

Клініко-мікробіологічні аспекти піхвового середовища у вагітних із загрозою пізнього викидня під час лікування вагінальними формами гестагенів

І.П. Поліщук

Івано-Франківський національний медичний університет

Мета дослідження: вивчення ефективності лікування загрози пізнього мимовільного викидня (ЗПМВ) мікронізованими формами прогестерону по 100 мг 3 рази на добу у формі желатинових капсул та вагінальних таблеток з лактозою.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 70 вагітних з нормоценозом піхви (НЦП) без екстрагенітальної патології, котрим не проводили системного або місцевого лікування антибактеріальними препаратами протягом останніх 4 тиж. З них 25 вагітних із ЗПМВ, лікованих желатиновими капсулами мікронізованого прогестерону (ЖКП) (1-а група); 25 вагітних із ЗПМВ, лікованих вагінальними таблетками мікронізованого прогестерону (ВТП) (2-а група), і 20 здорових жінок з фізіологічною вагітністю – ФВ (контрольна група). При розподіленні жінок на групи дотримувалися принципів рандомізації. Вік обстежених жінок коливався від 19 до 32 років, більшість вагітних були у віці до 30 років (89,02%).

Загальноклінічне дослідження проводили за стандартною схемою згідно з Наказом МОЗ України № 620.

Результати. У ході дослідження нами було визначено динаміку даних кольпоцитології та стан мікробіоценозу піхви у вагітних із ЗПМВ та початковим нормоценозом піхви до і після проведеного лікування вагінальними формами гестагенів.

Заключення. Отримані результати засвідчили низьку ефективність желатинових капсул мікронізованого прогестерону при загрозі пізнього мимовільного викидня, що при малому терапевтичному ефекті призвів до розвитку дисбіозу піхви. На противагу цьому використання вагінальних таблеток мікронізованого прогестерону – максимально швидкий терапевтичний ефект без порушення нормоценозу піхви.

Ключові слова: загроза пізнього мимовільного викидня, вагінальні форми мікронізованого прогестерону.

Згідно з літературними даними, проблема невиношування вагітності залишається однією з найбільш важливих у сучасному акушерстві та посідає одне з перших місць [1, 2]. За даними світової статистики сьогодні перериваються до 30–45% всіх запланованих вагітностей, з яких 22–30% припадають на II триместр гестації. Незважаючи на можливості сучасної діагностики, й досі немає чіткої концепції щодо ймовірних причин початкових пізніх мимовільних викиднів, а отже, і відсутні результативні методи корекції перебігу та пролонгації бажаної вагітності.

Принципове значення для прогресування вагітності має наявність адекватної гормонотворювальної функції та гестаційної трансформації у функціональній системі мати-плацента-плід. У сучасних рандомізованих дослідженнях, проведених за кордоном і визначених провідними вітчиз-

няними вченими, є переконливі дані про позитивний ефект лікування загрози переривання вагітності мікронізованими формами прогестерону. Слід лише дотримуватися оптимальних термінів терапії, доз препаратів і максимально індивідуалізувати підхід до лікування [6, 7]. Медикаментозна терапія повинна бути максимально зумовлена, щоб застосовані препарати не порушували складних гормональних та імуномікробіологічних взаємозв'язків у репродуктивній системі вагітної [4, 5].

Існуючі на сьогодні дані про вплив гормональної терапії застосуванням вагінальних форм мікронізованого прогестерону мають не зовсім однозначний характер.

Мета дослідження: вивчення ефективності лікування загрози пізнього мимовільного викидня (ЗПМВ) із застосуванням мікронізованих форм прогестерону по 100 мг 3 рази на добу у формі желатинових капсул та вагінальних таблеток з лактозою.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим спостереженням перебували 70 вагітних з нормоценозом піхви (НЦП) без екстрагенітальної патології, котрим не проводили системного або місцевого лікування антибактеріальними препаратами протягом останніх 4 тиж. З них 25 вагітних із ЗПМВ, лікованих желатиновими капсулами мікронізованого прогестерону (ЖКП) (1-а група); 25 вагітних із ЗПМВ, лікованих вагінальними таблетками мікронізованого прогестерону (ВТП) (2-а група), і 20 здорових жінок з фізіологічною вагітністю – ФВ (контрольна група).

При розподіленні жінок на групи дотримувалися принципів рандомізації.

Вік обстежених жінок коливався від 19 до 32 років, більшість вагітних були у віці до 30 років (89,02%).

Загальноклінічне дослідження проводили за стандартною схемою згідно з Наказом МОЗ України № 620.

Обстеження кожної жінки передбачало два візити до лікаря. Перший був скринінговий, другий – через 10 днів після проведеного лікування.

Окрім обстежень, зумовлених Наказом МОЗ України № 620, усім жінкам проводили кольпоцитологічне дослідження та комплексне обстеження з визначенням реакції піхвового вмісту та використанням амінотесту (АТ) – реакція із застосуванням 10% розчину гідроксиду калію.

Визначали динаміку даних кольпоцитології та стан мікробіоценозу піхви у вагітних із ЗПМВ та фізіологічним НЦП до і після проведеного лікування із застосуванням вагінальних форм гестагенів.

Лабораторні дослідження включали: мікроскопію вагінальних мазків за Грамом у модифікації Koperloff, бактеріологічні посіви на живильні середовища для визначення факультативно-анаеробних бактерій (ФА) і облигатно-анаеробних

Характер і частота скарг обстежених жінок, %

Скарга	1-а група, n=25		2-а група, n=25		Контрольна група, n=20
	1-й день лікування	10-й день лікування	1-й день лікування	10-й день лікування	
Тривалі і значні піхвові виділення	16*	52**	20*	4	5
Неприємний запах виділень		32*	-		
Свербіж зовнішніх статевих органів		20*	-		
Відчуття чужорідного тіла у присінку піхви чи випадіння препарату за межі статевої щілини		56**	-		
Ниючий біль внизу живота	100	38*	100	20	

Примітка. * – $p_1 < 0,05$, ** – $p_2 < 0,01$ порівняно із вагітними з ФВ.

Таблиця 2

Динаміка даних кольпоцитології в обстежених жінок під час лікування вагінальними формами гестагенів, %

Кольпоцитологічний тип	1-а група, n=25		2-а група, n=25		Контрольна група, n=20
	1-й день лікування	10-й день лікування	1-й день лікування	10-й день лікування	
Лютеїновий	-	20*	-	52**	75
Прекорніфікаційний	36	16	32	4	-
Корніфікаційний	44	-	48	-	-
Цитолітичний	4	8	8	-	-
Навікулярний	16	24	12	40**	20
Запальний	-	20*	-	-	-
Змішаний	-	12*	-	4	5

Примітка. * – $p_1 < 0,05$, ** – $p_2 < 0,01$ порівняно з початком лікування.

бактерій (ОА) та для виділення *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, збудників кандидозу, мікоплазмової і уреоплазмової інфекції, *Gardnerella vaginalis*, кількісний аналіз мікрофлори піхви.

В основу ідентифікації всіх виділених культур були покладені рекомендації і схеми Bergey's Manual of Systematic Bacteriology.

Окрім того, частина штамів стафілококів і стрептококів ідентифікована за допомогою слайд-тестів («Difco», США; «bioMerieux», Франція), лактобацил (ЛБ) – за допомогою «Системи індикаторних папірців для ідентифікації ЛБ» (Нижньо-Новгородський НДІ епідеміології і мікробіології, Росія).

Анаеробні культури випробовували на аеротолерантність – здатність до росту у мікроаерофільних або аеробних умовах. За позитивного результату цього тесту культуру зараховували до ФА або мікроаерофілів, за відсутності росту – до ОА. Для кількісного визначення ФА використовували метод секторальних посівів способом Gould. Для кількісного визначення ОА використовували метод серійних розведень з подальшим посівом на збагачений серцево-мозковий бульйон. Культуру інкубували в анаеростаті. Підрахунок колоній проводили за спеціальним методом [3].

Виділення *Gardnerella vaginalis* проводили в атмосфері вуглекислого газу на анаеробному кров'яному агарі з додаванням гентаміцину сульфату, налідиксової кислоти і амфотерицину В у адекватних пропорціях.

Статистичне оброблення результатів проводили згідно із загальноприйнятими методами варіаційної статистики.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 1 (5%) вагітної з контрольної групи зафіксовано скарги на тривалі і значні піхвові виділення слизистого характеру,

що пов'язані зі зміною гормонального дзеркала. Характер і частоту скарг вагітних із ЗПМВ наведено у табл. 1.

У 1-й день лікування вагітні з ЗПМВ скаржились на ниючий біль внизу живота зі значними піхвовими виділеннями. Після проведеного лікування скарги на ниючий біль внизу живота регресували у більшій частині хворих обох груп. Проте у вагітних 1-ї групи лікування супроводжувалось відчуттям чужорідного тіла у присінку піхви та випадінням препарату за межі статевої щілини – це було констатовано у 14 (56%) жінок, тривалими і значними піхвовими виділеннями – у 13 (52%) жінок, також 8 (32%) жінок скаржилися на неприємний запах піхвових виділень, свербіж чи печіння у ділянці зовнішніх статевих органів – 5 (20%) жінок.

АТ був позитивний тільки у 2 (4%) вагітних з НЦП у 1-й день лікування – по одній з кожної групи. В обох жінок відзначений 1-й ступінь вираженості позитивного АТ.

АТ став позитивний у 10 (40%) вагітних, лікованих ЖКП. Ступінь вираженості позитивного АТ був наступний: 1-й ступінь (+) – у 4 (16%) жінок, 2-й ступінь (++) – у 6 (24%) жінок.

Отже, частота позитивного АТ у вагітних 1-ї групи після лікування була вірогідно ($p_1 < 0,05$) вища, ніж у вагітних інших груп.

При кольпоцитологічному дослідженні вагітних із ЗПМВ на момент першого візиту лютеїновий і запальний типи були відсутні, а переважали пре- і корніфікаційний типи. До наступного візиту вагітних із ЗПМВ 1-ї групи спостерігали незначне покращання за рахунок малодостовірного зростання лютеїнового та навікулярного типів за вагального зростання запального, змішаного та цитолітичного типів ($p_1 < 0,05$). У вагітних 2-ї групи, лікованих ВТП, значно знижувалася частота корніфікаційного і цитолітичного типу кольпоцитогам ($p_1 < 0,05$) із вираженим підвищенням частоти виявлення лютеїнового та навікулярного типів ($p_2 < 0,01$), що відображено у табл. 2.

Таблиця 3

Розподіл обстежених жінок за показником рН піхвового вмісту

Група спостереження		Показник рН піхвового вмісту, абс. число (%)						
		до 3,5	3,5-4,0	4,1-4,5	4,6-5,0	5,1-5,5	5,6-6,0	6,1-6,5
1-а, n=25	1-й день лікування	2 (8)	8 (32)	12 (48)	3 (12)	-	-	-
	10-й день лікування	-	-	1 (4)	7 (28)*	14 (56)**	2 (8)*	1 (4)*
2-а, n=25	1-й день лікування	1 (4)	7 (28)	13 (52)	2 (8)	2 (8)*	-	-
	10-й день лікування	2 (8)	9 (36)	12 (48)	2 (8)	-	-	-
Контрольна, n=20		1 (5,0)	7 (35,0)	10 (50,0)	2 (10,0)	-	-	-

Примітка. * – $p_1 < 0,05$, ** – $p_2 < 0,01$ порівняно із вагітними з ФВ.

Таблиця 4

Склад та концентрація видів ЛБ, виділених з піхви в обстежених жінок

Види ЛБ		<i>L. acidophilus</i>	<i>L. fermentum</i>	<i>L. plantarum</i>	<i>L. paracasei</i>	<i>L. coryneformis</i>
1-а група, n=25, залежно від дня лікування						
Частка ЛБ, %	1-й день	100,0	64,0	52,0	-	-
	10-й день	56**	16**	8**	4	4
Концентрація ЛБ, КУО/мл	1-й день	10^4 - 10^5				
	10-й день	$< 10^3$ *				
2-а група (n=25), залежно від дня лікування						
Частка ЛБ, %	1-й день	100,0	68,0	48,0	-	-
	10-й день	100,0	64,0	52,0	-	-
Концентрація ЛБ, КУО/мл	1-й день	10^4 - 10^5	10^4 - 10^5	10^3 - 10^4	-	-
	10-й день	10^4 - 10^5	10^4 - 10^5	10^3 - 10^4	-	-
Контрольна група (n=20)						
Частка ЛБ, %	100,0	66,6	50,0	-	-	-
Концентрація ЛБ, КУО/мл	10^4 - 10^5		10^3 - 10^4	-	-	-

Примітка. * – $p_1 < 0,05$, ** – $p_2 < 0,01$ порівняно із вагітними з ФВ.

Таблиця 5

Склад та концентрація видів ФА, виділених з піхви в обстежених жінок, лікованих ЖКП

Види ФА	Частка ФА, %			Концентрація ФА, КУО/мл		
	Контрольна група, n=20	1-а група, n=25		Контрольна група, n=20	2-а група, n=25	
		1-й день лікування	10-й день лікування		1-й день лікування	10-й день лікування
<i>Corynebacterium spp.</i>	5,0	8,0	24,0*	$< 10^4$	$< 10^4$	10^5 - 10^6 *
<i>Staph. saprophytics</i>	20,0	20,0	36,0*			10^4 - 10^5 *
<i>Streptococcus spp.</i>	-	-	8,0*	-	-	10^4 - 10^5 *
<i>Proteus mirabilis</i>	5,0	4,0	16,0*	$< 10^3$	10^3 - 10^4	
<i>Gardnerella vaginalis</i>	5,0	4,0	36,0**			
<i>E. coli</i>	35,0	36,0	56,0*	10^3 - 10^4	10^3 - 10^4	10^5 - 10^6 *

Примітка. * – $p_1 < 0,05$, ** – $p_1 < 0,01$ порівняно із вагітними з ФВ.

Діагностична цінність кольпоцитологічного методу дослідження особливо велика у зв'язку з тим, що виявлені патологічні зміни передують клінічним проявам загрози переривання вагітності та дозволяють діагностувати прояви кольпіту на доклінічному рівні.

Кислотність піхвового вмісту до лікування в усіх групах обстежуваних вагітних була практично ідентичною. Після проведеного лікування у рівнях рН піхвового вмісту жінок 1-ї і 2-ї груп спостерігались різноспрямовані зміни. У вагітних 1-ї групи, лікованих ЖКП, рівень кислотності достовірно наближався до нейтрального, тоді як у вагітних 2-ї групи, лікованих ВТП, кислотність залишалася низькою, що наведено у табл. 3.

Рівень рН піхвового вмісту в обстежених жінок 1-ї групи після лікування в середньому становив $5,71 \pm 0,32$, а у жінок 2-ї групи – $4,0 \pm 0,29$. Отже, рН піхвового вмісту у вагітних, лікованих ЖКП, став достовірно ($p < 0,05$) нижчий, ніж у вагітних з ФВ – $3,89 \pm 0,26$.

Під час визначення видового та кількісного складу ЛБ у вагітних усіх груп був проведений посів піхвових виділень на МРС агар (табл. 4).

У всіх вагітних з НЦП було виділено ЛБ, що представлені трьома видами. При цьому їхня концентрація становила 10^7 – 10^8 КУО/мл і вони були у формі асоціацій. В усіх жінок до складу асоціацій входили *L. acidophilus*. У 2/3 жінок виділено *L. fermentum* і у 1/2 жінок – *L. plantarum*. Була вив-

Таблиця 6

Склад та концентрація видів ФА, виділених з піхви в обстежених жінок, лікованих ВТП

Види ФА	Частка ФА, %			Концентрація ФА, КУО/мл		
	Контрольна група, n=20	1-а група, n=25		Контрольна група, n=20	2-а група, n=25	
		1-й день лікування	10-й день лікування		1-й день лікування	10-й день лікування
<i>Corynebacterium spp.</i>	5,0	8,0	8,0	<10 ⁴	<10 ⁴	<10 ⁴
<i>Staph. saprophytics</i>	20,0	20,0	20,0			<10 ⁴
<i>Streptococcus spp.</i>	-	-	-	-	-	10 ³ -10 ⁴ *
<i>Proteus mirabilis</i>	5,0	4,0	4,0	<10 ³	<10 ³	
<i>Gardnerella vaginalis</i>	5,0	4,0	4,0			
<i>E. coli</i>	35,0	36,0	36	10 ³ -10 ⁴	10 ³ -10 ⁴	10 ³ -10 ⁴

Примітка. * – p₁<0,05 порівняно із вагітними з ФВ.

Таблиця 7

Склад та концентрація видів ОА, виділених з піхви в обстежених жінок, лікованих ВТП

Види ОА	Частка ЛБ, %			Концентрація ЛБ, КУО/мл		
	Контрольна група, n=20	1-а група, n=25		Контрольна група, n=20	2-а група, n=25	
		1-й день лікування	10-й день лікування		1-й день лікування	10-й день лікування
<i>Bifidobacterium spp.</i>	60,0	56,0	60	10 ⁶ -10 ⁷	10 ⁶ -10 ⁷	10 ⁶ -10 ⁷
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	15,0	16,0	16,0	10 ³ -10 ⁴	10 ³ -10 ⁴	10 ³ -10 ⁴ <10 ³
<i>Peptococcus spp.</i>	10,0	12,0	12,0			
<i>Bacteroides spp.</i>	5,0	8,0	8,0	<10 ³	<10 ³	
<i>Veillonella spp.</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Actinomycetes spp.</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Mobiluncus spp.</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Eubacterium spp.</i>	-	-	-	-	-	-

Примітка. * – p₁<0,05 порівняно із вагітними з ФВ.

Таблиця 8

Склад та концентрація видів ОА, виділених з піхви в обстежених жінок, лікованих ЖКП

Види ОА	Частка ЛБ, %			Концентрація ЛБ, КУО/мл		
	Контрольна група, n=20	1-а група, n=25		Контрольна група, n=20	2-а група, n=25	
		1-й день лікування	10-й день лікування		1-й день лікування	10-й день лікування
<i>Bifidobacterium spp.</i>	60,0	19,04	11,9	10 ⁶ -10 ⁷	10 ⁶ -10 ⁷	10 ⁴ -10 ⁵ *
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	15,0	16,67	32,0*	10 ³ -10 ⁴	10 ³ -10 ⁴	10 ⁵ -10 ⁶ *
<i>Peptococcus spp.</i>	10,0	11,9	28,0*			
<i>Bacteroides spp.</i>	5,0	4,76	20,0**	<10 ³	<10 ³	
<i>Veillonella spp.</i>	-	-	8,0*	-	-	<10 ³ **
<i>Actinomycetes spp.</i>	-	-	8,0*	-	-	
<i>Mobiluncus spp.</i>	-	-	24,0**	-	-	
<i>Eubacterium spp.</i>	-	-	12,0*	-	-	10 ⁴ -10 ⁵ **

Примітка. * – p₁<0,05, ** – p₁<0,01 порівняно з ФВ.

чена здатність продукувати перекис водню в усіх штамів ЛБ. Продукували перекис водню 39 (92,86%) виділених штамів ЛБ, що свідчить про високу захисну здатність ЛБ.

Після проведеного лікування вагітних ЖКП ЛБ було виявлено у 23 (92%) вагітних, але їхня концентрація становила 10³ КУО/мл і менше. Виділено 34 штами ЛБ, що представлені 5 видами. У всіх випадках ЛБ були виділені у формі монокультури. Найчастіше виявляли *L. acidophilus* – у 14 (56%) жінок і *L. fermentum* – у 4 (16%) жінок, *L. plantarum* – у 2 (8%)

жінок, а *L. paracasei* і *L. coryneformis* – в 1 (4%) жінки. Продукували перекис водню тільки 12 (48%) штамів ЛБ, що свідчить про їхню низьку захисну здатність.

Отже, у вагітних, котрим проводили терапію ЖКП, ЛБ виділяли у формі монокультури й у низькій концентрації – 10³ і менше КУО/мл – функціонально дефектні, а у вагітних з фізіологічним перебігом та у лікованих ВТП ЛБ виділяли у формі асоціації з високими концентраціями та високою захисною здатністю.

Під час дослідження анаеробних бактерій у виділеннях з піхви обстежених жінок були досягнуті наступні результати.

Найчастіше у контрольній групі серед ФА виділяли *E. coli* – у 7 (35,0%) жінок і *Staph. saprophytics* – у 4 (20,0%) жінок. *Gardnerella vaginalis* виділили в 1 (5,0%) жінки. *Proteus mirabilis* та *Corynebacterium spp.* виділили в 1 (5,0%) жінки. Ступінь обсіменіння піхви для *E. coli* становив 10^3 – 10^4 КУО/мл, для *Staph. saprophytics* і *Corynebacterium spp.* – $<10^4$ КУО/мл, а для *Proteus mirabilis* і *Gardnerella vaginalis* ступінь обсіменіння піхви становив $<10^3$ КУО/мл.

Під час першого візиту у вагітних із ЗПМВ обох груп до лікування виявлено наступний склад ФА. Лідирують *E. coli* – у 9 (36%) жінок і *Staph. epidermidis* – у 5 (20%) жінок. *Gardnerella vaginalis* виділяли в 1 (4%) жінки, *Corynebacterium spp.* – у 2 (8%) жінок, а *Proteus mirabilis* – в 1 (4%) жінки. Ступінь обсіменіння піхви був ідентичним ФВ.

Серед ФА у вагітних із ЗПМВ на 10-й день лікування ЖКП найчастіше виділяли: *E. coli* – у 14 (56%) жінок, рідше *Staph. Saprophytics* та *Gardnerella vaginalis* – у 9 (36%) жінок й значно рідше *Corynebacterium spp.* – у 6 (24%) і *Proteus mirabilis* – у 4 (16%) жінок. *Streptococcus spp.* знайшли у 2 (8%) жінок. Ступінь обсіменіння піхви був високий для *E. coli* та *Corynebacterium spp.* і становив 10^6 – 10^7 КУО/мл, а для *Staph. saprophytics* найменший – 10^4 – 10^5 , для решти – *Streptococcus spp.*, *Proteus mirabilis*, *Gardnerella vaginalis* – 10^5 – 10^6 КУО/мл (табл. 5).

Під час другого візиту у вагітних із ЗПМВ, лікованих ВТП, не було виявлено істотних змін в обсіменінні ФА. Відзначали тільки малодостовірне збільшення ступеня обсіменіння піхви *Proteus mirabilis* і *Gardnerella vaginalis* до 10^3 – 10^4 КУО/мл, стовсво решти показники не змінились (табл. 6).

У всіх обстежених з ФВ та у вагітних із ЗПМВ обох груп на час першого візиту, як у вагітних, лікованих ВТП, ФА виявляли у 80% монокультур, решту – в асоціації з 2 мікроорганізмів. ФА у вагітних, лікованих ЖКП, частіше виявляли асоціації з 2 мікроорганізмів – у 16 (64,0%) жінок, асоціацію з 3 мікроорганізмів – у 7 (28,0%) жінок, з 4 мікроорганізмів – у 2 (8,0%) жінок.

Найчастіше при ФВ серед ОА виявляли *Bifidobacterium spp.* – у 14 (60,0%) жінок, *Peptostreptococcus spp.* – у 3 (15,0%) жінок, *Peptococcus spp.* – у 2 (10,0%) жінок і *Bacteroides spp.* виділено лише в 1 (5,0%) жінки. Найвищий ступінь обсіменіння піхви був *Bifidobacterium spp.* і становив 10^6 – 10^7 КУО/мл, а *Peptostreptococcus spp.* і *Peptococcus spp.* – 10^3 – 10^4 КУО/мл. *Bacteroides spp.* виділяли у концентрації $<10^3$ КУО/мл.

У вагітних обох груп з ЗПМВ до лікування суттєвих

відмінностей щодо ОА в обсіменінні піхви не виявлено. Найчастіше серед ОА був представлений *Bifidobacterium spp.* – у 14 (56,0%) жінок, *Peptostreptococcus spp.* – у 4 (16,0%) жінок, *Peptococcus spp.* – у 3 (12,0%) жінок і *Bacteroides spp.* виділено лише у 2 (8,0%) жінок. Видовий склад та ступінь обсіменіння піхви ОА після лікування ВТП не змінився порівняно з ФВ (табл. 7).

Під час другого візиту у вагітних із ЗПМВ серед ОА найчастіше виділяли: *Peptostreptococcus spp.* – у 8 (32,0%) жінок, *Bifidobacterium spp.* та *Peptococcus spp.* – у 7 (28,0%) жінок кожний, *Mobiluncus spp.* – у 6 (24,0%) жінок, *Bacteroides spp.* – у 5 (20,0%) жінок і *Eubacterium spp.* – у 3 (12,0%) жінок, а *Veillonella spp.* і *Actinomycetes spp.* – у 2 (8,0%) жінок. Високий ступінь обсіменіння піхви був *Peptostreptococcus spp.*, *Peptococcus spp.* і *Bacteroides spp.* і становив 10^5 – 10^6 КУО/мл. Ступінь обсіменіння піхви *Bifidobacterium spp.* та *Eubacterium spp.* – 10^4 – 10^5 КУО/мл, а *Veillonella spp.*, *Actinomycetes spp.* і *Eubacterium spp.* – менше 10^3 КУО/мл.

ОА у вагітних, лікованих ЖКП, на 10-й день терапії частіше виявляли у формі асоціації з 2 мікроорганізмів – у 14 (56,0%) жінок, з 3 мікроорганізмів – у 8 (32,0%) жінок, з 4 мікроорганізмів – у 3 (12,0%) жінок. У вагітних з НЦП ОА близько 70% виявляли у монокультурі, а решту – в асоціації з 2 мікроорганізмів (табл. 8).

Отже, у всіх обстежених вагітних із ЗПМВ, лікованих ВТП, як і у вагітних з ФВ, у мікробіоценозі переважають ЛБ у формі асоціації видів і незначна кількість ФА і ОА у низьких концентраціях, що характерно для нормоценозу. Після 10 днів лікування рег вагініум ЖКП у вагітних із ЗПМВ ЛБ виділяли у формі монокультури й у низькій концентрації на тлі достовірного зростання концентрації асоціації видів ФА і ОА, що характерно для початкових проявів дисбіозу піхви.

ВИСНОВКИ

Отже, отримані результати засвідчили високу ефективність застосування вагінальних таблеток мікронізованого прогестерону при амбулаторному веденні вагітних із симптоматичної загрози пізнього мимовільного викидня. Використання вагінальних таблеток мікронізованого прогестерону (МП) при загрозі пізнього мимовільного викидня дозволяє отримати максимально швидкий терапевтичний ефект, не порушуючи нормоценозу піхви. Усі пацієнтки відзначали зручність використання та добру переносимість вагінальних таблеток МП на противагу використанню желатинових капсул МП. Наявність вагінальних таблеток МП у дозі 50, 100 і 200 мг та застосування сублінгвально у дозі 50 мг дозволяє максимально індивідуалізувати підхід до лікування вагітних із загрозою пізнього мимовільного викидня.

Клинико-микробиологические аспекты влагалищной среды у беременных с угрозой позднего выкидыша при лечении вагинальными формами гестагенов И.П. Полищук

Цель исследования: изучение эффективности лечения угрозы позднего самопроизвольного выкидыша (УПСВ) микронизированными формами прогестерона по 100 мг 3 раза в сутки в форме желатиновых капсул и вагинальных таблеток с лактозой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 70 беременных с нормоценозом влагалища (НЦВ) без экстрагенитальной патологии, которым не проводили системного или местного лечения антибактериальными препаратами в течение последних 4 нед. Из них 25 беременных с УПСВ, леченных желатиновыми капсулами микронизированного прогестерона (ЖКП) (1-я группа); 25 беременных с УПСВ, леченных вагинальными таблетками микронизированного прогестерона (ВТП) (2-я группа) и 20 здоровых женщин с физиологической беременностью – ФВ (контрольная группа). При распределении женщин на группы придер-

живались принципов рандомизации. Возраст обследованных женщин колебался от 19 до 32 лет, большинство беременных были в возрасте до 30 лет (89,02%).

Общеклиническое исследование проводили по стандартной схеме согласно Приказу МЗ Украины № 620.

Результаты. В ходе исследования нами были определены динамика данных кольпоцитологии и состояние микробиоценоза влагалища у беременных с УПСВ и начальным нормоценозом влагалища до и после проведенного лечения вагинальными формами гестагенов.

Заключение. Полученные результаты показали низкую эффективность желатиновых капсул микронизированного прогестерона при угрозе позднего самопроизвольного выкидыша, что при малом терапевтическом эффекте привело к развитию дисбиоза влагалища. В противоположность этому использование вагинальных таблеток микронизированного прогестерона – максимально быстрый терапевтический эффект без нарушения нормоценоза влагалища.

Ключевые слова: угроза позднего самопроизвольного выкидыша, вагинальные формы микронизированного прогестерона.

Clinical and microbiological aspects of vaginal microbiota at pregnant with threat of late miscarriages during treatment with vaginal gestagens forms
I.P. Polishchuk

The objective: was to examine the effectiveness of treatment of late miscarriage threat by micronized form of progesterone for 100 mg – 3 times a day in the form of gelatin pills and vaginal tablets with lactose.

Patients and methods. Under our supervision there were 70 pregnant women with normocenosis of vagina (NCV) without extragenital pathology, which were not performed systemic or local treatment with antibacterial drugs in the last 4 weeks. Among them 25 pregnant women with TLSM treated by gelatin tablets of micronized progesterone (GTP) (group 1); 25 pregnant women with TLSM, treated by vaginal micronized progesterone tablets (VPT) (2nd group) and 20 healthy women with physiological pregnancy – PV (control group).

The distribution of women in the group adhered to the principles of randomization. The age of examined women ranged from 19 to 32 years, most pregnant women were aged under 30 years (89,02%). General clinical examination was carried out according to the standard scheme according to the Order MH of Ukraine № 620.

Results. During the research we have determined the colpocytological dynamics and state of vaginal microbiota in pregnant women with threatened late miscarriage with initial vaginal normocenosis before and after treatment with vaginal forms of progesterone.

Conclusion. The received results showed low efficiency of micronized progesterone gelatin dragee at threat of the late miscarriage that at small therapeutic effect has led to the development of vaginal dysbiosis in all surveyed. In contrast, the use of micronized progesterone vaginal tablets – the maximally rapid therapeutic effect without disturbance of vaginal normocenosis.

Key words: the threat of a late miscarriage, vaginal micronized forms of progesterone.

Сведения об авторе

Полищук Иван Поликарпович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2. E-mail: polisana9@rambler.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Врачи обсудили пути снижения репродуктивных потерь на ранних и поздних сроках беременности // Медицинские аспекты здоровья женщины. – К.: Здоровье Украины XXI столетие, 2013. – № 6. – С.59-61
2. Подольський В.В. Невиношування вагітності. Роздуми про вирішення проблеми / В.В. Подольський, С.П. Писарева, І.І. Воробйова // Здоровье женщины. – 2009. – № 2. – С.97-102.
3. Руководство по медицинской микробиологии. Частная медицинская микробиология и этиологическая диагностика инфекций. Книга II / под ред. А.С. Лабинской, Н.Н. Костюковой, С.М. Ивановой. – М.: «БИНОМ», 2010. – 1152 с.
4. McLean N.W. Characterisation and selection of a Lactobacillus species to recolonise the vagina of women with recurrent bacterial vaginosis / McLean N.W., Rosenstein I.J. // J. Med. Microbiol. – 2000. – Vol. 49(6). – P. 543-552;
5. Predictive value for preterm birth of abnormal vaginal flora, bacterial vaginosis and aerobic vaginitis during the first trimester of pregnancy / G.G. Donders, K. Calsteren, G. Bellen, R. Reybrouck [& oth.] // BJOG: An International J. of Obst. & Gyn. – 2009. – № 116. – P. 1315–1324.
6. The Effect of Progesterone Suppositories on Threatened Abortion: A Randomized Clinical Trial / F.Yassae, R. Shekarriz, S. Afsari, M. Fallahian. // J. Reprod. Infertil. – 2014. – №15 (3). – P. 147-151.
7. Use of progestogens in pregnant and infertile patients / Ц.Тыла, З. Аєєнур, Е. Мєлахат, Д. Вєлєнт. // Archives of G and O. – 2012. – Vol. 286 – P. 495-503.

Статья поступила в редакцию 15.02.17