

значного обсіменіння грибами *Candida*.

При мікологічному дослідженні ми виявили істотне підвищення як кількісно (відсоток осіб), так і якісно (інтенсивність обсіменіння). До лікування обсіменіння дорівнювало 65,7 % у психічно хворих і 10,8 % — у здорових, що в 6 разів вище і є вірогідною різницею. Така ж картина і за даними інтенсивності обсіменіння — 27,5 м. кл. проти 5,8 м. кл., що в 4,7 разу вище.

Внаслідок проведення ортопедичного лікування з одночасною етіологічною терапією кандидозу показник зменшився, але при низькій інтенсивності (5,4 м. кл.) становив від 13,5 % у першій групі до 20,5 % — у другій. Втім, у віддалений термін спостережень кількість осіб з обсіменінням істотно зростає.

Висновки

Дослідження мікробного обсіменіння у психічно хворих показало незначну відмінність між загальним обсіменінням у цій групі від психічно здорових, а також значну відмінність у наявності й інтенсивності ураження слизової оболонки порожнини рота грибами *Candida* на відміну від психічно здорових осіб із малими й середніми дефектами зубних рядів. Проведено ортопедичне лікування за традиційними методиками (незнімні коронкові й мостоподібні протези), а також специфічну терапію, завдяки чому обсіменіння знижувалося, але повного клінічного ефекту досягнуто не було.

ЛІТЕРАТУРА

1. Смоляр Н. І., Лисак Т. Ю. Ефективність лікування захворювань па-

родонта в психічно хворих дітей // Новини стоматології. — 1995. — № 4 (5). — С. 32-33.

2. Oral health profile in an institutionalized population of Italian adults with mental retardation / F. Pregliasco, P. Ottolina, C. Mensi et al. // Spec Care Dentist. — 2001, Nov-Dec. — Vol. 21(6). — P. 227-231.

3. Periodontitis in a patient with chronic neutropenia / A. Carrassi, S. Abati, G. Santarelli, G. Vogel // J. Periodontol. — 1989, Jun. — Vol. 60(6). — P. 352-357.

4. Tobias B., Smith D. M. Dental screening of long stay geriatric patients in West Essex and recommendations for their care // Community Dent Health. — 1990, Mar. — N 7(1). — P. 93-98.

5. The oral health of long-term residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill / R. A. Whyman, E. T. Treasure, R. H. Brown, E. E. MacFadyen // NZ Dent J. — 1995, Jun. — Vol. 91(404). — P. 49-56.

6. Царинский М. М. Терапевтическая стоматология. — М.: Мир, 2004. — 415 с.

УДК 618.182-001.5:618.6-089.168.1-083.94

Л. В. Яремчук

ЗАСТОСУВАННЯ МІКРОБНИХ БІОПРЕПАРАТІВ У ВАГІТНИХ ІЗ ДИСБІОЗОМ ПІХВИ НАПЕРЕДОДНІ ПОЛОГІВ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вступ

Сьогодні актуальною залишається проблема піхвових дисбіозів у вагітних жінок, адже саме вагітні є найбільш сприйнятливими щодо проникнення і активації збудників інфекції, оскільки при вагітності відмічається активація умовно-патогенних штамів внаслідок зміни балансу статевих гормонів [2]. Надлишкове розмноження умовно-патогенних мікроорганізмів на фоні зниження колонізаційної резистентності піхви призводить до

формування патологічних синдромів та зумовлює їх у вагітних жінок [6]. Стан, що виникає, сприяє формуванню дисбіотичних змін геніталій та бактеріального вагінозу [1].

Лікування дисбіотичних станів під час вагітності залишається складною проблемою. Це пов'язано з можливим впливом препаратів на плід. Тому медикаменти, які призначаються для лікування у вагітних, повинні бути нетоксичними для плода, добре переноситися, без побічних ефектів, мати можливість застосування в усіх тримест-

рах вагітності та не порушувати функціональної активності лактобацил.

Захисна роль лактобацил у профілактиці місцевих інфекційних процесів є надзвичайно важливою [4]. Лактобацили захищають вагінальне середовище від патогенних й умовно-патогенних мікроорганізмів не тільки шляхом створення колонізаційної резистентності, продукції перекису водню та підтримки кислого середовища піхви, але й завдяки виробленню широкого спектра інгібіторів метаболізму патогенної



та умовно-патогенної флори, а також стимуляції місцевого та системного імунітету.

У зв'язку з цим актуальними є дослідження, присвячені застосуванню бактеріальних препаратів на основі штамів лакто- та біфідобактерій для відновлення мікрофлори піхви, профілактики інфекційних ускладнень під час вагітності (висхідне інфікування плода, невиношування вагітності), в пологах (профілактика травматизму м'яких пологових шляхів) і післяпологовому періоді з метою запобігання гнійно-запальним ускладненням під час заживлення ран м'яких пологових шляхів. При цьому важливим також є вивчення ефективності застосування мікробних біопрепаратів для нормалізації не лише піхового, але й кишкового біотопу у вагітних із групи ризику виникнення інфекційних ускладнень.

Метою роботи є дослідження ефективності застосування мікробних препаратів системної та місцевої дії для лікування та профілактики рецидивів піхових дисбіозів у вагітних групи ризику виникнення інфекційних ускладнень.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилися протягом двох років (2005–2006). У контрольованих клінічних дослідженнях взяли участь 60 жінок у терміні вагітності 35–36 тиж із різними порушеннями мікробіоценозу піхви. Для підтвердження діагнозу всім вагітним проводили мікробіологічне та клінічне дослідження. Вагітних поділили на дві групи.

Перша група (основна) складалася з 30 вагітних жінок із різними порушеннями мікробіоценозу піхви, які після санації одним з антимікробних препаратів, згідно з етіологічним фактором, отримували протягом 7–10 днів біопрепарат біфідумбактерин шляхом зрошення піхви водною зависсю двічі на добу та препарат лак-

товіт-форте в капсулах тричі на добу *per os*.

До другої групи (контрольної) увійшли 30 вагітних із різними порушеннями мікробіоценозу піхви, які отримували лише місцеве лікування одним з антимікробних препаратів залежно від етіологічного фактора або ж виконувалася профілактична санація піхви напередодні пологів.

Дослідження проводилося в два етапи: перший етап — під час вагітності; другий етап — після пологів.

Про ефективність запропонованої методики та переносимість препаратів судили за термінами нормалізації загального стану вагітних, показниками бактеріоскопічного та бактеріологічного досліджень. Мікробіологічні дослідження включали бактеріоскопію вагінальних мазків, які забарвлювалися за Грамом, Романовським — Гімзою, та бактеріологічне дослідження виділень із піхви. Методика взяття матеріалу така: брали виділення із заднього склепіння піхви та цервікального каналу стерильним стандартним тампоном, який поміщали в пробірку з м'ясо-пептонним бульйоном й інкубували при температурі 37 °С протягом 1–2 год. Потім петлею діаметром 3 мм (0,005 мл) проводили посів на чашки Петрі з оптимальними для кожної групи мікроорганізмів живильними середовищами (МПА, кров'яним МПА, середовищем Ендо, Сабуро та ін.). Посіви інкубували при температурі 37 °С протягом доби. Мікроорганізми вивчали культуральним методом, ідентифікацію виділених чистих культур проводили за допомогою класичних методів [5].

Для виділення чистої культури анаеробів досліджуваний матеріал поміщали в середовище Кітта — Тароцці, звідки в умовах анаеростата виділяли чисті культури, ідентифікацію яких проводили за культуральними, біохімічними властивостями.

Результати дослідження та їх обговорення

Мікробіологічне дослідження у вагітних обох досліджуваних груп показало значну варіабельність як видового складу, так і кількості мікроорганізмів у піхві. До спектра виділених бактерій з найбільшою частотою входили представники умовно-патогенної флори: кишкова паличка гемолітична — 35 % у першій групі та 36 % — у другій, стафілокок золотистий — 24 % у першій та 21 % — у другій групах. Встановлено високу частоту висівання грибів роду *Candida* (56 і 64 %) й асоціації аеробних і анаеробних мікроорганізмів (76 і 79 %). Результати подаються у табл. 1.

Кількісний аналіз мікроекології геніталій у вагітних свідчить, що практично в усіх обстежених жінок як контрольної, так і основної груп відмічалось різке зниження загальної кількості лактобактерій, представники умовно-патогенної флори були виділені в значній кількості.

Вагітним контрольної групи після проведення санації піхви одним з антимікробних препаратів залежно від етіологічного фактора та чутливості ізолюваних з організму штамів до препаратів було проведено бактеріологічне дослідження матеріалу, взятого з заднього склепіння піхви та цервікального каналу. Констатовано ерадикацію мікроорганізмів у кількості $1 \cdot 10^3$ – $1 \cdot 10^4$ КУО/мл. Однак кількість молочнокислих бактерій була невеликою — не більше $1 \cdot 10^4$ КУО/мл. Результати подаються у табл. 2.

Лише у 33 % вагітних контрольної групи після припинення антимікробної терапії відновилася мікрофлора піхви. У більшості випадків у найближчі 7 днів відбувалось інтенсивне заселення піхви умовно-патогенними мікроорганізмами госпітального походження, які виявилися стійкими до багатьох антимікробних засобів. Цим вагітним призначався повтор-



Видовий склад мікрофлори у вагітних з піхвовим дисбіозом до лікування, %

Таблиця 1

Мікроорганізми	Основна група, n=30	Контрольна група, n=30
Стафілокок золотистий	24	21
Стафілокок епідермальний	16	12
Кишкові палички гемолітичні	35	36
Кишкові палички лактозопозитивні	8	6
Клебсієли	12	14
Протеї	5	4
Ентеробактерії	7	8
Гриби роду <i>Candida</i>	56	64
Бактероїди	5	5
Пептококи	3	3
Пептострептококи	4	3
Еубактерії	7	6
Асоціації мікроорганізмів	76	79

Показники кількісного складу мікрофлори у вагітних контрольної групи, КУО/мл

Таблиця 2

Показники	Загальна кількість умовно-патогенної флори	Загальна кількість лактобактерій
До лікування	$1 \cdot 10^5$	$1 \cdot 10^4$
Після лікування	$1 \cdot 10^3 - 1 \cdot 10^4$	$1 \cdot 10^4$

Показники кількісного складу мікрофлори у вагітних основної групи, КУО/мл

Таблиця 3

Показники	Загальна кількість умовно-патогенної флори	Загальна кількість лактобактерій
До лікування	$1 \cdot 10^6$	$1 \cdot 10^3$
Після лікування	$1 \cdot 10^3$	$1 \cdot 10^6 - 1 \cdot 10^7$

ний курс санації піхви. Однак ефект був слабо виражений, тому що резистентні умовно-патогенні мікроорганізми не вдавалось елімінувати. У цих вагітних у пологах виникало передчасне витікання вод (11 випадків), відзначалися передчасні пологи (2 жінки) та травми м'яких пологових шляхів (23 жінки). Частота відхилень від нормального перебігу пологів знаходиться у прямій залежності від кількості умовно-патогенних мікроорганізмів — чим вищий ступінь обсіменіння піхви, тим вища частота ускладнень.

Таким чином, антимікробна терапія у вагітних у III триместрі

вагітності сприяє елімінації умовно-патогенних мікроорганізмів із піхви, однак через 5–7 днів піхвовий мікробіотоп колонізують госпітальні штами мікроорганізмів, а запальний процес, який розвивається, сприяє виникненню патології пологів і післяпологового періоду.

У вагітних основної групи, яким відразу після лікування антимікробними препаратами імплантували еубіотики, відмічається чітка тенденція до нормалізації вагінальної мікрофлори. Відновлення еубіотиками піхвового мікробіотопу спостерігалось вже наприкінці першого тижня. Лактобактерії

визначались у кількості $1 \cdot 10^6 - 1 \cdot 10^7$ КУО/мл, при цьому загальна кількість умовно-патогенних мікроорганізмів не перевищувала $1 \cdot 10^3$ КУО/мл. Результати подаються в табл. 3.

У 3 (10 %) вагітних основної групи відновлення флори не відбулося через короткочасне застосування еубіотиків.

Доцільно звернути увагу на одну закономірність відновлення мікрофлори. Якщо вагінальна мікрофлора була представлена стрептококами й ешерихіями, після проведеної санації кількість їх різко зменшувалася або вони не виявлялися, а відновлення мікробіоценозу лактобактеріями відбувалось активно й ефективно. Якщо ж переважали патогенні стафілококи та гриби роду *Candida* курс етіотропної терапії не завжди давав позитивний ефект, часто спостерігалися рецидиви. Імплантація лактобактерій не завжди вдавалась, адже гриби роду *Candida* в організмі людини присутні не лише у вигляді бластоспор, а також у вигляді ниток псевдоміцелію. Псевдоміцелій здатний проростати у клітини слизових оболонок, підслизового шару, пенетрувати м'язовий шар і проникати глибоко у тканини, судини, викликаючи змішаний кандидоз [3]. У цьому разі курс протикандидозного лікування поряд із місцевим лікуванням має включати препарати системної дії, що протипоказано під час вагітності. Тому ми пропонуємо застосовувати препарати системної дії типу лактовіт-форте в капсулах тричі на добу протягом тижня.

Також критерієм ефективності даного методу лікування при вагітності, крім вищезазначеного, є характеристика перебігу післяпологового періоду. Так, другим етапом нашого дослідження було визначення частоти виникнення інфекційно-запальних ускладнень у післяпологовому періоді у досліджуваних нами жінок і термі-



нів перебування їх у пологовому будинку. Результати показали, що у середньому жінки основної досліджуваної групи не мали інфекційних ускладнень, а середній термін перебування — у межах 4–5 днів.

Отже, лікувальний комплекс із застосуванням мікробних біопрепаратів не тільки скорочує термін перебування жінки у післяпологовому відділенні, а й ефективно запобігає післяпологовим ускладненням.

Висновки

Отримані результати досліджень свідчать, що застосування мікробних біопрепаратів у вагітних є ефективним для корекції мікробіоценозу піхви. При цьому якщо паралельно засто-

совуються мікробні препарати ще й для корекції кишкового біотопу, то ефективність збільшується, особливо для профілактики інфекційних ускладнень під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді. Метод є простим і загальнодоступним, що дозволяє рекомендувати широке застосування мікробних препаратів у практичній охороні здоров'я. Подальше поглиблене вивчення мікробіоценозу піхви під час вагітності та його змін під впливом пробіотиків дозволить суттєво знизити кількість перинатальних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Корнацька А. Г., Ревенько О. О., Лисяна Т. О. Сучасний підхід до ліку-

вання кандидозних вульвовагінітів // Репродуктивне здоров'я жінки. — 2006. — № 1 (25). — С. 14-17.

2. Тютюнник В. Л., Орджоникидзе Н. В. Вагінальний кандидоз і вагітність // Рус. мед. журнал. — 2001. — № 9 (19). — С. 833-835.

3. Акоюн Т. Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз у беременных (диагностика и лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1996. — 20 с.

4. Серов В. Н. Влагищная инфекция: рациональные методы лечения // Репродук. здоров'я жінки. — 2006. — № 1 (25). — С. 51-54.

5. Страгунский Л. С., Козлов Р. С. Современные методы клинической микробиологии. — М.: Розсип, МАКМАХ, 2003. — 103 с.

6. Прилепская В. Н. Особенности инфекционных процессов нижнего отдела половых путей. Возможности терапии препаратами для локального применения // Гинекология. — 2000. — Т. 2, № 2. — С. 57-59.

УДК 618.3-06:616-002.5-02-085

С. П. Польова, Ю. І. Бажора*

ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Буковинський державний медичний університет, Чернівці,

*Одеський державний медичний університет

Вступ

Поширення туберкульозу в Україні загрожує національній безпеці. Пізнє виявлення, несвоєчасне лікування туберкульозу, відмова від лікування вперше виявлених хворих, а також наявність штамів мікобактерій туберкульозу (МБТ), стійких до протитуберкульозних засобів, зумовили серйозну загрозу здоров'ю жіночого населення, стали причиною широкого розповсюдження інфекції [5; 9; 11].

На фоні погіршення епідеміологічної ситуації з туберкульозу чітко проявилася недостатня ефективність його лікуван-

ня. Туберкульозний процес, викликаний лікарсько-резистентними мікобактеріями, тяжко піддається терапії, призводить до хронічних форм захворювання, а пацієнти становлять вагомий частку хворих із несприятливим прогнозом [2; 4; 12].

Жінки репродуктивного віку в період вагітності та пологів становлять групу високого ризику захворюваності на туберкульоз. Особливо небезпечний щодо виникнення та реактивації туберкульозу післяпологовий період, а фактором ризику, що сприяє загостренню туберкульозу у матері, є грудне вигодовування [1; 6–8].

Сучасні хіміотерапевтичні засоби суттєво змінили прогноз для вагітних, хворих на туберкульоз. Проте за умов істотного зростання захворюваності серед населення та розповсюдження хіміорезистентного туберкульозу на фоні фізіологічної імуносупресії вагітних лікування інфікованих і хворих на туберкульоз жінок у період гестації потребує удосконалення з метою збереження здоров'я матері і дитини [3; 13; 14].

Мета дослідження — вивчити клініко-морфологічні результати лікування вагітних, інфікованих мікобактеріями туберкульозу, для підвищення

