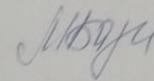


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И.

РЕФЕРАТ

Бактериальный вагиноз

Выполнила:

клинический ординатор

Зубцова Ю.О.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»

клинического ординатора Зубцовой Ю.О. на тему: «Бактериальный вагиноз» от 2018 года

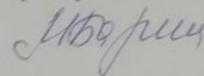
В реферате Зубцовой Ю.О. раскрыты все актуальные аспекты, касающиеся данной проблемы. Автором было проанализировано большое число факторов риска, классификация, этиология данной проблемы. Рассмотрена клиническая картина, приведены основные методы диагностики. Большое внимание уделено методам лечения данной проблемы.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью. Реферат написан хорошим научным языком, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Текст логичен, последователен. Содержание работы соответствует заявленной теме. Замечаний к оформлению нет.

Учитывая достоинства и недостатки, реферат Зубцовой Ю.О. на тему «Бактериальный вагиноз» заслуживает оценки «отлично».

Проверила: Базина М.И.



Содержание

- I.** Введение
- 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. Введение

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