, которая бы позволила женщине либо вылечить, либо создать условия ремиссии. В этих случаях приходится обращаться к возможным причинам вагиноза, потому что при проведении терапии важно в первую очередь устранить причины патологий. Одним словом, бактериальный вагиноз - это та проблема в гинекологии, которая является едва ли не ключевой в развитии понимания целого пласта акушерско-гинекологической патологии, достаточно распространенным заболеванием экосистемы влагалища, требующим своевременной диагностики, комплексной, адекватной терапии.

Литература

1. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. - Санкт-Петербург, 2001. - 364 с.
2. Тютюнник В.Л. Патогенез, диагностика и методы лечения бактериального вагиноза. // Фарматека-2005.- № 2 (98), С.20-24.
3. Khosravi AR, Eslami AR, Shokri H, Kashanian M. Zataria multiflora cream for treatment of acute vaginal candidiasis. // Int J Gynaecol Obstet. 2008, 7(5):75-80.
4. Malazy OT, Shariat M, Heshmat R, Majlesi F, et al. Vulvovaginal candidiasis and related factors in diabetic women. // Taiwan J Obstet Gynecol. 2007, 46(4):399-404.
5. Meizoso T, Rivera T, Fernandez-Acenero MJ, et al. Intrauterine candidiasis: report four cases. // Arch Gynecol Obstet. 2008, 24(4): 77-79.
6. Playford EG, Sorrell TC. Optimizing therapy for Candida infections. // Semin Reprod Med. 2007, 2S(6):678-688.

BACTERIAL VAGINOSIS: A VIEW ON A PROBLEM

Savickava V. M., Korshikova R. L., Akulich N. S., Pavlukova S.A., Tereshko E. V.
Belarusian state medical university, Minsk, Belarus

Summary: article is devoted to one of the main problems in obstetrics and **gynecology** - bacterial vaginosis. The main originators of this pathology are analysed, the main methods of correction of a vaginal microflora are described.

Keywords: bacterial vaginosis, sexually transmitted infections, vaginal microflora, bacterial vaginosis, bifidobacteria, vaginitis.

Поступила 26.09.2016 г.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИСТИМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сушкова О.С., Курлович И.В., Семенчук В.Л., Ещенко А.В., Виктор С.А.
*ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск,
Республика Беларусь*

Резюме. Статья посвящена современным возможностям в диагностике истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), анализу течения и исходов беременности с ИЦН. Диагноз ИЦН выставлялся на основании комплексного обследования, учитывались анамнез пациенток, клиническая оценка состояния шейки матки по шкале Штембера, данные трансвагинального ультразвукового морфометрического исследования и компрессионной эластографии шейки матки. Проведенное исследование показало, что компрессионная эластография представляется перспективным дополнительным ультразвуковым методом в диагностике ИЦН, позволяющая оценить упруго-эластичные свойства шейки матки и тем самым прогнозировать течение и исход беременности.

Ключевые слова: невынашивание беременности, истмико-цервикальная недостаточность, шейка матки, ультразвуковая эластография, серкляжный шов, ЦОСарий.

Введение. Несмотря на существенный прогресс, достигнутый за последние десятилетия в области акушерства и гинекологии, проблема невынашивания беременности остается актуальной. Это обусловлено в первую очередь ее высокой частотой, которая достигает 10-30% от всех беременностей [1]. Одной из основных причин невынашивания беременности является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). На ее долю приходится от 14,3 до 65% поздних абортов и преждевременных родов [1].

Диагностика ИЦН представляла определенные трудности, поэтому длительное время определение показаний к коррекции ИЦН основывалось в первую очередь на акушерском анамнезе и клиническом обследовании (мануальное исследование), выявляли, сначала размягчение и укорочение шейки матки, в последующем зияние наружного зева шейки матки и истмико-цервикальное плодное кольцо. Очевидно, что при этом оценка состояния шейки матки было довольно субъективным и не позволяло выявлять истмико-