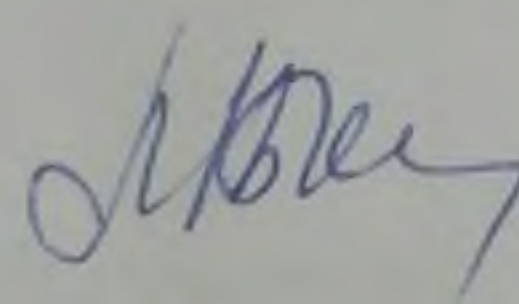


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

Бактериальный вагиноз

Выполнила:

клинический ординатор

Судраб К.В.

Красноярск, 2018

Рецензия

В реферате на тему: «Бактериальный вагиноз» полно раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности.

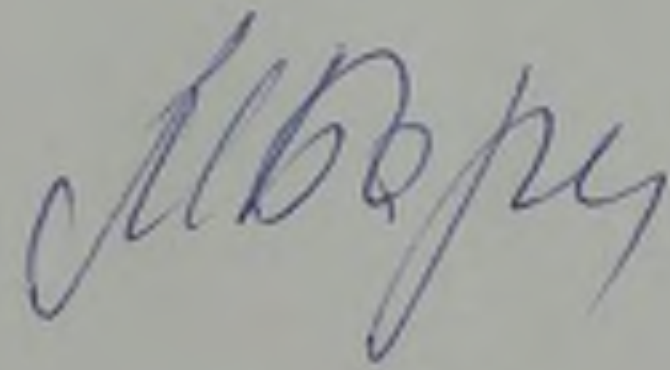
Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала.

Точно используется терминология. Показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации.

Продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов,

сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков.

Продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач. Продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы.



Содержание

- I.** Определение
- II.** Этиология и эпидемиология
- III.** Факторы риска развития бактериального вагиноза
- IV.** Классификация
- V.** Клиническая картина
- VI.** Диагностика
 - 1. Микроскопическое исследование
 - 2. Культуральное исследование.
 - 3. Молекулярно-биологические методы исследования
- VII.** Дифференциальная диагностика
- VIII.** Лечение
- IX.** Список используемой литературы

I. Определение

Бактериальный вагиноз – это инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, связанный с дисбиозом вагинального биотопа, который характеризуется количественным снижением или полным исчезновением лактобацилл, особенно перекись-продуцирующих, и значительным увеличением облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов.

II. Этиология и эпидемиология

Бактериальный вагиноз является полимикробным заболеванием, при котором происходит замещение нормальной вагинальной микрофлоры (протективных лактобацилл) облигатными и факультативными анаэробными микроорганизмами: *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* spp., *Veillonella* spp., *Megasphaera* spp., *Leptotrichia* spp., *Atopobium vaginae* и др.

По данным мировой статистики, бактериальный вагиноз занимает одно из первых мест среди заболеваний влагалища.

Частота его распространения в популяции колеблется от 12% до 80% и зависит от контингента обследованных женщин.

БВ выявляется при патологических вагинальных выделениях – у 87% женщин, частота выявления заболевания у беременных достигает 37%.

БВ выявляют преимущественно у женщин репродуктивного возраста.

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 считается причиной развития инфекционных осложнений после гинекологических операций и абортов, воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), перитонита, абсцессов органов малого таза при введении внутриматочных контрацептивов. Также с БВ ассоциируют развитие ВЗОМТ после инвазивных манипуляций.

Длительное течение БВ является одним из факторов риска развития неоплазий шейки матки, а также восприимчивости к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), особенно к ВИЧ-инфекции и генитальному герпесу.

III. Факторы риска развития бактериального вагиноза

К эндогенным факторам риска развития БВ относят гормональные изменения (возрастные – в пубертатном периоде и менопаузе; при патологии беременности; в послеродовом и послеабортном периодах), гипотрофию и атрофию слизистой оболочки влагалища, нарушения рецепторной функции вагинального эпителия, антагонизм между вагинальными микроорганизмами, снижение концентрации перекиси водорода в вагинальной среде за счёт уменьшения концентрации лактобацилл и др.

К экзогенным факторам риска развития БВ относят инфицирование возбудителями ИППП и генитальными микоплазмами, лекарственную терапию (антибактериальными, цитостатическими, глюкокортикостероидными, противовирусными, антимикотическими препаратами), лучевую терапию; наличие кист и полипов стенок влагалища, гименальной области; присутствие инородных тел во влагалище и матке; пороки развития или деформации после родов и хирургических вмешательств; нарушение гигиены половых органов; частое применение спринцеваний и вагинальных душей; использование спермицидов. БВ не относится к инфекциям, передаваемым половым путем, однако заболевание выявляют преимущественно у женщин, ведущих половую жизнь с частой сменой половых партнёров.

IV. Классификация Отсутствует.

V. Клиническая картина

Субъективные симптомы:

- гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, часто с неприятным «рыбным» запахом, усиливающиеся после незащищенного полового акта, после 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;

Объективные симптомы:

- гомогенные беловато-серые вагинальные выделения густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища;
- отсутствие, как правило, воспалительных симптомов со стороны вульвы и влагалища.
- редко - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия)

VI. Диагностика

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

- выделения из влагалища – густые, гомогенные, 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.

Лабораторные исследования:

1. Микроскопическое исследование вагинального отделяемого является наиболее информативным, достоверным и доступным методом диагностики бактериального вагиноза.

Для диагностики БВ необходимо отмечать наличие/отсутствие следующих признаков:

- уменьшение количества или исчезновение лактобацилл – грамположительных палочек различной длины и толщины;
- увеличение количества смешанной микробной (не лактобациллярной) микрофлоры;
- наличие «ключевых» клеток - поверхностных клеток вагинального эпителия с адгезированными на них бактериями, за счет чего эпителиальная клетка имеет «зернистый» вид. Края «ключевых» клеток выглядят нечеткими или «пунктирными» вследствие адгезии мелких грамотрицательных или грамвариабельных палочек и кокков, в том числе *G. vaginalis*, *Mobiluncus* и других бактерий. Часто их невозможно различить между собой;
- отсутствие местной лейкоцитарной реакции (у большинства пациенток).

Для оценки результатов исследования препаратов, полученных из отделяемого влагалища и окрашенных по Граму, R. Nugent предложил стандартную десятибалльную систему, которая основана на определении трех бактериальных морфотипов:

- 1) крупные грамположительные бактерии (лактобациллы),
- 2) небольшие грамотрицательные или грамвариабельные бактерии (*G. vaginalis* и анаэробные бактерии),
- 3) изогнутые грамотрицательные или грамвариабельные бактерии (например, *Mobiluncus*).

Эта система позволяет определить изменения бактериальных морфотипов, проявляющихся в исчезновении нормальных лактобацилл и доминировании *G. vaginalis* и анаэробов, а также *Mobiluncus*. Состояние первого морфотипа оценивается в интервале от 0 до 4 баллов, второго – от 0 до 4, третьего – от 0 до 2. Далее баллы суммируются. Если количество баллов в сумме по всем трем морфотипам варьирует в пределах 7-10, по результату микроскопического исследования можно диагностировать наличие БВ.

2. Культуральное исследование. Рутинное культуральное исследование для верификации диагноза БВ не используется, однако, может применяться при наличии показаний для определения видового и количественного состава микрофлоры влагалища, при изменениях вагинального микробиоценоза, характерного для БВ:

- выделение и идентификация *G. vaginalis*;
- выделение и идентификация других факультативных и/или облигатных анаэробов;
- выделение и идентификация лактобацилл (при БВ отсутствие роста лактобацилл или резкое снижение их количества (<10⁴ КОЕ/мл))
- выделение и идентификация *M. hominis* и *Ureaplasma* spp.

3. Молекулярно-биологические методы исследования, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК микроорганизмов, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Используются для выявления лактобацилл, *A. vaginae*, *G. vaginalis*, *M. hominis* и *Ureaplasma* spp., других, в том числе трудно культивируемых бактерий.

В случае частого рецидивирования бактериального вагиноза необходима консультация гинеколога-эндокринолога, эндокринолога, гастроэнтеролога с целью исключения сопутствующих заболеваний (состояний), которые могут способствовать нарушению нормальной влагалищной микрофлоры.

VII. Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику бактериального вагиноза следует проводить с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*) и условно-патогенными микроорганизмами (дрожжеподобными грибами рода *Candida*, генитальными микоплазмами, факультативно-анаэробными и аэробными микроорганизмами).

VIII. Лечение

Цели лечения:

- клиническое выздоровление;

- нормализация лабораторных показателей;
- предотвращение развития осложнений, связанных с беременностью, послеродовым периодом, послеоперационном периодом и выполнением инвазивных гинекологических процедур.

Общие замечания по терапии:

Первым этапом в лечении БВ должна являться элиминация повышенного количества анаэробных микроорганизмов, что достигается с помощью применения этиотропных препаратов группы 5-нитроимидазола или клиндамицина. Клиндамицин и метронидазол имеют сопоставимую эффективность в терапии БВ, однако при применении клиндамицина побочные эффекты развиваются реже.

Во избежание развития тяжелых побочных реакций (дисульфирамоподобная реакция) пациентов следует предупреждать о необходимости избегать приема алкоголя и содержащих его продуктов как в ходе терапии метронидазолом, так и в течение 24 часов после его окончания.

При непереносимости перорального метронидазола его интравагинальное назначение также противопоказано. Клиндамицин крем изготовлен на масляной основе и может повредить структуру латексных презервативов и диафрагм.

Учитывая, что *A.vaginae*, часто выявляемый при длительном, рецидивирующем течении БВ, в большей степени чувствителен к клиндамицину, при таких формах БВ предпочтение нужно отдавать местной терапии клиндамицином.

При наличии у половых партнеров клинических признаков баланопостита, уретрита и других заболеваний урогенитальной системы целесообразно проведение их обследования и при необходимости – лечения.

Рекомендованные схемы лечения

клиндамицин, крем 2% 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 7 дней или метронидазол, гель 0,75% 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 5 дней или метронидазол, таблетки 500 мг 2 раза в сутки перорально в течение 7 дней или – тинидазол, таблетки 2,0 г 1 раз в сутки перорально в течение 3 дней.

Альтернативные схемы лечения

клиндамицин, овули 100 мг интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 3 дней или клиндамицин, капсулы 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней или – метронидазол, таблетки 2,0 г перорально однократно или – тинидазол, таблетки 1,0 г 1 раз в сутки перорально в течение 5 дней.

Лечение беременных

метронидазол, таблетки 500 мг 2 раза в сутки перорально в течение 7 дней, назначается со второго триместра беременности или метронидазол, таблетки 250 мг 3 раза в сутки перорально в течение 7 дней, назначается со второго триместра беременности или клиндамицин, капсулы 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней .

Лечение детей

метронидазол, таблетки 10 мг на кг массы тела 3 раза в сутки перорально в течение 5 дней.

Показания к госпитализации Отсутствуют.

Требования к результатам лечения – клиническое выздоровление; – нормализация лабораторных показателей. Установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения.

IX. Список используемой литературы

1. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. – 3-е изд., испр. и доп. / Г.М. Савельева, В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. – 880 с.
2. Ведение больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями: Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – М.: Деловой экспресс, 2012. – 112 с.
3. Гинекология. Национальное руководство/ В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б. Манухин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1072 с.
4. Гомберг М.А., Бактериальный вагиноз и новые инфекции, с ним ассоциированные // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2010. – № 2. – С. 28–31.
5. Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин// Клинические рекомендации под ред. В.Н.Прилепской и соавт. – Москва, 2013. – 50стр.
6. Ефимов Б.А., Тютюнник В.Л., Бактериальный вагиноз: современный взгляд на проблему // РМЖ. – 2008. – Т. 16, № 1. – С. 18–22.
7. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. д-ра мед. наук. – СПб., 1995. – 44 с