

Опыт применения самоэлиминирующихся антагонистов у беременных с корригированной истмико-цервикальной недостаточностью

Т.П. Шаблий

Одесский национальный медицинский университет

С целью профилактики преждевременных родов у беременных с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН) или предотвращения ИЦН при беременности в Украине более 15 лет применяют различные модификации акушерских пессариев. Использование этого, постороннего для влагалища тела пластикового или силиконового происхождения, запускает каскад типичных реакций асептического воспаления, в результате чего уже на 7–10-е сутки развивается дисбактериоз с чрезмерным ростом (10^7 КОЕ/мл и более) характерной для данной локализации анаэробной условно-патогенной флоры, резком уменьшении количества кислотофильных бактерий группы Додерляйна (лактобактерий, бифидобактерий, пропионовых бактерий) – до полного их исчезновения на 18–21-е сутки после серкляжа. Назначение Биоспорина после введения пессария и в динамике при появлении патологических вагинальных белей курсами 10–14 дней позволило нормализовать микробный биоценоз влагалища и доносить беременность в 98,5% случаев.

Ключевые слова: истмико-цервикальная недостаточность, акушерский пессарий, дисбиоз влагалища, Биоспорин (Биофарма), акушерство.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), *insufficiencia isthmico-cervicalis* – несостоятельность перешейка и шейки матки, приводящая к самопроизвольному прерыванию беременности во II, III триместрах. Частота ИЦН в популяции – до 13,5%, в 15–42% она становится причиной преждевременных родов [1, 5, 6]. Наблюдается у 14,3–42,7% женщин с невынашиванием беременности, причем риск родов до срока у них при ИЦН в 16 раз выше (Сидельникова В.М., 2002). Впервые как причина самопроизвольного аборта ИЦН описана Среам в 1865 г.

Являясь основной причиной очень ранних и ранних преждевременных родов с рождением крайне незрелого плода с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, ИЦН формирует группу новорожденных с крайне неблагоприятным прогнозом для жизни. Поэтому вопросы профилактики, ранней диагностики и повышения эффективности существующих методов лечения определяют резерв снижения показателей перинатальной смертности и заболеваемости, инвалидности с детства.

Традиционно различают органическую (или посттравматическую, вторичную) и функциональную ИЦН. Патогенез функциональной ИЦН наиболее сложен и недостаточно изучен. В последние десятилетия данная форма ИЦН рассматривается с позиций нарушения соотношения мышечного и соединительнотканного компонентов шейки матки и изменения реакции ее структурных элементов на нейрогуморальные раздражители, дисплазии соединительной ткани (в 17,3% случаев), с одной стороны, и нарушения восприимчивости к гормональной регуляции на рецепторном уровне – с другой

[2, 3, 5]. Так, если в норме мышечная ткань составляет не более 15% массы шейки матки, то при ИЦН наблюдается ее увеличение до 50% и соответствующее пропорциональное уменьшение соединительнотканного компонента. Европейскими биохимическими исследованиями последних лет данные морфологические изменения объясняются, в первую очередь, снижением уровня коллагена, деградацией вновь синтезирующегося коллагена, увеличением коллагенолитической активности (за счет активации коллагеназы, лейкоцитарной эластазы) местно и в сыворотке крови [9, 11].

Возникновение функциональной ИЦН у женщин с абсолютной и относительной гиперэстрогенией, а также в группе больных с гипофункцией яичников и почти у трети женщин с гиперандрогенией связывают с активацией α_1 - и угнетением β_2 -адренорецепторов матки. Учитывая, что чувствительность α_1 -адренорецепторов усиливается при гиперэстрогении и приводит к сокращениям матки и расширению перешейка, а β_2 -адренорецепторы являются антагонистами созревания шейки при повышенном уровне прогестерона, данные механизмы ответственны за формирование функциональной ИЦН.

У женщин с генитальным инфантилизмом, врожденными аномалиями мюллеровых протоков, патологией, возникшей под воздействием диэтилстильбэстрола в антенатальный период, чаще встречается врожденная ИЦН.

В подавляющем большинстве случаев патогенез ИЦН у конкретной беременной многофакторный. При этом механизм прерывания беременности общий для всех форм ИЦН: плодное яйцо утрачивает физиологическую опору сфинктера шейки матки, плодный пузырь пролабирует в канал шейки матки, его оболочки инфицируются и вскрываются. Клинически реализацией этого механизма может быть поздний самопроизвольный аборт либо пролабирующий плодный пузырь, преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО). Инфицирование нижнего полюса плодного пузыря приводит и к восходящему перинатальному инфицированию фетоплацентарного комплекса, внутриутробному инфицированию плода.

Факторы риска ИЦН представлены в виде 4 групп: травматические, инфекционные, гормональные, сочетанные (репродуктивные потери, поздние выкидыши, самопроизвольные роды в анамнезе, воспалительные заболевания половых органов, аномалии развития половых органов, гиперандрогения, нейроэндокринные нарушения, симптомы недифференцированной дисплазии соединительной ткани, возраст моложе 20 лет, низкий индекс массы тела, стимуляция настоящей беременности гонадотропинами, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), многоплодие, многоводие, крупный плод).

С целью лечения различных форм ИЦН проводят хирургический серкляж и консервативно – введение пессария. F. Forster и соавторы (1986) впервые опубликовали исследования о равноценности клинической эффективности хирургической и консервативной коррекции, позже такие данные были опубликованы в работах Э.М. Джобана [2, 6].

С целью профилактики ИЦН у беременных группы риска с необходимостью токолиза, с укороченной до 1,5–2,0 см шейкой эффективно используют дуфастон, утрожестан, 17-ОПК. Данные о способности синтетического и натурального прогестерона блокировать коллагенолиз, β_2 -адренорецепторы матки, экспрессию гена растяжения миометрия, снижать концентрацию окситоциновых рецепторов в миометрии, оболочках, децидуальной ткани объясняют его эффективность в профилактике ИЦН и снижении риска развития преждевременных родов на 50% (Di Renzo, 2006).

Нехирургический серкляж с использованием разгружающих акушерских пессариев различных модификаций используются в Германии, Франции более 30 лет, в странах постсоветского пространства, в том числе в Украине – около 15 лет. Широкое внедрение в практику поддерживающих пессариев привело к снижению числа преждевременных родов до 3% и менее в различных клиниках Берлина (Forster F. et al., 1986). Преимущества данного метода профилактики преждевременных родов у беременных с ИЦН либо профилактики ИЦН при беременности у женщин с повышенной нагрузкой на шейку матки (многоплодие, многоводие, крупный плод) в его атравматичности, высокой эффективности, безопасности, возможности применять как амбулаторно, так и в условиях стационара на любом сроке беременности. Механизм разгружающего действия нехирургического серкляжа заключается в замыкании шейки матки стенками центрального отверстия пессария, перераспределении и передаче основного давления плодного яйца с шейки на переднюю стенку матки и тазовое дно вследствие вентрально-косоного положения, сакрализации шейки матки, в сохранении слизистой пробки, улучшении психоэмоционального состояния пациентки [4].

С этой целью используют различные модификации пессариев в виде колец на шейку матки, которые могут быть изготовлены из пластмассы, силикона, латекса, резины, органического стекла или полиэтилена высокого давления, а также металлических манжет, содержащих ионы меди, серебра и обладающих бактерицидными свойствами, специальных зажимов из металла в пластмассовой оболочке. Одной из последних модификаций является акушерский пессарий ASQ с перфорацией Dr. Agarín (Германия). Его чашевидная форма позволяет, в том числе, профилактировать роды до срока при низком расположении предлежащей части.

Однако применение этого, чужеродного для влагалища, тела запускает каскад типовых реакций асептического воспаления, вследствие чего уже на 7–10-е сутки и в дальнейшем в динамике появляются патологические влагалищные бели (вплоть до неспецифического бактериального кольпита), требующие санации родовых путей курсами на протяжении беременности, а подчас и досрочного извлечения пессария. Нехирургический серкляж неэффективен при выраженной ИЦН (9–10 баллов по шкале Штембера), очень короткой шейке (менее 0,7 см), пролабирующем плодном пузыре, выраженной рубцовой деформации шейки матки. Ошибки при использовании акушерского пессария (неправильное его введение, смещение, неправильный подбор формы и размера пессария, при котором не достигается нужной сакрализации шейки матки (при меньшем размере), либо дискомфорт, пролежни (при большем размере), санация влагалища йод- и альдегидсодержащими антисептиками, усугубляющими явления дисбиоза, а также неадекватная санация влагалища, прогрессирующие структурные изменения шейки матки) привели к компрометации метода, а в ряде клиник – к отказу от него.

Недостатками хирургической коррекции является ее инвазивность, прорезывание шва в 3% случаев и др. [1]. Последнее возможно в случае возникновения сократительной активности матки при неснятых швах, неправильной техни-

ке наложения швов (шейка матки «перетянута»). Отсутствие адекватной санации, присоединение неспецифического бактериального кольпита приводят к восходящему инфицированию фетоплацентарного комплекса, ПРПО.

Цервиковагинальная инфекция играет одну из ключевых ролей в развитии около 30% ранних преждевременных родов за счет высвобождения фосфолипазы A2, которая стимулирует синтез простагландинов и инициирует процессы созревания шейки матки, приводя к досрочному прерыванию беременности [11, 12].

Наиболее эффективным представителем самоэлиминирующихся антагонистов (СЭА) на сегодняшний день является Биоспорин (Скворцов А.Э., 2002). Входящие в его состав два штамма *Bacillus subtilis* и *Bacillus licheniformis* обеспечивают высокую адгезивную активность к эпителиальным клеткам канала шейки матки и влагалища (Созаева Л.Г., 1999). Последние в сочетании с выраженной антагонистической активностью в отношении патогенной и условно-патогенной микрофлоры (УПМ) – канديد, стафилококков, стрептококков, кишечной палочки, гарднерелл, иерсиний и др., в том числе антибиотикоустойчивых, обеспечивает их элиминацию. Образующаяся при этом дипиколиновая кислота потенцирует процесс эрадикации УПМ и обеспечивает стойкое восстановление индигенной микрофлоры с увеличением количества лактобактерий, смещением pH влагалища в кислую сторону [8].

Уже в первые минуты после перорального приема Биоспорина около 0,1% от общего числа этих бактерий проникают в паренхиматозные органы (Скорикова И.Г., 2002). «Бессимптомная транслокация микроорганизмов» продолжается в среднем 6–8 ч, при этом максимальное воздействие этих спорообразующих бактерий на макроорганизм происходит в первые 2 ч, когда наблюдается процесс прорастания спор, сопровождающийся наиболее интенсивной продукцией биологически активных веществ – полипептидных антибиотикоподобных веществ (до 270), лизоцима, а также субтилизина и каталазы, обладающих как бактерицидным и бактериостатическим, так микоцидным и микостатическим эффектами [7].

В исследованиях И.Б. Псахис (2014) приведены данные о высокой литической активности Биоспорина к наиболее часто встречающейся условно-патогенной флоре канала шейки матки и влагалища, в частности – бактериям рода *Staphylococcus* (*S. aureus* (69,3%), *S. epidermidis* (88,4%), *S. haemolyticus* (72,1%), *S. saprophyticus* (87,9%)), рода *Enterobacteriaceae* (*E. coli* (81,2%), *E. aerogenes* (71,5%)), грибов рода *Candida* (44,3%) и *Pseudomonas aeruginosa* (32,2%). При этом Биоспорин более активен по отношению к *E. coli*, чем цефтриаксон и амоксициллин (соответственно 81,2%, 53,2% и 36,7%); к *E. aerogenes* – соответственно 71,5%, 42,2% и 22,4%; к *S. aureus* – соответственно 69,3%, 69,1% и 21,2%; представляет безопасную альтернативу классическим антибактериальным и противогрибковым препаратам, восстанавливает популяцию индигенной, родовой микрофлоры.

Цель исследования: повышение эффективности существующих методов коррекции ИЦН путем нормализации микробного биоценоза влагалища назначением СЭА Биоспорина после серкляжа. Задачами исследования являются бактериологическое исследование микробного биоценоза влагалища с подсчетом количества колоний после введения пессария акушерского разгружающего, а также коррекция влагалищного биоценоза СЭА Биоспорином.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 114 беременных с корригированной ИЦН, которые в соответствии с целью и задачами исследования были разделены на две группы. **Основную группу** составляли 46 беременных с корригированной ИЦН

акушерским разгружающим pessarium, в том числе 12 (26%) беременных с хирургической коррекцией наложением двух П-образных швов с лигатурами в переднем своде. В **контрольную группу** вошли 68 женщин, которые после введения pessarium с целью нормализации влагалищного биоценоза получали СЭА Биоспорин. Биоспорин назначали per os по 1 дозе 2 раза в день в течение 10–14 дней, натощак, за 30 мин до еды. Содержимое 1 флакона (1 дозу) препарата разводили 1 чайной ложкой кипяченой воды либо фруктового сока (молока). При появлении патологических белей курс лечения повторяли (в среднем, с интервалом 2–3 нед до родоразрешения). Для быстреего заселения слизистой оболочки влагалища бактериями группы Додерляйна использовали спорообразующие бациллы из препарата Биоспорин. Непосредственно перед серкляжем проводили однократную влагалищную аппликацию растворенного Биоспорина в течение 10–15 мин (содержимое 1 флакона растворяли в 2,0 мл физиологического раствора). В случае развития неспецифического бактериального кольпита на фоне серкляжа назначали санацию суппозиториями Депантол (Гексикон) в течение 10–14 дней параллельно с приемом Биоспорина per os (в контрольной группе) у 34 (73,9%) и 7 (10,3%) пациенток основной и контрольной групп соответственно.

Диагноз ИЦН устанавливали в соответствии с существующими стандартами на основании анамнеза, осмотра шейки матки в зеркалах, внутреннего акушерского исследования, ультразвукового исследования (УЗИ) трансвагинальным датчиком в положении лежа и стоя. Ультразвуковую цервикометрию проводили при подозрении на органическую ИЦН с 12 нед гестации, функциональную – с 16 нед в динамике. Абсолютным критерием ИЦН в сроке 20 нед считали длину шейки матки 20 мм и менее, ширину внутреннего зева 8 мм и более в сроки до 21 нед. Степень ИЦН определяли по существующей шкале Штембера. Коррекцию ИЦН акушерским pessarium проводили при 7–8 баллах по данной шкале.

Объем обследования включал обязательные бактериоскопическое (в том числе методом полимеразной цепной реакции – ПЦР) и бактериологическое исследования белей с подсчетом количества колоний до коррекции ИЦН и в дина-

мике через 2 нед после нее, а также при появлении патологических белей. Особое внимание уделяли выявлению дисбиотических нарушений, количественному определению лактобактерий. Посев белей выполняли на набор стандартных питательных сред для выделения облигатных и факультативных анаэробов, микроаэрофилов и грибов. Видовую идентификацию выделенных возбудителей проводили с использованием номенклатуры Берги.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст беременных обеих групп составил 18–41 год, средний возраст – 29,5 года. Отягощенный акушерский и гинекологический анамнез наблюдали у всех женщин (100%). Привычное невынашивание беременности отмечали 36 женщин (31,6%), поздние самопроизвольные аборты – 17 (14,9%). Перинатальные потери в прошлом отметили 34 женщины (29,8%).

Особенностями течения настоящей беременности была угроза прерывания беременности (33,3%), воспалительные заболевания влагалища и шейки матки (28,1%), анемия беременных (22,8%). Органическая ИЦН диагностирована у 40 (35,1%) беременных, функциональная – у 74 (64,9%), в том числе у 28 (24,6%) пациенток с гиперандрогенией. В комплекс назначаемой терапии у беременных с функциональной ИЦН обязательно включали профилактику плацентарной дисфункции, коррекцию эндокринопатии (рис. 1).

Каждая третья пациентка на момент исследования предъявляла жалобы на симптомы пролабирования – дискомфорт либо болезненное давление «вниз» в положении стоя и при ходьбе различной интенсивности. Введение акушерского pessarium купировало данные жалобы у всех женщин.

Основными условиями для коррекции ИЦН в обеих группах были нормоценоз либо промежуточный тип микробиоценоза влагалища, отсутствие заболеваний, передающихся половым путем, нормальный тонус матки.

Неоспоримым преимуществом консервативной коррекции является неопределенный срок гестации, в котором возможно введение pessarium. Однако оптимальным является 17–34 нед [4]. Так, в сроки 16–21 нед введены 23 pessarium



Рис. 1. Экстрагенитальная патология у женщин с ИЦН

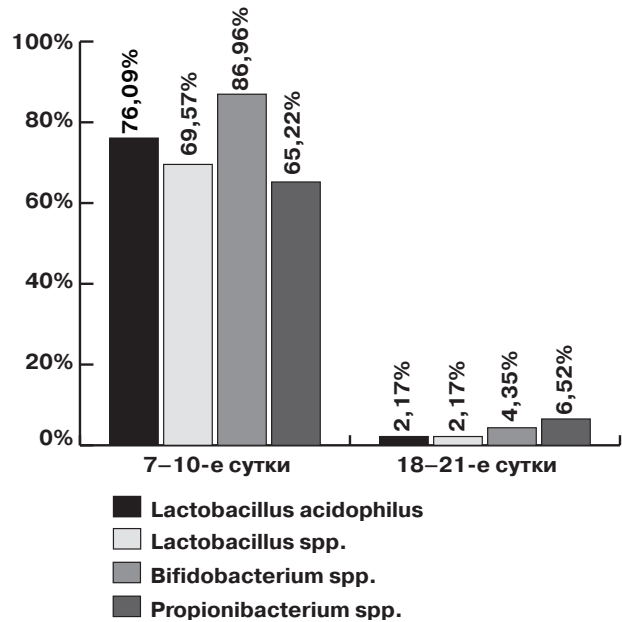


Рис. 2. Количественные показатели ацидофильных бактерий группы Додерляйна на 7–10-е и 18–21-е сутки после серкляжа (основная группа)

(20,2%), 22–28 нед – 82 (71,9%), 30–34 нед – 9 (7,8%). С целью коррекции ИЦН пессарий введен 96 (84,2%) беременным, профилактически – 18 (15,8%). Профилактическое введение пессария выполнено в случаях многоплодной беременности – 13 (11,4%), профилактики несостоятельности (прорезывания) шва после хирургической коррекции – 3 (2,6%), у 2 (1,8%) беременных с измененными психоадаптационными реакциями на прогноз завершения беременности.

При изучении микробного биоценоза влагалища до коррекции ИЦН в обеих клинических группах выявлены высокая (50%) и пропорциональная степени несостоятельности шейки матки, микробная обсемененность канала шейки матки и влагалища. Активный рост колоний наблюдался в бактериально-бактериальных и бактериально-вирусных ассоциациях. В порциях из канала шейки матки чаще высевали протей, энтеробактерии, кишечную палочку, клебсиеллу, золотистый стафилококк и др., в титрах 10^7 и более, что потребовало традиционной санации влагалища и перорального приема Биоспорина до серкляжа. У 57% пациенток была выявлена персистирующая вирусная инфекция (вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов, цитомегаловирус), хронический токсоплазмоз, вирусно-бактериальные ассоциации в различных комбинациях, в связи с чем они получали иммунокорригирующую терапию.

В связи с изложенным выше представляют интерес данные E.R. Guzman и соавторов о взаимосвязи прогрессивного укорочения шейки матки во II триместре беременности и наличием острого хориоамнионита и плацентита у пациенток с преждевременными родами. Так, прогностически значимой в отношении микробной обсемененности амниона априори является длина шейки матки менее 20 мм.

На 7–14-е сутки после серкляжа значительная часть женщин основной группы (76,1%) отмечала появление водянистых белей с неприятным запахом в нарастающем количестве, без зуда, жжения.

Количественное исследование представителей индигенного, автохтонного влагалищного биоценоза в эти сроки выявило резкое снижение кислотофильных бактерий группы Додерляйна – от их уменьшения до 10^4 – 10^6 на 7–10-е сутки, вплоть до полного исчезновения у 80,7% беременных обеих групп и у 96% беременных основной группы на 18–21-е сутки после серкляжа и избыточный рост условно-патогенной анаэробной флоры (рис. 2). Из факультативных анаэробов на 7–10-е сутки после серкляжа обнаружены золотистый стафилококк – в 21,7% случаев, эпидермальный – в 32,6%, энтерококки – 26,1%, стрептококки группы А – 10,9%, В – в 41,3%, кишечная палочка и другие колиформные бактерии – в 32,6%. У 43,5% женщин обнаружены дрожжеподобные грибы рода *Candida*, причем в 15,2% случаев – в высоком титре $> 10^4$ КОЕ/мл. Нарушение барьерных свойств влагалищного биоценоза наблюдали при отсутствии выраженной лейкоцитарной реакции в мазках на флору, появлении «ключевых клеток» (у 48%), высокими показателями pH (у 52%).

На 18–21-е сутки в вагинальном биоценозе женщин основной группы доминировали ассоциации факультативных анаэробов и гарднереллы (76% и 28,3% соответственно) и бактериально-вирусные ассоциации (60,9%) (рис. 3).

Благоприятный исход беременности и родов наблюдался в основной группе у 42 женщин (91,3%). При этом роды в срок с рождением доношенного плода наблюдались у 31 (67,4%) беременной, ПРПО с рождением плода 2500 и более – у 8 (17,4%), ранние преждевременные роды – у 3 (6,5%). У 4 (8,7%) женщин беременность завершилась очень ранними родами до срока, рождением крайне недоношенных плодов с массой тела до 500 г, ранней перинатальной смертностью: две женщины (4,35%) поступили с регулярной родовой деятельностью, открытием маточного зева

более 4 см и две женщины (4,35%) – с ПРПО, неспецифическим бактериальным кольпитом.

Таким образом, факт коррекции ИЦН даже самым совершенным пессарием предъявляет известные требования к ведению беременности – контроль шейки матки и правильного расположения пессария (при УЗИ и осмотре шейки матки в зеркалах) раз в две недели либо чаще – по показаниям; контроль и обеспечение нормального тонуса матки; контроль влагалищных белей (микроскопия, бактериологический посев). Своевременная коррекция этих трех «К» является залогом эффективности метода.

Назначение Биоспорина *per os* после введения пессария в контрольной группе привело к уменьшению количества вагинальных белей, начиная с 4–5-го дня приема, исчезновению неприятного запаха белей (с 3–4-го дня приема).

Высокая антагонистическая активность Биоспорина по отношению к *Staphylococcus*, *E. coli*, *Streptococcus* группы В, *Enterobacter spp*, рода *Candida* (рис. 4) сопровождалась подав-

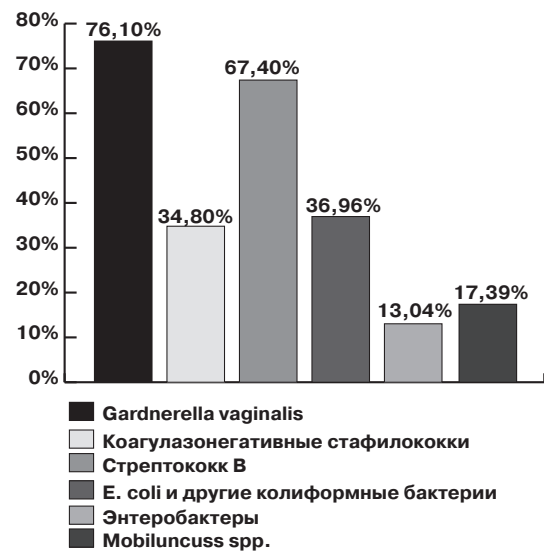


Рис. 3. Основные факультативные анаэробы у беременных на 18–21-е сутки после коррекции ИЦН (основная группа)

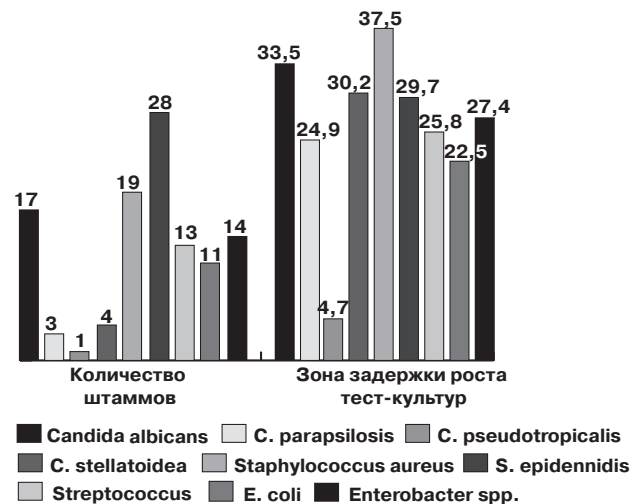


Рис. 4. Характеристика антагонистической активности Биоспорина у беременных с корригированной ИЦН (контрольная группа)

лением их избыточного роста в среднем на 40%, выраженным ростом колоний бактерий группы Додерляйна, исчезновением «ключевых клеток», снижением рН влагалища уже к 7–10-м суткам применения Биоспорина. Данные изменения наблюдались и к 18–21-м суткам после серкляжа, т.е. носили стабильный характер, однако дальнейшая динамика подавления избыточного роста этих представителей индигенного биотопа даже при повторении курсов Биоспорина отсутствовала, т.е. оставалась на прежнем уровне 40%. Этим объясняется возникновение неспецифического бактериального кольпита у 34 (73,9%) и 7 (10,3%) пациенток основной и контрольной групп соответственно с вирусно-бактериальными ассоциациями, гарднереллами в вагинальном биотопе, что потребовало дополнительной санации Депантолом (Гексиконом) в течение 10–14 дней параллельно с приемом Биоспорина per os.

Благоприятный исход беременности и родов наблюдался в контрольной группе у 67 (98,5%) родоразрешенных женщин. При этом роды в срок с рождением доношенного ребенка наблюдались у 52 (76,5%) беременных, преждевременные роды с рождением ребенка с массой тела 2500 и более – у 15 (22,1%). Анализ акушерских и перинатальных осложнений в контрольной группе продемонстрировал эффектив-

ность метода, которая составляет 98,5%. Примечательно отсутствие случаев ПРПО у этих женщин.

ВЫВОДЫ

1. Введение акушерского пессария инициирует изменения индигенного, автохтонного биотопа влагалища – резкое снижение количества ацидофильных бактерий группы Додерляйна (лактобактерий, бифидобактерий, пропионовых бактерий) на 7–10-е сутки, вплоть до их отсутствия на 18–21-е сутки серкляжа, избыточный рост условно-патогенной анаэробной флоры, дисбиоз влагалища.

2. Назначение Биоспорина после введения пессария, а также в динамике при появлении патологических белей курсами 10–14 дней приводит к нормализации микробного биоценоза влагалища и позволяет доносить беременность в 98,5% случаев.

3. Возникновение неспецифического кольпита у 34 (73,9%) беременных основной и контрольной групп соответственно с вирусно-бактериальными ассоциациями, гарднереллами в вагинальном биотопе потребовало дополнительной санации Депантолом (Гексиконом) в течение 10–14 дней параллельно с приемом Биоспорина per os.

Досвід застосування антагоністів, що самостійно елімінуються, у вагітних з коригованою істміко-цервікальною недостатністю Т.П. Шаблій

З метою профілактики передчасних пологів у вагітних з істміко-цервікальною недостатністю (ІЦН) або запобіганню ІЦН при вагітності в Україні понад 15 років застосовують різні модифікації акушерських пессаріїв. Використання цього, стороннього для піхви тіла пластикового або силіконового походження, запускає каскад типових реакцій асептичного запалення, внаслідок чого вже на 7–10-у добу розвивається дисбактеріоз з надмірним ростом (10^7 і більш КУО/мл) характерної для даної локалізації анаеробної умовно-патогенної флори, різким зменшенні кількості ацидофільних бактерій групи Додерляйна (лактобактерій, бифідобактерій, пропионових бактерій) – до повного їхнього зникнення на 18–21-у добу після серкляжу. Призначення Біоспорину після введення пессарія та в динаміці при появі патологічних вагінальних білей курсами 10–14 днів дозволило нормалізувати микробний біоценоз піхви та доносити вагітність у 98,5% випадків.

Ключові слова: істміко-цервікальна недостатність, акушерський пессарій, дисбіоз піхви, Біоспорин (Біофарма), акушерство.

An experience with administration of self-eliminating antagonists in pregnant women with corrected cervical insufficiency T.P. Shabliy

In order to prevent preterm birth in pregnant women with isthmic-cervical insufficiency or conduct isthmic-cervical insufficiency prevention during pregnancy various modifications of obstetrical pessaries have been used in Ukraine for more than 15 years. The placement of this body, which is foreign to the vagina and is of plastic or silicone origin, triggers a cascade of reactions pertaining to aseptic inflammation and results in development of dysbiosis with an overgrowth (10^7 cfu/ml or more) on the day 7–10, which is characteristic of anaerobic opportunistic flora and sharp decrease in localization and the amount of acidophilus of Doderlein group (lactobacilli, bifidobacteria, propionic bacteria) of up to their complete disappearance on the day 18–21 following the cerclage. Administration of Biosporin Biopharma in courses of 10–14 days following the placement of a pessary or dynamically, under appearance of abnormal vaginal leucorrhoea, resulted in normalization of vaginal microbial biocenoses and carrying the pregnancies full term in 98,5% of the cases.

Key words: isthmic-cervical insufficiency, obstetrical pessary, vaginal dysbiosis, Biosporin-Biopharma, obstetrics.

Сведения об авторе

Шаблій Татьяна Петровна – Одесский национальный медицинский университет, 65082, г. Одесса, пер. Валиховский, 2.
E-mail: t_shabliy@hotmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Баскаков П.Н., Торсуев А.Н., Тархан М.О., Татаринов Л.А. Коррекция истмико-цервикальной недостаточности акушерским разгружающим пессарием // Охрана материнства и детства. – 2013. – № 1. – С. 49–52.
- Журавлев А.Ю. Опыт применения акушерского разгружающего пессария / Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – Минск, 2004. – 25 с.
- Ледина А.В., Абуд И.Ю. Истмико-цервикальная недостаточность // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / Под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс, 1999. – С. 108–119.
- Сакварелидзе Н.Ю. Вагинальные пессарии: за и против // Материалы XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – М., 2013. – С. 50–54.
- Сатышева И.В. Клинико-диагностические особенности и эффективность различных методов лечения истмико-цервикальной недостаточности / Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – Томск, 2009.
- Синдром привычной потери беременности у пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью. Современный комплексный подход к диагностике и терапии. Э.М. Джобава и соавт. // Проблемы репродукции. – № 3. – 2011. – С. 98–104.
- Смирнов В.В. Антибиотики и/или

- пробиотики: Размышления и факты // Лікування та діагностика. – 1998. – № 2. – С. 8–13.
- Шаблій Т.П. Хронический рецидивированный кандидозный вульвовагинит: инновационные подходы в лечении // Здоровье женщины. – 2013. – № 8. – С. 202–204.
- Daskalakis D., Papantoniou N, Mesogitis S, Antsaklis A. Management of cervical insufficiency and bulging fetal membranes // Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 107, 2 – P. 221–226.
- Lotgering F.K. Clinical aspects of cervical insufficiency // BMC Pregnancy Childbirth. – 2007. – Vol. 7, suppl 1. – P. 17.
- Vidaeff A.C. From concept to practice: the recent history of preterm delivery prevention. Part I: cervical competence /A.C. Vidaeff, S.M. Ramin // Am. J. Perinatol. 2006. – Vol. 23, № 1. – P. 3–13.
- When is a cerclage indicated for cervical insufficiency? A literature review / T.C. Woodring, C.K. Klausner, D.A. Cromartie, E.F. Magann, S.P. Chauhan, J.C. // J. Miss. State. Med. Assoc. 2006. – Vol. 47, № 9. – P. 264–266.
- Vierhout M.E. The use of pessaries in vaginal prolapse // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2004. – Vol. 117, № 1. – P. 4–9.