

Бактериальный вагиноз

Выполнила: студентка группы 1201 Исламова Дарья

Преподаватель: профессор кафедры акушерства и
гинекологии №1, д.м.н., Мозес Вадим Гельевич

Бактериальный вагиноз – это полимикробный клинический синдром, развивающийся вследствие замещения нормальной вагинальной микробиоты (протективных пероксидпродуцирующих лактобацилл) микроаэрофильными (*Gardnerella vaginalis*) и облигатно-анаэробными (*Bacteroides spp.*, *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Veillonella spp.*, *Megasphaera spp.*, *Leptotrichia spp.*, *Atopobium vaginae* и др.) микроорганизмами.

Бактериальный вагиноз (БВ) является наиболее распространенной вагинальной формой расстройств у женщин репродуктивного возраста. Проблема БВ в настоящий момент весьма актуальна, так как причины его окончательно не выяснены, методы лечения далеки от совершенства, а количество больных женщин неуклонно растет.

- Заболевание не представляет непосредственной опасности для жизни женщины, однако является фактором риска развития осложнений беременности: самопроизвольных абортов, внутриамниотической инфекции, преждевременного излития околоплодных вод, преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тела. У женщин с БВ могут развиваться эндометрит и сепсис после кесарева сечения. В настоящее время БВ рассматривается, как одна из причин развития инфекционных осложнений после гинекологических операций и абортов, воспалительных заболеваний органов малого таза, перитонита, абсцессов органов малого таза при введении внутриматочных контрацептивов. Длительное течение БВ является одним из факторов риска развития неоплазий шейки матки, а также повышенной восприимчивости к инфекциям, передаваемым половым путем, особенно к ВИЧ-инфекции и генитальному герпесу.

Нормальная микрофлора влагалища

- На фоне видовой разнообразия микроорганизмов ведущее место в вагинальном микроценозе в норме у здоровой женщины занимают лактобациллы – грамположительные бактерии, которые, колонизируя слизистую влагалища, участвуют в формировании экологического барьера и обеспечивают тем самым резистентность вагинального биотопа.
- Колонизационная резистентность - совокупность механизмов, обеспечивающих стабильность количественного и видового состава компонентов нормального микроценоза, предотвращающих заселение влагалища патогенными микроорганизмами или чрезмерное размножение условно-патогенных микроорганизмов, входящих в состав нормального микроценоза.

Характеристика нормобиоценоза и дисбиоза влагалища

Нормобиоценоз влагалища	Бактериальный вагиноз
Общее количество микроорганизмов 10^7 - 10^9 КОЕ/мл	БВ-ассоциированные облигатные анаэробы достигают 10^{10} - 10^{11} КОЕ/мл
Доминирование лактобактерий 95-98% (высокий процент H_2O_2 -продуцирующих)	Незначительное количество (до 10^4 КОЕ/мл) или полное отсутствие лактобактерий
Продукция антимикробных субстанций (H_2O_2 , лизоцим, лизин, молочная кислота)	Тканевая гипоксия
Способность лактобацилл к адгезии на эпителиальных клетках влагалища	Метаболиты группы нитрозаминов (кофакторы в развитии патологии шейки матки)
pH 3,8-4,5	pH >4,5
Формирование защитного механизма местного иммунитета	Угнетение иммунной защиты

- Чаще всего при БВ выявляются *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella species*, *Porphyromonas species*, *Bacteroides species*, *Peptostreptococcus species*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* и *Mobiluncus species*. Также встречаются виды *Fusobacterium* и *Atopobium vaginae*.
- Бактериальный вагиноз ассоциируется с большим количеством и высокой концентрацией ряда бактериальных групп. Однако только *Gardnerella vaginalis* явилась специфичным микроорганизмом для бактериального вагиноза.

Клиническая картина

Субъективные симптомы:

- гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, часто с неприятным «рыбным» запахом, усиливающиеся после незащищенного полового акта, проведения гигиенических процедур с использованием мыла, после менструации;
- дискомфорт в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- редко - зуд и/или жжение в области половых органов;
- редко - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).

Объективные симптомы:

- гомогенные беловато-серые вагинальные выделения густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища.
- У большинства больных симптомы воспалительной реакции со стороны половых органов отсутствуют.

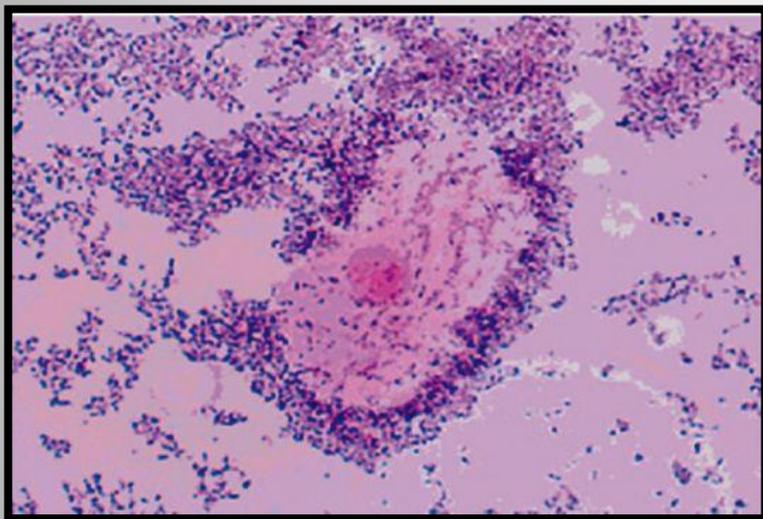


Критерии постановки диагноза бактериального вагиноза

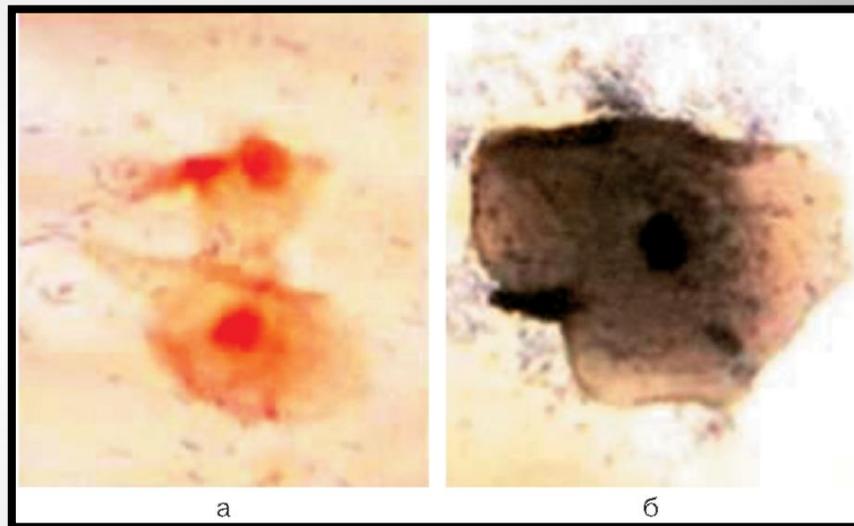
Диагноз устанавливается на основании наличия не менее чем 3-х из 4-х критериев (критерии Amsel):

- выделения из влагалища – густые, однородные, беловато-серые, с неприятным запахом;
- значение pH вагинального отделяемого $> 4,5$;
- положительный результат аминотеста (появление «рыбного» запаха при смешивании на предметном стекле вагинального отделяемого с 10% раствором КОН в равных пропорциях);
- обнаружение «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании вагинального отделяемого.

Микроскопия влагалищного отделяемого



«Ключевая клетка»



G. vaginalis: а - вариант нормы; б - «ключевая клетка» при БВ в фиксированном мазке (Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г., 2005)

Диагностика

- микроскопия вагинального мазка, окрашенного по Граму
- хроматографическое исследование микробных метаболитов в вагинальном содержимом
- выявление ферментов пролин-аминопептидазы, сиалидазы

Показания к проведению лечения

- установленный на основании клинико-лабораторных исследований диагноз бактериального вагиноза;
- микроскопически установленный выраженный вагинальный дисбиоз без клинических симптомов в следующих ситуациях:
 - перед введением внутриматочных средств;
 - перед оперативными вмешательствами на органах малого таза, в том числе медицинскими абортами;
 - беременным, имеющим в анамнезе преждевременные роды либо поздние выкидыши

Принципы лечения бактериального вагиноза

- элиминация условно-патогенных микроорганизмов и анаэробов, выявляемых при БВ в высокой концентрации
- восстановление микробиоценоза влагалища (пробиотики, иммунокоррекция, восстановление pH влагалища, исключение триггерных факторов развития БВ).

Рекомендации Центра профилактики и контроля заболеваний (CDC), Европейской ассоциации акушеров-гинекологов и ВОЗ

- метронидазол перорально по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней;
- клиндамициновый крем 2% 1 аппликатор (5 г) интравагинально на ночь в течение 7 дней;
- метронидазоловый гель 0,75% 1 аппликатор (5 г) интравагинально на ночь в течение 5 дней.

Альтернативные режимы:

- • клиндамицин перорально по 300 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней;
- • клиндамицин по 100 мг интравагинально на ночь в течение 3 дней;
- • тинидазол 2 г перорально 1 раз в день 3 дня или 1 г в день 5 дней.

Профилактика

Профилактика бактериального вагиноза заключается в предотвращении воздействия триггерных факторов, в числе которых:

- длительная нерациональная терапия антибиотиками, цитостатиками, кортикостероидами, противовирусными, противогрибковыми препаратами;
- лучевая терапия;
- частые и чрезмерные влагалищные души, спринцевания;
- анатомические деформации после разрывов в родах, хирургических вмешательств и/или лучевой терапии;
- инородные тела во влагалище, матке (влагалищные тампоны или диафрагмы, пессарии, внутриматочные спирали);
- спермициды (ноноксинол, Патентекс овал);
- курение и т.д.



Спасибо за внимание!