

ЗБІРНИК
наукових праць

*Асоціації
акушерів-гінекологів
України*

Київ
“Інтермед”
2005

2. *Бирюковський А.Ю., Кондрашина Э.А.* Дисбактериоз и дисбиоз кишечника. — СПб: Питер, 2002. — 224 с.
3. *Шехтман М.М.* Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. — М: "Триада", 1999. — 816 с.
4. *Ветров В.В.* Синдром эндогенной интоксикации в акушерско-гинекологической практике // Эфферентная терапия. — 2001. — Т. 7, № 1. — С. 4—9.
5. *Златкина А.Р.* Современный подход к коррекции дисбиоза кишечника // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 1999. — Т. 9, № 3. — С. 64—67.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКУ У ПАЦІЄНТОК З НЕУСКЛАДНЕНОЮ ВАГІТНІСТЮ ПРОТЯГОМ УСЬОГО ПЕРІОДУ ГЕСТАЦІЇ

Навловська О.М., Навловська К.М.

м. Одеса

За даними клінічних досліджень, бактеріальна флора кишечника є своєрідним трофостатом, яка забезпечує синтез необхідних для функціонування макроорганізму певних сполук, виведення зайвих компонентів живлення та естро- й ендогенних токсинів [1, 2].

Відомо, що під час вагітності плацентарні гормони сприяють порушенню функціонування кишечника, насамперед зниженню його евакуаторної здатності. Крім того, стиснення кишечника збільшеною маткою, часткове порушення кровообігу та венозний застій у судинах малого тазу також сприяють розвитку дисбіозу [3, 4]. Згідно з сучасними дослідженнями, дисбіотичні порушення в кишечнику каталізують каскад послідовних метаболічних реакцій, які призводять до формування ендотоксинемії [5, 6].

Слід зазначити, що досліджень, присвячених вивченню особливостей мікробіоценозу кишечника у вагітних надто мало. Також відсутня комплексна оцінка мікробіоценозу кишечника у пацієнток з неускладненою вагітністю під час всього періоду гестації.

Мета дослідження — визначити особливості мікробіоценозу кишечника у пацієнток з неускладненою вагітністю під час всього періоду гестації.

Матеріали та методи дослідження.

Було обстежено 30 пацієнток з неускладненою вагітністю. Мікробіоценоз кишечника вивчали шляхом визначення популяційного рівня основних представників індигенної мікрофлори, а також умовно-патогенних бактерій різних таксономічних груп. Бактеріологічні дослідження фекалій проводили за методикою Знаменського В.А., Дегтяр М.В. тричі — у I, II, III триместрах [7]. Зразки для дослідження поміщали в стерильний скляний посуд і не пізніше як за 2 години доставляли в лабораторію. Інтервал між часом, коли брали пробу і початком посіву не перевищував 3—4 години.

Для оцінки виразності дисбіозу кишечника застосовували класифікацію І.Б. Кулаєвої, К.С. Ладодо [8].

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз результатів бактеріологічного дослідження показав, що у пацієнток з неускладненою вагітністю в I триместрі в кишечнику

здебільш домінувала анаеробна мікрофлора і виявлялися нормальні еубіотичні співвідношення. Так, рівень індигенної мікрофлори був високим — вміст бифідобактерій складав $(56,77 \pm 8,60) \cdot 10^8$, лактобактерій — $(20,17 \pm 5,85) \cdot 10^8$, повноцінних кишкових паличок — $(69,10 \pm 8,13) \cdot 10^8$, фекальних стрептококів — $(0,67 \pm 0,08) \cdot 10^8$. Показники вмісту епідермальних стафілококів дорівнювали $(0,30 \pm 0,07) \cdot 10^4$, протеїв — $(0,97 \pm 0,32) \cdot 10^2$, клесієл — $(0,30 \pm 0,07) \cdot 10^2$, грибів роду кандиди — $(0,04 \pm 0,01) \cdot 10^3$. Порушення мікробіоценозу кишечника I ступеня було діагностовано у 3 (10%) вагітних, II ступеня — у 1 (3,3%).

У II триместрі дисбіоз кишечника I ступеня було виявлено вже у 5 (16,7%) вагітних, II ступеня — у 2 (6,7%). В цілому, у випорожненнях відзначалося статистично достовірне зниження рівня бифідобактерій проти такого у I триместрі — з $(56,77 \pm 8,60) \cdot 10^8$ до $(28,84 \pm 7,32) \cdot 10^8$. Крім того, у 2 (6,7%) вагітних висівалися кишкові палички зі слабовиразними ферментативними властивостями, але гемолізуючі штами не визначалися. Показники вмісту у випорожненнях решти досліджуваних таксономічних груп мікробів при збільшенні терміну гестації залишалися без змін. Так, вміст лактобактерій був у межах $(19,84 \pm 5,88) \cdot 10^8$, повноцінних кишкових паличок — $(62,50 \pm 8,54) \cdot 10^8$, фекальних стрептококів — $(0,61 \pm 0,08) \cdot 10^8$, епідермальних стафілококів — $(0,31 \pm 0,06) \cdot 10^4$, протеїв — $(1,06 \pm 0,32) \cdot 10^2$, клесієл — $(0,38 \pm 0,08) \cdot 10^2$, грибів роду кандиди — $(0,14 \pm 0,06) \cdot 10^3$.

Перед пологами ознаки дисбіозу кишечника I ступеня спостерігалися вже у 7 (23,3%) вагітних, а II ступеня — у 3 (10%). Таким чином, до II триместру гестації частота випадків діагностованого дисбіозу кишечника I—II ступенів виразності зросла в 1,8 раза, до III триместру — в 2,5 раза проти таких даних на початку вагітності. Варто наголосити, що у пацієнток з неускладненою вагітністю протягом усього періоду гестації не виявлявся дисбіоз кишечника III—IV ступенів виразності, й приблизно в 2,6 раза частіше мали місце порушення мікробіоценозу I ступеня виразності, ніж II ступеня.

Слід зазначити, що перед пологами у випорожненнях відзначалося істотне зниження вмісту бифідобактерій до $(9,94 \pm 2,21) \cdot 10^8$, лактобактерій — до $(6,34 \pm 0,83) \cdot 10^8$, повноцінних кишкових паличок — до $(31,60 \pm 7,69) \cdot 10^8$. У 3 (10%) вагітних висівалися кишкові палички зі слабовиразними ферментативними властивостями, але гемолізуючі штами не визначалися. Також спостерігався статистично достовірний ріст епідермальних стафілококів — з $(0,30 \pm 0,07) \cdot 10^4$ у I триместрі до $(1,22 \pm 0,31) \cdot 10^4$ — перед пологами і грибів роду кандиди — з $(0,04 \pm 0,01) \cdot 10^3$ на початку вагітності до $(0,52 \pm 0,20) \cdot 10^3$ — перед пологами. Показники вмісту таких мікробів, як фекальні стрептококи, протеї, клесієли, протягом усього періоду гестації у пацієнток з неускладненою вагітністю значно не змінювалися.

Треба також відзначити поступове погіршення рухово-евакуаторної функції кишечника у пацієнток з неускладненою вагітністю зі збільшенням терміну гестації. Так, на початку вагітності на дискомфорт у животі, відчуття неповного спорожнення кишечника, наявність закрепів скаржилися 3 (10%) пацієнтки, в II триместрі у 5 (16,7%) жінок виникли перелічені вище скарги, а перед пологами — вже у 8 (26,7%), тобто в 2,7 раза частіше, ніж у I триместрі.

Висновки.

1. У більшості пацієнток з неускладненою вагітністю в I триместрі в кишечнику виявляються нормальні еубіотичні співвідношення. Але зі збільшенням терміну гестації спостерігається поступове погіршення рухово-евакуаторної функції кишечника та порушення мікробіоценозу.

2. Перед пологами у пацієнок з неускладненою вагітністю в випорожненні спостерігається пригнічення "корисного" мікробного компонента, насамперед біфідобактерій, повноцінних кишкових паличок, а також збільшується кількість умовно-патогенних штамів бактерій — епідермальних стафілококів, грибів роду кандиди, що потребує проведення своєчасної корегуючої терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Барановский А.Ю., Кондрашина Э.А. Дисбактериоз и дисбиоз кишечника. — СПб: Питер, 2002. — 224 с.
2. Шендеров Б.А. Нормальная микрофлора и ее роль в поддержании здоровья человека // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 1998. — Т. 8, № 1. — С.61—65.
3. Запорожан В.М. Акушерство. Книга 1. — К.: Здоров'я, 2000. — С.105—111.
4. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. — М.: "Трида", 1999. — С.334—340.
5. Ветров В.В. Синдром эндогенной интоксикации в акушерско-гинекологической практике // Эфферентная терапия. — 2001. — Т. 7, № 1. — С.4—9.
6. Венцківський Б.М., Запорожан В.М., Сенчук А.Я. Гестози вагітних: Навч. посібник. — К.: Аконіт, 2002. — С.50—52.
7. Знаменский В.А., Дестер Н.В. Микробиологическая диагностика кишечного и кожного дисбактериозов: Учебное пособие. — М.: ЦОЛИУВ, 1989. — 28 с.
8. Златкина А.Р. Современный подход к коррекции дисбиоза кишечника // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 1999. — Т. 9, № 3. — С.64—67.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У НЕПОВНОЛІТНІХ ІЗ УРАХУВАННЯМ ЗМІН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ І ХАРАКТЕРУ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ

Парацук Ю.С., Тучкіна І.О.

м. Харків

Вагітність та пологи у неповнолітніх жінок займають сьогодні важливе місце серед проблем сучасної науки та практичної медицини [1, 2, 3, 4].

Частота вагітності у дівчат-підлітків примусила фахівців ввести новий термін "дитяче акушерство", тому що питома вага підлітків, що мають вагітність за останні 8—10 років значно підвищилася. Крім того, змінилось співвідношення кількості пологів та абортів у юних. Так, у Харківському регіоні протягом 3—4 останніх років знизилась кількість абортів (у 2001 р. — 790, у 2004 р. — 604) та підвищилась кількість пологів у неповнолітніх (у 2001 р. — 638, у 2004 р. — 901). Вагітність та пологи у юних за різними даними часто супроводжуються патологічним перебігом [1, 2, 4]. Слід також враховувати психоемоційний стан юних вагітних, який формується у про-

цесі пубертатного періоду і є дуже вразливим у дівчинки-підлітка при адаптації центральної нервової системи юної матері до вагітності.

Таким чином, вивчення особливостей перебігу вагітності у юних жінок для розробки адекватних заходів щодо збереження їх репродуктивного потенціалу є досить актуальним.

Мета дослідження. Вивчення психоемоційного стану та змін у фетоплацентарному комплексі юних вагітних при наявності ускладненого перебігу періоду гестації.

Обсяг та методи дослідження. Під спостереженням знаходились 287 юних вагітних 14—18 років.

Обстеження складало оцінку акушерського та гінекологічного статусу, результатів лабораторних показників, поглиблене вивчення анамнезу з урахуванням перебігу вагітності у матері пацієнок, гінекологічний та акушерський анамнез, термін статевого дебюту, соціальний фон, на якому виникла і перебігала вагітність, враховувались ставлення до шлюбу, до майбутньої дитини, відомості про планування даної вагітності, контрацепції. Аналізувався стан їх соматичного здоров'я. Проводилось ультразвукове дослідження (УЗД) плода та оцінка фетоплацентарного комплексу на апараті "Sonolier SL-450 Siemens". Проводилась ультразвукова доплерографія. Вивчався біофізичний профіль плода. Для оцінки психоемоційного стану використовувалась методика анкетування та поглиблене опитування. Отримані дані порівнювали із результатами досліджень здорових вагітних репродуктивного віку (52 жінки) і вагітних підлітків із фізіологічним перебігом вагітності (30).

Результати та їх обговорення. Комплексне дослідження встановило, що із 287 обстежених у 82,2% виявлена екстрагенітальна патологія. Найчастіше відмічалась серцево-судинна патологія, захворювання сечовидільної, нервової та ендокринної систем. У 77% юних жінок виявлена анемія (найчастіше I та II ступеня тяжкості), причому у 60% з них — у поєднанні із захворюваннями серцево-судинної, сечовидільної систем та іншими соматичними патологічними станами. У 38% пацієнок мали місце 2 та більше екстрагенітальних захворювань.

Ускладнення вагітності встановлені у 88% випадків. Найчастіше це була загроза переривання вагітності, гестози, хронічна гіпоксія плода, фетоплацентарна недостатність та материнсько-плодова інфекція. При цьому кількість ранніх гестозів достовірно переважає цей показник у контролі (20% проти 6%).

Пологи у юних також перебігали із ускладненнями — від 78 до 90%. — залежно від характеру екстрагенітальної патології. Найтяжчі ускладнення встановлені при наявності хронічної патології сечовидільної, серцево-судинної, нервової систем (стан після закритої черепно-мозкової травми). Найчастіше мали місце акушерський травматизм, ускладнення, що пов'язані із вузьким тазом, несвочасне відходження навколплідних вод, слабкість пологової діяльності, кровотечі у пологах та у ранньому післяпологовому періоді.

УЗД та кардіотокографія встановили зміни біофізичного профілю плода. Виявлені показники фетометрії плодів у вагітних показали коливання основних розмірів в залежності від строку вагітності, а також від ступеня тяжкості анемії і ускладнень вагітності на фоні соматичних захворювань. Аналіз результатів плацентометрії у 46% виявив її потовщення. У 68% вагітних, починаючи з 32 тижнів, встановлені ознаки передчасного старіння плаценти. Загальна тривалість дихальних рухів плодів в про-