# Аналіз і узагальнення отриманих результатів

Згідно літературних даних проблема інфекційних захворювань жіночих статевих органів, НВ та ІПіН і сьогодні залишається однією з найбільш важливих у сучасному акушерстві та виходить на одне з перших місць [2, 3, 6, 9, 20, 68, 74, 114, 138, 149, 168, 194, 195, 229]. За останні роки спостерігається різке зростання захворюваності жінок різними інфекційними процесами геніталій та ІПіН, а частота НВ залишається на високому рівні і не має тенденції до зниження, незважаючи на значні досягнення в фармакології та ендокринології [2, 3, 4, 5, 9, 36, 38, 46, 69, 74, 114, 138, 149, 195, 229].

Серед всіх інфекційних захворювань жіночої статевої сфери найчастіше зустрічається БВ. За даними різних авторів, на його долю припадає від 10 до 60% всіх вульвовагінальних інфекцій нижнього відділу жіночих статевих органів. Частота виявлення БВ в акушерських клініках складає 23-26%, а в клініках планування сім’ї – 23-29% [2, 3, 6, 9, 10, 43, 58, 59, 74, 95, 99, 132, 134, 144, 185, 199, 215].

Чисельні дослідження останніх років не дають однозначної відповіді про взаємозв’язок БВ і НВ та ІПіН. Недостатньо розроблена проблема ефективного лікування БВ у вагітних та профілактика НВ, передчасного розриву навколоплідних оболонок та ІПіН [2, 3, 6, 9, 10, 58, 59, 74, 137, 138, 149, 158].

Метою нашого дослідження було поліпшити перебіг вагітності у жінок з БВ шляхом вивчення взаємозв’язку між БВ і НВ та ІПіН, а також розробити ефективні методи профілактики цих ускладнень та скринінгової діагностики БВ у вагітних.

Для досягнення мети нами вирішувалися такі завдання: вивчити взаємозв’язок між БВ і НВ; вплив БВ на ІПіН; стан мікробіоценозу піхви у вагітних з БВ і нормоценозом піхви; визначити клініко-лабораторні особливості НВ та ІПіН у жінок з БВ; розробити скринінгові методи діагностики БВ у вагітних, оцінити їх ефективність та впровадити у практичну діяльність родопомічних закладів; розробити ефективні методи лікування БВ у вагітних, оцінити їх ефективність та впровадити у практичну діяльність родопомічних закладів; розробити ефективні методи профілактики НВ та ІПіН у вагітних з БВ, оцінити їх ефективність та впровадити їх у практичну діяльність родопомічних закладів.

Згідно з метою та завданнями наукової роботи, дослідження були проведені в декілька етапів. На першому етапі проведена клініко-лабораторна оцінка перебігу вагітності, пологів, післяпологового періодів у 186 вагітних з БВ (1 група) і у 60 вагітних з нормоценозом піхви (2 група). У всіх жінок 1 та 2 груп визначали наявність чи відсутність КК у вагінальних мазках, проводили АТ, визначали рН піхвового вмісту, проводили мікробіологічне дослідження піхвового вмісту з метою визначення компонентів мікробіоценозу.

Аналогічні показники були вивчені у 126 вагітних з НВ і БВ (3 група) і у 100 вагітних з НВ і нормоценозом піхви (4 група).

У 65 вагітних з БВ (5 група) оцінена ефективність лікування БВ препаратами орнідазол (“Тиберал”) і “Хілак форте-краплі”, а також у 46 вагітних з БВ (6 група) оцінена ефективність лікування БВ препаратом “Хілак форте-краплі” і індигенними ЛБ.

У 43 вагітних з БВ (7 група) оцінена ефективність профілактики НВ та ІПіН.

Більшість вагітних у групах спостереження були у віці до 30 років.

Всі обстежені жінки 2 і 4 груп мали нормоценоз піхви, а жінки 3, 5, 6, 7 і 8 груп хворіли БВ.

У обстежених жінок 1 групи достовірно (р<0,05) частіше в анамнезі зустрічалося НВ. Так ПП у 1 групі мали місце у 36 (19,35%) жінок, проти 3 (5,00%) жінок у 2 групі, а МВ у 1 групі були у 45 (24,19%) жінок, проти 5 (8,83%) жінок у 2 групі. У 1 групі мали місце неодноразові ПП та МВ, чого не відмічено у 2 групі. Одноразові МВ частіше відмічено у 1 групі у 23 (12,37%) жінок, проти 5 (8,33%) жінок у 2 групі, а одноразові ПП частіше зустрічалися також у 1 групі у 18 (9,68%) жінок, проти 3 (5,00%) жінок у 2 групі (р<0,05).

У 1 та 3 групах достовірно (р<0,05) частіше в анамнезі зустрічалися запальні захворювання жіночих статевих органів. Із запальних захворювань жіночих статевих органів у анамнезі найчастіше відмічався кольпіт.

Серед ускладнень вагітності у жінок з БВ достовірно (р<0,05) частіше зустрічалися загроза переривання вагітності, багатоводдя, пієлонефрит вагітних, гіпоксія плода та хронічна плацентарна недостатність.

Без ускладнень перебігала вагітність тільки у 10 (5,38%) жінок 1 групи, проти 18 (30,00%) жінок 2 групи (р<0,05).

Достовірної (р>0,05) різниці у частоті таких ускладнень вагітності як ранній гестоз, прееклампсія, маловоддя, анемія, передлежання та передчасне відшарування нормально розташованої плаценти у вагітних з БВ і нормоценозом піхви не виявлено.

У жінок з БВ достовірно (р<0,05) частіше зустрічалися такі ускладнення пологів як передчасний розрив навколоплідних оболонок, розриви м’яких тканин пологових шляхів та дефект плацентарної тканини, ніж у жінок з нормоценозом піхви.

Серед оперативних втручань у жінок з БВ достовірно (р<0,05) частіше проводилося розсічення промежини та ручна ревізія стінок порожнини матки, ніж у жінок з нормоценозом піхви. Велика кількість розсічень промежини пов’язана з більшою частотою ПП, де розсічення промежини є елементом тактики ведення ПП. Під час пологів частіше проводилася ревізія стінок порожнини матки, яка пов’язана із збільшенням такого ускладнення пологів як дефект плацентарної тканини. Велика сукупна частота вищевказаних оперативних втручань у жінок з БВ чинить небезпеку післяпологових гнійно-запальних захворювань, що пов’язано з високим ступенем колонізації піхви БВ-асоційованими мікроорганізмами.

У жінок з БВ, які складають 1 та 3 групи, у випадку відсутності оперативних втручань під час пологів загальна крововтрата була достовірно (р<0,05) меншою, ніж у жінок з 2 і 4 груп, що можливо пов’язано з продукцією БВ-асоційованими мікроорганізмами простагландинів та гепаринази, котрі забезпечують “міотампонаду” і “тромботампонаду”.

У 3 групі серед недоношених дітей достовірно (р<0,05) більше народилося дітей з масою 1000-1500 - (34,21%) дітей, ніж у 4 групі – 11 (18,33%) дітей. Проте у 4 групі переважали діти з масою тіла 2001-2500 - (51,67%) дитина, проти 18 (23,63%) дітей у 3 групі (р<0,05).

Частота асфіксії новонароджених достовірно (р<0,001) більша у жінок з НВ. У жінок з БВ оцінка за шкалою Апгар навіть при відсутності асфіксії нижча, ніж у групі жінок з нормоценозом піхви (р<0,05).

Багаточисельні ускладнення вагітності та пологів негативно вплинули на клінічний перебіг пуерперального періоду. У обстежених жінок з БВ частіше післяпологовий період перебігав з ускладненнями, ніж у жінок з нормоценозом піхви (р<0,001). У жінок з БВ достовірно (р<0,05) частіше зустрічалися такі ускладнення післяпологового періоду: субфебрілітет – у 30 (39,48%) жінок, післяпологовий ендометрит – у 4 (5,26%) жінок, розходження швів на промежині – у 4 (5,26%) жінок, ранова інфекція також у 4 (5,26%) жінок. Основна маса жінок у групах з БВ пізніше були виписані додому із стаціонару, ніж жінки з нормоценозом піхви (р<0,001). Більшу кількість ліжко-днів у групах жінок з БВ можливо пояснити значною кількістю ускладнень під час пологів, проведенням оперативних втручань та ускладненим перебігом післяпологового періоду.

Аналіз перебігу пологів, післяпологового періоду та стану плода у жінок з БВ та нормоценозом піхви дозволяє зробити висновок, що БВ призводить до збільшення частоти ускладнень під час вагітності, пологів, у післяпологовому періоді та погіршення стану плода, а це в свою чергу потребує проведення етіологічно і патогенетично обгрунтованих діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів.

У всіх 186 вагітних 1 групи виявлено КК. АТ був позитивний у 161 (86,55%) обстежених жінок 1 групи, а рН піхвового вмісту в середньому становив 5,93±0,22 і найчастіше знаходився у межах 5,6-6,0 у 168 (90,32%) жінок. При огляді в дзеркалах у всіх 186 жінок 1 групи була відсутня гіперемія слизової оболонки стінок піхви. У жінок 1 групи переважали рясні – у 149 (80,11%) жінок, рідкі - у 145 (77,96%) жінок, молочного або сіруватого кольору – у 175 (94,08%) жінок, рівномірно розподілені по стінках піхви – у 170 (91,40%) жінок піхвові виділення. Кольпоскопічна картина у всіх 186 жінок 1 групи характеризувалася наявністю гіпо- або дистрофічних змін. Найчастішими скаргами у обстежених жінок 1 групи були: скарги на тривалі і значні піхвові виділення у 171 (91,94%) жінок і на неприємний запах піхвових виділень у 167 (89,78%) жінок. У результаті мікробіологічного дослідження піхвового вмісту у жінок 1 групи ЛБ виділено тільки у 1/3 пацієнток у низькій концентрації 104 і менше КУО/мл функціонально дефектними. Найчастіше у жінок 1 групи серед ФАБ виділялися gardnerella vaginalis у 111 (59,68%) жінок, значно рідше E.coli у 71 (38,17%) жінки і Staph.epidermidis у 45 (24,19%) жінок. Ступінь обсіменіння піхви був високим тільки для gardnerella vaginalis і складав 106-107 КУО/мл, а для решти бактерій він був 104 КУО/мл і менше. ФАБ частіше зустрічалися у монокультурі – у 126 (67,74%) жінок, асоціація з 2-х мікроорганізмів – у 37 (19,89%) жінок, а асоціація з 3-х мікроорганізмів у 23 (12,37%) жінок. Серед ОАБ у жінок 1 групи найчастіше зустрічалися: Mobiluncus spp. у 64 (34,41%) жінок, Peptostreptococcus spp. у 55 (29,57%) жінок, Peptococcus spp. у 38 (20,43%) жінок, Bacteroides spp. у 35 (18,82%) жінок і Bifidobacterium spp. у 29 (15,59%) жінок. Ступінь обсіменіння піхви був високим тільки для Peptostreptococcus spp., Peptococcus spp. і Bacteroides spp. і становив 106-107 КУО/мл. ОАБ частіше зустрічалися у вигляді монокультури у 140 (75,27%) жінок, асоціації з 2-х мікроорганізмів у 28 (15,05%) жінок, а асоціації з 3-х мікроорганізмів у 18 (9,68%) жінок. У жодної обcтеженої жінки 1 групи не виявлено монокультуральний склад піхвового вмісту. Таким чином, у всіх 100% обстежених жінок 1 групи відмічався склад мікробіоценозу піхви характерний для БВ.

Встановлено, що в обстежених жінок 1 групи вагітність перервалася у 78 (41,94%) жінок. Найчастіше вагітність переривалася у терміні від 9 до 14 тижнів вагітності – у 31 (16,66%) жінок, у терміні від 21 до 24 тижнів вагітності – у 10 (5,37%) жінок і у терміні від 29 до 32 тижнів вагітності – у 18 (9,67%) жінок. Дані терміни можна вважати критичними по НВ у жінок з БВ. У 34 (18,28%) жінок 1 групи переривання вагітності почалося з передчасного розриву навколоплідних оболонок, що складає у 2 та 3 триместрах вагітності 79,07%.

У всіх обстежених вагітних 2 групи у вагінальних мазках домінували ЛБ, відсутньою була грамнегативна мікрофлора, спори, міцелій і псевдогіфи грибів, поодинокі лейкоцити і поодинокі “чисті” епітеліальні клітини. АТ був позитивний у 3 (5,00%) обстежених жінок. рН піхвового вмісту у обстежених жінок 2 групи у середньому становив 3,99±0,36. Найчастіше рН піхвового вмісту у обстежених жінок 2 групи знаходився в межах 3,5-4,5 у 55 (91,67%) жінок.

У всіх 100% жінок 2 групи під час огляду в дзеркалах була виявлена без патологічних змін слизова оболонка стінок піхви. У обстежених жінок 2 групи з нормоценозом піхви переважали скудні – у 54 (90,00%) жінок, густі – у 59 (98,33%) жінок, молочного кольору – у 57 (95,00%) жінок, нерівномірно розподілені по слизовій оболонці стінок піхви – у 55 (91,67%) жінок піхвові виділення. Кольпоскопічна картина у всіх 60 обстежених жінок 2 групи була без патологічних змін.

Під час мікробіологічного дослідження піхвового вмісту у всіх 100% жінок 2 групи були виділені ЛБ у концентрації 107-108 КУО/мл. Більшість виділених штамів ЛБ продукували перекис водню, що свідчить про високу захисну здатність ЛБ. Таким чином, у жінок 2 групи ЛБ виділялися з піхвового вмісту у всіх жінок у вигляді асоціацій у високій концентрації з високою захисною здатністю.

У жінок 2 групи найчастіше серед ФАБ виділялися: E.coli у 21 (35,00%) жінки і Staph.epidermidis у 13 (21,67%) жінок. Ступінь обсіменіння піхви для E.coli складав 103-105 КУО/мл, а для Staph.epidermidis – 103-104 КУО/мл. ФАБ завжди зустрічалися у монокультурі. Серед ОАБ у жінок 2 групи найчастіше зустрічалися: Bifidobacterium spp. у 10 (16,67%) жінок, Peptostreptococcus spp. у 9 (15,00%) жінок, і Peptococcus spp. у 6 (10,00%) жінок. Ступінь обсіменіння піхви був найвищим у Bifidobacterium spp. і складав 106-107 КУО/мл, а для Peptostreptococcus spp. і Peptococcus spp. – 103-104 КУО/мл. ОАБ завжди зустрічалися у монокультурі. Таким чином, у жінок 2 групи з нормоценозом піхви у мікробіоценозі переважають ЛБ у вигляді асоціації видів і незначна кількість ФАБ і ОАБ у низьких концентраціях.

У 2 групі обстежених жінок переривання вагітності виявлено тільки у 9 (15,00%) випадках. Переривання вагітності відбулося у 2 (3,33%) жінок у терміні до 6 тижнів вагітності і по 1 (1,67%) випадку у термінах 9-10, 11-12, 17-18, 25-26, 29-30, 33-34 і 35-36 тижнів вагітності. У жодної жінки з 2 групи переривання вагітності не починалося з передчасного розриву навколоплідних оболонок.

Отже, у вагітних з нормоценозом піхви відмічено незначне обсіменіння піхви бактеріями. Основною складовою мікробіоценозу піхви є ЛБ і незначна кількість ФАБ і ОАБ у низькій концентрації.

У всіх 126 жінок 3 групи виявлено КК. АТ був позитивний у 106 (84,12%) обстежених жінок. рН піхвового вмісту у обстежених жінок 3 групи в середньому становив 5,75±0,25. Найчастіше рН піхвового вмісту у обстежених жінок 3 групи знаходився у межах 5,6-6,0 – у 115 (91,27%) випадках. При огляді в дзеркалах у всіх 100% жінок 3 групи були відсутні патологічні зміни слизової оболонки піхви. У обстежених жінок 3 групи переважали рясні – у 102 (80,95%) жінок, рідкі – у 100 (79,37%) жінок, молочного або сіруватого кольору – у 121 (96,03%) жінок, рівномірно розподілені по стінках піхви – у 115 (91,27%) жінок піхвові виділення. При проведенні кольпоскопії у всіх 126 обстежених жінок були виявлені гіпо- або дистрофічні зміни слизової оболонки стінок піхви, котрі і були нами оцінені як ознаки БВ. При мікробіологічному дослідженні піхвового вмісту у обстежених жінок 3 групи ЛБ виявлено тільки у 46 (36,51%) жінок у концентрації 103-105 КУО/мл. Найчастіше у жінок 3 групи із піхвового вмісту виділялися: gardnerella vaginalis у 71 (56,35%) жінки, E.coli у 49 (38,89%) жінок, Peptostreptococcus spp. у 38 (30,16%) жінок, Staph.epidermidis у 32 (25,39%) жінок, Peptococcus spp. у 25 (19,84%) жінок, Bacteroides spp. у 24 (19,05%) жінок і Bifidobacterium spp. у 19 (15,08%) жінок. У найвищій концентрації 106-107 КУО/мл виділялися gardnerella vaginalis і ОАБ (Peptostreptococcus spp., Peptococcus spp., Bacteroides spp.). Отже, для жінок 3 групи характерна низька концентрація або відсутність до певної міри ЛБ, переважання ОАБ і мікроаерофільних мікроорганізмів (Peptostreptococcus spp., Peptococcus spp., Bacteroides spp. і gardnerella vaginalis) у високій концентрації. Такий мікробіоценоз піхви характерний для БВ.

У результаті переривання вагітності у жінок 3 групи народилося 50 (39,68%) абортних плодів і 76 (60,32%) недоношених новононароджених. При цьому найбільше було абортних плодів з ростом від 5 до 10 см – у 22 (44,00%) плодів, що відповідає 1 триместру гестації, і найбільше плодів з масою до 100 г, що також відповідає 1 триместру гестації. Проведено мікробіологічне обстеження всіх абортних плодів та недоношених новонароджених. З ротової порожнини у абортних плодів та недоношених новонароджених від жінок 3 групи виділено: Staph.epidermidis, E.coli, Peptostreptococcus spp. і gardnerella vaginalis – по 3 (2,38%) випадки і Staph.saprophyticus, Peptococcus spp., Bacteroides spp. – по 2 (1,59%) випадки. Концентрація виділених мікроорганізмів була меншою 103 КУО/мл. З шлункового вмісту абортних плодів та недоношених новонароджених у жінок 3 групи виділено: E.coli і Peptostreptococcus spp. – по 3 (2,38%) випадки і Staph.saprophyticus, Bacteroides spp. і gardnerella vaginalis – по 2 (1,59%) випадки у концентрації менше 103 КУО/мл. Найчастіше з кон’юнктиви абортних плодів та недоношених новонароджених у жінок 3 групи виділено: E.coli у 44 (34,92%) випадках, Peptostreptococcus spp. у 32 (25,40%) випадках, gardnerella vaginalis у 28 (22,22%) випадках, Peptococcus spp. у 24 (19,05%) випадках, Staph.saprophyticus у 22 (17,46%) випадках і Bifidobacterium spp. у 13 (10,32%) випадках. Найвищою була концентрація ОАБ (Peptostreptococcus spp., Peptococcus spp., Bacteroides spp.) і gardnerella vaginalis – 104-105 КУО/мл, а концентрація E.coli і Bifidobacterium spp. – 103-104 КУО/мл. Найчастіше зі шкіри голови абортних плодів та недоношених новонароджених були виділені: gardnerella vaginalis – у 70 (55,56%) випадках, E.coli у 48 (38,10%) випадках, Peptostreptococcus spp. у 37 (29,37%) випадках, Staph.epidermidis у 30 (23,81%) випадках, Peptococcus spp. у 25 (19,84%) випадках, Вacteroides spp. у 22 (17,46%) випадках, Bifidobacterium spp. у 21 (16,67%) випадку. У високій концентарації виділені ОАБ (Peptostreptococcus spp., Peptococcus spp. і Вacteroides spp.) і gardnerella vaginalis – 105-106 КУО/мл, а E.coli і Bifidobacterium spp. у концентрації 103-104 КУО/мл. З ділянки пупка найчастіше у абортних плодів і недоношених новонароджених були виділені: gardnerella vaginalis – у 67 (53,17%) випадках, E.coli – у 46 (36,51%) випадках, Peptostreptococcus spp. – у 37 (29,37%) випадках, Staph.saprophyticus - у 29 (23,02%) випадках, а також Peptococcus spp. і Вacteroides spp. – по 24 (19,05%) випадки, Bifidobacterium spp. – у 21 (16,67%) випадку. У найвищій концентрації були виділені ОАБ: gardnerella vaginalis – 105-106 КУО/мл, E.coli і Bifidobacterium spp. у концентрації 103-104 КУО/мл.

У 4 групу були включені жінки у котрих стан мікробіоценозу піхви відповідав нормі. У вагінальних мазках домінували ЛБ, відсутня грамнегативна мікрофлора, спори, міцелій, псевдогіфи, лейкоцити, поодинокі “чисті” епітеліальні клітини. У всіх 100 пацієнток відсутні були КК, а АТ був негативним. рН піхвового вмісту у обстежених жінок 4 групи у середньому становив 3,9±0,23 і найчастіше знаходився у межах 3,5-4,0 у 78 (78,00%) випадках. При огляді в дзеркалах у всіх 100% обстежених жінок 4 групи не виявлено патології зі сторони слизової оболнки стінок піхви. У обстежених жінок 4 групи переважали скудні – у 88 (88,00%) жінок, густі – у 99 (99,00%) жінок, молочного кольору – у 100 (100,00%) жінок, нерівномірно розподілені по стінках піхви – у 100 (100,00%) жінок піхвові виділення. При проведенні кольпоскопії у всіх 100% жінок 4 групи були відсутні патологічні зміни зі сторони слизової оболонки стінок піхви. У піхвовому вмісті обстежених жінок 4 групи ЛБ виявлено у всіх 100 жінок у концентрації 106-107 КУО/мл. Найчастіше у жінок з нормоценозом піхви і НВ з піхви виділялися E.coli у 35 (35,00%) жінок, Staph.epidermidis – у 24 (24,00%) жінок, Bifidobacterium spp. – у 18 (18,00%) жінок, Peptostreptococcus spp. – у 15 (15,00%) жінок, Peptococcus spp. – у 10 (10,00%). У найвищій концентрації виділялися E.coli і Bifidobacterium spp. – 103-105 КУО/мл, а також Staph. epidermidis, Corynebacterium spp., Peptostreptococcus spp. – 103-104 КУО/мл. Таким чином, виділені мікроорганізми визначалися у низькій концентрації з переважанням ФАБ. Отже, для мікробіоценозу піхви у жінок 4 групи характерна наявність ЛБ у високій концентрації, переважання ФАБ у невисокій концентрації. Такий склад піхви характерний для нормоценозу піхви.

У результаті переривання вагітності у 4 групі народилося 40 (40,00%) абортних плодів і 60 (60,00%) недоношених новонароджених. У 4 групі було найбільше абортних плодів з ростом до 5 см – 24 (60,00%) плоди і масою до 100 г – 29 (72,50%) плодів, що відповідає 1 триместру вагітності. Проведено бактеріологічне обстеження всіх абортних плодів та недоношених новонароджених у жінок 4 групи. З ротової порожнини у абортних плодів та недоношених новонароджених виділено: Staph.epidermidis, Staph.saprophyticus, E.coli по 1 (1,00%) випадку кожний. Концентрація виділених мікроорганізмів була меншою 103 КУО/мл. З шлункового вмісту абортних плодів та недоношених новонароджених виділено: Staph.saprophyticus і E.coli по 1 (1,00%) випадку кожний. Концентрація виділених мікроорганізмів була меншою 103 КУО/мл. Найчастіше з кон’юнктиви абортних плодів та недоношених новонароджених виділено: Staph.epidermidis – у 20 (20,00%) випадків і E.coli – у 14 (14,00%) випадках. Концентрація виділених мікроорганізмів була меншою 103 КУО/мл. Найчастіше зі шкіри голови у абортних плодів та недоношених новонароджених були виділені: Staph.epidermidis – у 23 (23,00%) випадках, E.coli – у 26 (26,00%) випадках і Peptococcus spp. – у 9 (9,00%) випадках. Концентрація виділених мікроорганізмів у всіх випадках була меншою 103 КУО/мл. З ділянки пупка у абортних плодів та недоношених новонароджених було виділено: Staph.epidermidis – у 6 (6,00%) випадках і Staph.saprophyticus – у 1 (1,00%) випадку. Концентрація виділених мікроорганізмів у всіх випадках була меншою ніж 103 КУО/мл.

Отже, первинна колонізація бактеріями недоношених новонароджених відбувається за рахунок складових піхвового мікробіоценозу матері і є незначною у жінок з нормоценозом піхви (4 група). У жінок 3 групи відмічається первинна колонізація недоношених новонароджених різноманітною флорою у значно вищій концентрації, ніж у жінок з нормоценозом піхви (4 група) з переважанням ОАБ (р<0,05). Таким чином, недоношених новонароджених з 3 групи можна вважати внутрішньоутробно інфікованими ОАБ з високим ступенем ризику реалізації інфекції.

Висока частота БВ у вагітних потребує швидких і недорогих скринінгових методів діагностики БВ. Підвищення рН піхвового вмісту є однією з ранніх ознак розвитку БВ. У звязку з цим ми пропонуємо простий і доступний для практичного лікаря, а також економічно дешевий кольоровий тест з гематоксиліном (ГТ). Основними параметрами, які характеризують ефективність методу діагностики є чутливість і специфічність методу. Чутливість ГГ для вагітних жінок склала 87,30%, а специфічність – 85,00%. Порівнюючи літературні дані [12, 57] ефективності діагностики БВ за критерієм рН піхвового вмісту, який був визначений за допомогою рН-метрів і наборів універсальних індикаторних папірців, з одержаними результатами чутливості і специфічності ГТ, останній можна вважати ефективним методом скринінгової діагностики БВ у вагітних. Окрім того, ГТ є більш доступним, простим у виконанні і економічно дешевим у порівнянні з іншими методами визначення рН піхвового вмісту.

Проблема розробки ефективного лікування БВ у вагітних має важливе медичне і соціальне (оскільки БВ призводить до НВ та ІПіН) значення. Лікування БВ у вагітних до цього часу залишається досить складним завданням. Нашу увагу привернула ідея комплексного використання препарату з групи 5-нітроімідазолу – орнідазолу (“Тибералу”) і пробіотика 5 покоління – препарату “Хілак форте-краплі”. Лікування вагітних проводили за такою схемою: одноразовий пероральний прийом після вечері 2 г орнідазолу (“Тибералу”) і одночасно інтравагінально вводили “Хілак форте-краплі” по 2 мл двічі на день протягом 7 днів. Після інтравагінального введення препарату “Хілак форте-краплі” рекомендували лежаче положення на спині з зігнутими в колінах ногами на протязі 30 хвилин.

Основною скаргою у жінок 5 групи з БВ була скарга на рясні з неприємним запахом піхвові виділення, які спостерігалися у 53 (81,54%) вагітних до лікування за запропонованою вище схемою. Через 7-10 днів після закінчення лікування вищевказані скарги не подавала жодна жінка, а через 1 місяць такі скарги виявлені у 1 (1,54%) жінки. До лікування БВ у 53 (81,54%) вагітних жінок 5 групи при огляді в дзеркалах слизової оболонки стінок піхви виявлено рясні піхвові виділення і тільки у 10 (15,38%) жінок – помірні піхвові виділення, а у 2 (3,08%) обстежених жінок – скудні піхвові виділення. Через 7-10 днів після закінчення лікування у обстежених жінок 5 групи рясні піхвові виділення були відсутні, а скудними стали у 64 (98,46%) жінок і тільки у 1 (1,54%) жінки – помірними. Через 1 місяць після закінчення лікування у 63 (96,92%) обстежених жінок виділення носили характер скудних і тільки у 2 (3,08%) жінок вони мали характер рясних і помірних. Таким чином, частота рясних піхвових виділень до лікування достовірно (р<0,001) була вищою (81,54%), ніж після закінчення лікування (1,54%). Також достовірно (р<0,05) вищою до лікування (15,38%) була частота помірних піхвових виділень, ніж після лікування (1,54%). Відповідно достовірно (р<0,001) зросла частота скудних піхвових виділень з 3,08% до лікування до 98,46% через 7-10 днів і до 96,92% через 1 місяць після закінчення лікування. Після лікування достовірно (р<0,001) зменшилася частота рідких піхвових виділень з 96,92% до лікування до 1,54% після закінчення лікування, а відповідно зросла частота густих піхвових виділень з 3,08% до лікування до 100,00% через 7-10 днів і до 98,46% через 1 місяць після закінчення лікування. Після закінчення лікування достовірно (р<0,05) збільшилася частота молочних піхвових виділень з 36,92% до лікування до 100,00% через 7-10 днів і до 98,46% через 1 місяць після завершення лікування. У обстежених жінок 5 групи спостерігається достовірне (р<0,001) зменшення частоти рівномірно розподілених по стінках піхви виділень з 95,38% до лікування до 1,54% після завершення лікування і, відповідно, зростання частоти нерівномірно розподілених піхвових виділень з 4,62% до лікування до 98,46% після закінчення лікування.

У всіх 65 обстежених жінок 5 групи були виявлені у вагінальних мазках КК до лікування, а позитивний АТ виявлений у 56 (88,15%) обстежених жінок до лікування. рН піхвового вмісту у обстежених жінок 5 групи до лікування у середньому становив 5,830,25 і найчастіше знаходився у межах 5,1 – 6,0 у 58 (89,23%) жінок. До лікування у обстежених жінок 5 групи ЛБ були виділені тільки у 25 (38,46%) жінок і у низькій концентрації 102-105 КУО/мл. Серед ФАБ найчастіше виділялися Staph. epidermidis у 16 (24,62%) жінок і E. coli у 19 (29,23%) жінок у низькій концентрації, відповідно, менше 103 КУО/мл і 103-104 КУО/мл. Серед ОАБ і мікроаерофілів найчастіше виділялися Peptostreptococcus spp. у 19 (29,23%) жінок, Peptococcus spp. у 13 (20,00%) жінок, Вacteroides spp. – у 12 (18,46%) жінок і gardnerella vaginalis – у 38 (58,46%) жінок у високих концентраціях 106-107 КУО/мл.

Після лікування КК були виявлені через 7-10 днів після закінчення лікування у 2 (3,08%) жінок і через 1 місяць після закінчення лікування у 1 (1,54%) жінки. Таким чином, у порівнянні з частотою виявлення КК до лікування відмічається достовірно (р<0,001) зменшення частоти їх виявлення через 7-10 днів після закінчення лікування. АТ у всіх 65 жінок 5 групи через 7-10 днів після закінчення лікування був негативним. Таким чином, частота позитивного АТ після лікування достовірно (р<0,001) зменшилася, ніж до лікування з 86,15% до лікування до 1,54% після лікування. рН піхвового вмісту у жінок 5 групи після лікування через 7-10 днів у середньому становив 4,11±0,27 і через 1 місяць – 4,16±0,26. Після лікування БВ у вагітних жінок 5 групи достовірно (р<0,01) збільшилася частота виявлення ЛБ і їх концентрація у піхвовому вмісті та знизилася частота виявлення і концентрація ОАБ (особливо Peptostreptococcus spp., Peptococcus spp. і Вacteroides spp.), а також мікроаерофільних бактерій, зокрема gardnerella vaginalis.

Отже, загальна рання ефективність терапії БВ препаратами орнідазол (“Тиберал”) і “Хілак форте-краплі” дорівнювала 96,92%, а через 1 місяць стійкий клінічний і мікробіологічний ефект мав місце у 62 (95,38%) жінок.

У 1 триместрі вагітності для лікування БВ у вагітних використовували препарат “Хілак форте-краплі” і індигенні ЛБ. Проведено обстеження і лікування 46 вагітних жінок з БВ (6 група). Курс лікування полягав у інтравагінальному введенні на протязі 7 днів двічі на день 1 мл препарату “Хілак форте-краплі” і 1 мл живильного середовища з індигенними ЛБ (концентрація індигенних ЛБ становила 108-109 КУО/мл).

Клініко-бактеріологічне обстеження вагітних проводили тричі: перед початком лікування, через 7-10 днів і через 1 місяць після закінчення лікування. Основною скаргою у жінок 6 групи з БВ була скарга на рясні з неприємним запахом виділення, які спостерігалися у 38 (82,61%) вагітних до лікування. Через 7-10 днів і через 1 місяць після закінчення лікування скарг на рясні з неприємним запахом піхвові виділення не надавала жодна жінка. До лікування БВ у 38 (82,61%) вагітних жінок 6 групи при огляді в дзеркалах слизової оболонки стінок піхви виявлено рясні піхвові виділення і тільки у 6 (13,04%) жінок – помірні піхвові виділення, а у 2 (4,35%) обстежених жінок – скудні піхвові виділення. Через 7-10 днів і через 1 місяць після закінчення лікування у 45 (97,83%) обстежених жінок виділення носили характер скудних і тільки у 1 (2,17%) жінки вони мали характер помірних.

Таким чином, частота скудних піхвових виділень до лікування була достовірно (р<0,001) нижчою (4,35%), ніж після закінчення лікування (97,83%).

До лікування 44 (95,65%) вагітних жінок 6 групи мали рідкі піхвові виділення і тільки 2 (4,35%) жінок – густі піхвові виділення. Через 7-10 днів і через 1 місяць після закінчення лікування у 45 (97,83%) обстежених жінок піхвові виділення мали густу консистенцію і тільки 1 (2,17%) жінка – рідкі піхвові виділення. Таким чином, після лікування достовірно (р<0,001) зменшилася частота рідких піхвових виділень з 95,65% до лікування до 2,17% після закінчення лікування, а відповідно зросла частота густих піхвових виділень з 4,35% до лікування до 97,83% після закінчення лікування. Найчастіше до лікування колір піхвових виділень був сіруватий у 24 (52,17%) обстежених жінок і молочного кольору у 17 (36,96%) жінок. Через 7-10 днів і через 1 місяць після закінчення лікування у 45 (97,83%) жінок піхвові виділення мали молочний колір і тільки у 1 (2,17%) жінки – сіруваті. Таким чином, у жінок 6 групи після лікування достовірно (р<0,05) збільшилася частота виявлення піхвових виділень молочного кольору з 36,96% до лікування до 97,83% після закінчення лікування.

До лікування у 43 (93,48%) жінок переважали рівномірно розподілені по стінках піхви піхвові виділення і тільки у 3 (6,52%) жінок піхвові виділення були нерівномірно розподілені по стінках піхви і знаходилися в основному в області заднього піхвового склепіння. Через 7-10 днів і через 1 місяць після закінчення лікування тільки 1 (2,17%) жінка мала рівномірно розподілені по стінках піхви піхвові виділення, а у 45 (97,83%) жінок вони знаходилися в основному у задньому піхвовому склепінні. Таким чином, у обстежених жінок 6 групи спостерігається достовірне (р<0,001) зменшення частоти виявлення рівномірно розподілених по стінках піхви піхвових виділень з 93,48% до лікування до 2,17% після завершення лікування і, відповідно, збільшення частоти нерівномірно розподілених по стінках піхви піхвових виділень з 6,52% до лікування до 97,83% після закінчення лікування.

У всіх 46 обстежених жінок 6 групи були виявлені у вагінальних мазках КК, позитивний АТ у 40 (86,96%) жінок до лікування. рН піхвового вмісту у обстежених жінок 6 групи до лікування у середньому становив 5,73±0,27 і в основному у 42 (91,31%) жінок знаходився у межах 5,1-6,0. ЛБ зустрічалися у всіх 46 жінок, але в низькій концентрації менше 104 КУО/мл. Серед ФАБ найчастіше зустрічалися Staph.epidermidis у 11 (23,91%) жінок, E.coli – у 14 (30,43%) жінок. Їх концентрація, відповідно, менше 103 КУО/мл і 103-104 КУО/мл. Серед ОАБ і мікроаерофільних бактерій найчастіше зустрічалися gardnerella vaginalis у 28 (60,87%) жінок, Peptostreptococcus spp. – у 14 (30,43%) жінок, Peptococcus spp. – у 10 (21,74%) жінок, Вacteroides spp. – у 9 (19,57%) жінок і Bifidobacterium spp. – у 7 (15,22%) жінок. Вони виділялися у високих концентраціях 106-107 КУО/мл, окрім Bifidobacterium spp., які виділялися у концентрації 103-105 КУО/мл. Таким чином, у обстежених жінок 6 групи переважали ОАБ та мікроаерофільні бактерії у високій концентрації.

Після закінчення лікування через 7-10 днів і через 1 місяць КК були виявлені у 1 (2,17%) жінки, а АТ у всіх 46 (100,00%) жінок 6 групи був негативним. рН піхвового вмісту у жінок 6 групи після лікування через 7-10 днів у середньому становив 4,23±0,26 і через 1 місяць – 4,27±0,28 і найчастіше показник рН був менший 4,5. Таким чином, середнє значення рН піхвового вмісту після лікування стало достовірно (р<0,05) меншим, ніж до лікування.

Після лікування БВ у вагітних жінок 6 групи по запропонованій схемі достовірно (р<0,05) збільшилася концентрація ЛБ у піхвовому вмісті і знизилася частота виявлення і концентрації ОАБ і мікроаерофільних БВ-асоційованих мікроорганізмів.

Отже, загальна ефективність терапії БВ індигенними ЛБ і препаратом “Хілак форте-краплі” склала 97,83%, що дозволяє даний метод використовувати у практиці родопомічних закладів.

Профілактика НВ та ІПіН у жінок з БВ полягає у використанні ефективних методів лікування БВ. Оскільки БВ є фактором ризику і причиною НВ та ІПіН, то своєчасне лікування БВ є методом профілактики НВ та ІПіН у даного контингенту пацієнток. З метою вияснення ефективності профілактики НВ та ІПіН у вагітних з БВ шляхом лікування БВ препаратами орнідазол (“Тиберал”), “Хілак форте-краплі” і індигенними ЛБ було обстежено 83 жінки. Із них 43 жінки склали основну групу (7 група) і 40 жінок – контрольну групу (8 група). У всіх 83 жінок на час обстеження були відсутні ознаки загрози переривання вагітності, що було підтверджено, як клінічно, так і інструментальними методами (ультрасонографія). В основній групі всім вагітним проводилося лікування БВ за допомогою препаратів орнідазол (“Тиберал”), “Хілак форте-краплі” і індигенними ЛБ. Всім жінкам контрольної групи лікування БВ не проводилося.

Основною скаргою у жінок 7 і 8 груп з БВ була скарга на рясні з неприємним запахом піхвові виділення, які спостерігалися, відповідно, у 37 (86,05%) жінок і у 34 (85,00%) жінок. Достовірної (р>0,05) різниці у частоті скарг характерних для БВ у жінок 7 і 8 груп не виявлено. На початку спостереження у обстежених жінок 7 і 8 груп найчастіше зустрічалися рясні піхвові виділення, відповідно, у 36 (83,72%) жінок 7 групи і у 33 (82,50%) жінок 8 групи. Таким чином, кількість піхвових виділень у жінок 7 і 8 груп достовірно (р>0,05) не відрізнялася.

На початку спостереження у жінок 7 і 8 груп переважали рідкі піхвові виділення, відповідно, у 41 (95,35%) жінки 7 групи і у 38 (95,00%) жінок 8 групи. Таким чином, консистенція піхвових виділень у жінок 7 і 8 груп на початку спостереження достовірно (р>0,05) не відрізнялася. Найчастіше на початку спостереження у обстежених жінок 7 і 8 груп зустрічалися сіруваті і молочного кольору піхвові виділення, відповідно, у 40 (93,01%) жінок і у 37 (92,50%) жінок. Таким чином, колір піхвових виділень у жінок 7 і 8 груп на початку спостереження достовірно (р>0,05) не відрізнявся. У обстежених жінок 7 і 8 груп на початку спостереження частіше відмічалися рівномірно розподілені по стінках піхви піхвові виділення, відповідно, у 40 (93,02%) жінок і у 37 (92,50%) жінок. Таким чином, розподіл піхвових виділень по стінках піхви у обстежених жінок 7 і 8 груп на початку спостереження достовірно (р>0,05) не відрізнявся.

У всіх обстежених жінок 7 та 8 груп у вагінальних мазках виявлені на початку спостереження КК, а позитивний АТ – у 36 (83,72%) жінок 7 групи і у 33 (82,50%) жінок 8 групи. Таким чином, частота виявлення позитивного АТ серед обстежених жінок 7 і 8 груп достовірно (р>0,05) не відрізнялася. рН піхвового вмісту у обстежених жінок 7 і 8 груп на початку спостереження, відповідно, у середньому становив 5,75±0,25 і 5,72±0,23. Таким чином, показники рН піхвового вмісту у обстежених жінок 7 і 8 груп на початку обстеження достовірно (р>0,05) не відрізнялися. У обстежених жінок 7 і 8 груп ЛБ зустрічалися тільки, відповідно, у 16 (37,21%) жінок і у 14 (35,00%) жінок та у низькій концентрації 102-105 КУО/мл. У обстежених жінок 7 групи серед ФАБ найчастіше зустрічалися E.coli у 17 (39,53%) жінок, Staph.epidermidis – у 11 (25,58%) жінок. Концентрація E.coli становила 103-104 КУО/мл, а Staph.epidermidis – менше 103 КУО/мл. Серед ОАБ і мікроаерофільних бактерій у обстежених жінок 7 групи найчастіше зустрічалися gardnerella vaginalis у 24 (55,81%) жінок, Peptostreptococcus spp. – у 13 (30,23%) жінок, Peptococcus spp. – у 8 (18,60%) жінок, Вacteroides spp. – у 8 (18,60%) жінок і Bifidobacterium spp. – у 6 (13,95%) жінок. Концентрація даних мікроорганізмів була високою і становила 106-107 КУО/мл, окрім Bifidobacterium spp., концентрація яких становила 103-105 КУО/мл.

У обстежених жінок 8 групи серед ФАБ найчастіше зустрічалися E.coli у 15 (37,50%) жінок, Staph.epidermidis – у 9 (22,50%) жінок. Концентрація E.coli становила 103-104 КУО/мл, а Staph.epidermidis – менша 103 КУО/мл. Серед ОАБ і мікроаерофільних мікроорганізмів у обстежених жінок 8 групи найчастіше зустрічалися gardnerella vaginalis у 23 (57,50%) жінок, Peptostreptococcus spp. – у 12 (30,00%) жінок, Вacteroides spp. – у 7 (17,50%) жінок, Peptococcus spp. – у 6 (15,00%) жінок і Bifidobacterium spp. – у 5 (12,50%) жінок. Концентрація виділених бактерій була 106-107 КУО/мл, окрім Bifidobacterium spp., концентрація яких становила 103-105 КУО/мл. Таким чином, достовірної (р>0,05) різниці у спектрі та концентрації виділених бактерій у обстежених жінок 7 і 8 груп не виявлено.

Після проведеного лікування у жінок 7 групи КК були відсутні у вагінальних мазках, а також негативним був АТ у всіх 43 обстежених жінок. рН піхвового вмісту після закінчення лікування у жінок 7 групи в середньому становив 4,25±0,24. При бактеріологічному дослідженні піхвового вмісту у жінок 7 групи після лікування у всіх 100% випадках виявлено ЛБ у високій концентрації 107-109 КУО/мл і незначна кількість у низькій концентрації ФАБ і ОАБ.

Таким чином, проведене лікування привело до клінічного і бактеріологічного виздоровлення всіх 43 (100,00%) жінок 7 групи.

У всіх вагітних 7 і 8 груп по завершенню вагітності проводили бактеріологічне обстеження плодів та новонароджених.

Ознаки загрози переривання вагітності у 7 групі були виявлені на протязі вагітності у 5 (11,63%) жінок, а у 8 групі – у 13 (32,50%) жінок. Таким чином, частота ознак загрози переривання вагітності у обстежених жінок 7 групи була достовірно (р<0,01) меншою у 5 (11,63%) жінок, проти 13 (32,50%) жінок 8 групи. У 7 групі достовірно (р<0,01) рідше зустрічалися ПП у 3 (6,98%) жінок, проти 9 (22,50%) жінок. Окрім того, МВ достовірно (р<0,01) рідше зустрічалися у 7 групі у 2 (4,65%) жінок, проти 4 (10,00%) жінок у 8 групі. Переривання вагітності у 7 і 8 групах відбувалося у різні терміни вагітності. Для обстежених жінок 8 групи переривання вагітності відбувалося у терміни, які є критичними для вагітних з БВ, чого не спостерігалося серед жінок 7 групи. У жодному випадку у жінок 7 групи ПП чи МВ не починалися з передчасного розриву навколоплідних оболонок. У обстежених жінок 8 групи у 82,50% жінок переривання вагітності чи пологи починалися з передчасного розриву навколоплідних оболонок.

Отже, у жінок 7 групи, яким проведено лікування БВ по запропонованій методиці у 2,8 раза зменшилася частота переривання вагітності, а також був відсутній передчасний розрив навколоплідних оболонок.

Достовірної (р>0,05) різниці у спектрі виділених ФАБ з ротової порожнини у абортних плодів та новонароджених 7 і 8 груп не виявлено і їх концентрація була меншою 103 КУО/мл. ОАБ і мікроаерофільні бактерії у ротовій порожнині абортних плодів та новонароджених у 7 групі не були виявлені, а у 8 групі вони були виділені в окремих випадках у низькій концентрації (менше 103 КУО/мл). Достовірної (р>0,05) різниці у спектрі виділених ФАБ із шлункового вмісту абортних плодів і новонароджених у 7 і 8 групах не виявлено і їх концентрація була меншою 103 КУО/мл. На відміну від 8 групи у 7 групі не виявлено ОАБ і мікроаерофільних мікроорганізмів. У 7 і 8 групах спектр та концентрація виділених ФАБ з кон’юнктиви абортних плодів та новонароджених достовірно (р>0,05) не відрізнялася. ОАБ (зокрема Peptostreptococcus spp., Peptococcus spp., Вacteroides spp.) достовірно (р>0,05) частіше зустрічалися у 8 групі, ніж у 7 групі і їх концентрація була вищою. Спектр та концентрація виділених зі шкіри голови абортних плодів та новонароджених ФАБ у 7 і 8 групах достовірно (р>0,05) не відрізнялися. ОАБ (зокрема Peptostreptococcus spp., Peptococcus spp., Вacteroides spp.) достовірно (р<0,05) частіше зустрічалися у 8 групі, ніж у 7 групі і їх концентрація була вищою. Шкіра ділянки пупка у плодів та новонароджених 7 групи була майже “стерильною” на відміну від абортних плодів та новонароджених 8 групи, де зустрічалися різноманітні ФАБ, ОАБ та мікроаерофільні бактерії, а деякі з них (E.coli, Peptostreptococcus spp., Peptococcus spp., Вacteroides spp., Eubacterium spp. і gardnerella vaginalis) у значній концентрації (до 106 КУО/мл).

Таким чином, у основній 7 групі, де з метою профілактики ІПіН було проведено лікування БВ по запропонованій методиці, ротова порожнина, шлунковий вміст та ділянка пупка є практично “стерильною”, а кон’юнктива та шкіра голови абортних плодів та новонароджених достовірно (р<0,05) є менше бактеріально “забрудненою” у порівнянні з контрольною 8 групою. Особливо це стосується зменшення частоти виявлення та концентрації ОАБ та мікроаерофільних мікроорганізмів.

Отже, запропонована методика лікування БВ є ефективним методом профілактики НВ, передчасного розриву навколоплідних оболонок та ІПіН у жінок з БВ.

**Висновки**

1. У роботі на основі клініко-параклінічного обстеження вагітних з БВ встановлено закономірності патологічного перебігу вагітності і вплив БВ на переривання вагітності, внутрішньоутробний стан плода, удосконалено методику діагностики БВ у вагітних, а також лікування БВ з метою профілактики розвитку ускладнень гестаційного та перинатального періодів.
2. Вагітні з БВ складають групу високого ризику акушерської та перинатальної патології. БВ є фактором ризику і причиною НВ, передчасного розриву навколоплідних оболонок та ІПіН.
3. Встановлено, що у жінок з БВ вагітність перервалася у 41,94% випадків, а у жінок з нормоценозом піхви – тільки у 15% випадків. Таким чином, у жінок з БВ частота переривання вагітності у 2,8 раза вища, ніж у жінок з нормоценозом піхви. Найчастіше вагітність у жінок з БВ переривається у терміні від 9 до 14 тижнів вагітності (16,66%), у терміні від 21 до 24 тижнів вагітності (5,37%) і у терміні від 29 до 32 тижнів вагітності (6,97%). Дані терміни гестації слід вважати критичними по НВ у жінок з БВ.
4. У 18,28% жінок з БВ переривання вагітності починається з передчасного розриву навколоплідних оболонок, що складає серед жінок у котрих вагітність переривалася у 2 та 3 триместрах вагітності 79,07%, а у жінок з нормоценозом піхви у жодному випадку переривання вагітності не починалося з передчасного розриву навколоплідних оболонок.
5. При мікробіологічному дослідженні піхвового вмісту у вагітних жінок з БВ виявлено переважання ОАБ і мікроаерофільних бактерій у високій концентрації і знижена концентрація або відсутність до певної міри ЛБ.
6. У жінок з БВ відмічається первинна колонізація недоношених новонарожених різноманітною мікрофлорою у значно вищій концентрації, ніж у жінок з нормоценозом піхви з переважанням ОАБ. Таким чином, недоношених новонароджених у жінок з БВ можна вважати внутрішньоутробно інфікованими ОАБ з високим ступенем ризику реалізації інфекції.
7. ГГ є ефективним методом скринінгової діагностики БВ у вагітних (чутливість – 87,30%, а специфічність – 85,00%).
8. Встановлено, що загальна рання ефективність терапії БВ препаратами орнідазол (“Тиберал”) і “Хілак форте-краплі” дорівнює 96,92%, а через 1 місяць стійкий клінічний і мікробіологічний ефект мав місце у 95,38% випадків. Загальна ефективність терапії БВ індигенними ЛБ і препаратом “Хілак форте-краплі” склала 97,83%.
9. Запропонована методика лікування БВ (препаратами орнідазол (“Тиберал”), “Хілак форте-краплі” і індигенними ЛБ) є ефективним методом профілактики НВ, передчасного розриву навколоплідних оболонок та ІПіН у жінок з БВ.

**Практичні рекомендації**

Для впровадження в практику охорони здоров’я рекомендується:

І. Жінкам з НВ, передчасним розривом навколоплідних оболонок та ІПіН в анамнезі необхідно обов’язково проводити обстеження з метою виявлення БВ. Для цього поряд із загальноклінічними обстеженнями необхідно проводити:

1. Візуальну оцінку характеру піхвових виділень та стану слизової оболонки стінок піхви під час огляду в дзеркалах. Для БВ характерні рясні, гомогенні, рідкі, молочного або сіруватого кольору, рівномірно розподілені по стінках піхви піхвові виділення без ознак запалення слизової оболонки піхви.
2. Визначення рН піхвового вмісту або ГТ. Для БВ характерне підвищення рН піхвового вмісту вище 4,5 і найчастіше знаходиться у межах 5,1-6,0 або позитивний ГТ.
3. АТ. Для БВ характерний позитивний АТ.
4. Бактеріоскопію вагінальних мазків з метою виявлення наявності характерних для БВ КК.

ІІ. Жінкам з БВ з метою профілактики НВ, передчасного розриву навколоплідних оболонок та ІПіН необхідно проводити ефективне лікування БВ:

1. У 1 триместрі вагітності препаратом “Хілак форте-краплі” і індигенними ЛБ за наступною схемою: інтравагінально вводять 1 мл препарату “Хілак форте-краплі” і 1 мл живильного середовища з індигенними ЛБ двічі на день протягом 7 днів.
2. У 2 і 3 триместрах вагітності та у не вагітних жінок на етапі планування вагітності препаратами орнідазол (“Тиберал”) і “Хілак форте-краплі” за наступною схемою: одноразовий пероральний прийом після вечері 2 г орнідазолу (“Тибералу”) і одночасно інтравагінально вводять “Хілак форте-краплі” по 2 мл двічі на день протягом 7 днів.