

закономерности обнаружены и при анализе других симптомов: плаксивости, потливости, красного дермографизма, чувства жара, снижения трудоспособности и ослабления памяти. Электрокардиографические показатели, полученные после предоперационной подготовки, свидетельствовали об улучшении деятельности сердца. По данным электрокардиографических исследований зарегистрированы снижение ударного и минутного объема крови, нормализация фракции выброса, уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления, нормализация скорости кровотока. Количество лейкоцитов у больных основной группы после проведенной терапии уменьшилось на 7,8% (с 6,8(Ж), 15 до 6,31 $\pm$ 0,21) за счёт угнетения лейкопоэза от приёма тиреостатиков. При поступлении больных отмечена относительная гипопроотеинемия. В основной группе уровень белка достигал 61,57 $\pm$ 0,44 г/л, в контрольной группе - 62,78 $\pm$ 0,42 г/л. После проведения лечения отмечена тенденция к повышению кон-

(Do'tor vtforotnomasi, Samarqand)

центрации белка в основной группе до 70,53 $\pm$ 0,54 г/л. В контрольной группе уровень белка снизился до 59,1 $\pm$ 0,45 г/л. Показатели свёртывающей системы крови достигали нормальных значений в основной группе. В контрольной группе показатели свёртывающей системы крови находились в пределах верхней границы нормы, свидетельствуя о сохранившейся склонности к гипокоагуляции. .

Выводы

Причиной возникновения патологии щитовидной железы чаще всего является психическая травма и инфекция, с преобладанием среди заболевших женщин молодого возраста.

Комплексная предоперационная подготовка улучшает биохимические показатели крови - повышается уровень белка, нормализуются показатели свертываемости крови, улучшается деятельность сердечно-сосудистой системы.

Литература

1. .А.С. Аметов, М.Ю. Кониева, И.В. Лукьянова. «Сердечно-сосудистая система при тиреотоксикозе». Consilium-medicum. 2003 -Том 5,-№11,- С.8-15.
2. Балаболкин М.И., П.С. Ветшев, Н.А. Петунии, Л.В. Трухин. «Хирургическое лечение диффузно-токсического зоба и возможность прогнозирования его результатов» - Москва. Проблемы эндокринологии. — 2000. —Т 46. -№4.
3. Бояркин М.В., А.Е. Вахрушев, В.Е. Марусанов. «Оценка адекватности анестезиологического пособия с помощью спектрального анализа сердечного ритма». Анестезиология и реаниматология. — 2003. -№4.-С. 7-10.
4. Браверман Л.И. «Болезни щитовидной железы». Москва. М., 2000. - 511 с. Иванкова Е.Н., Голуб И.Е., Пинский Е.Н. и др. «Оптимизация анестезиологического пособия при оперативном лечении больных с заболеваниями щитовидной железы». Челябинск, Современные аспекты хирургической эндокринологии, 2010. - с. 93-95.
5. Иванкова Е.Н., Ерошевич Ф.Н. «Варианты общей анестезии при оперативном лечении больных по поводу зоба». Новосибирск, Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. 2010 №5.С.58-61,
6. Х. Метцлер «Неинвазивный и разумный инвазивный мониторинг системы кровообращения». Освежающий курс лекций «Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии». Архангельск : Тромсе, 1997.-С. 27-30.

Закирова Н.И.,
Назарова Н.,
Ахадова Ф.А.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ У БЕРЕМЕННЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета СамМИ
(ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Бактериальный вагиноз - это полимикробный невоспалительный вагинальный синдром, возникающий из-за резкого дисбаланса вагинальной микрофлоры, вызванного замещением доминирующих микроорганизмов рода *Lactobacillus* ассоциацией различных бактерий, в том числе *Gardnerella vaginalis*, анаэробов (*Bacteroides*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Mobilicoccus*, *Peptostreptococcus*) и *Mycoplasma hominis*. Характерным является отсутствие признаков воспалительных изменений влагалища, а также патогенных возбудителей, таких как *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Candida albicans*. Термин бактериальный вагиноз (БВ) выделен в отдельную нозологическую форму в 1984 году на I Международном симпозиуме по вагинитам. В настоящее время БВ не включен в МКБ-10, как отдельная нозологическая форма. Синдром нарушения микрофлоры влагалища у пациенток с “неспецифическим бактериальным вагинитом” впервые был описан в 1955 году Gardner H.L. и Dukes C.D. При этом синдроме отмечалось снижение количества молочнокислых бактерий и колонизация влагалища новыми, неизвестными ранее микроорганизмами, которые получили название *Haemophilus vaginalis*.

В 1963 их переименовали в *Coibnobacterium vaginalis*, а в 1980 году в честь Н. L. Gardner, который впервые выделил и описал эти бактерии, они получили название *Gardnerella vaginalis*.

Начиная с 1980 года, неспецифические вагиниты стали относить к гарднереллезам - заболеваниям, вызываемым *G.vaginalis*. Однако позднее было установлено, что *G.vaginalis* присутствует не только у пациенток с неспецифическими вагинитами, но и у 47% здоровых женщин, и ото эти микроорганизмы являются не единственными возбудителями данного заболевания. В 1984 году на I Международном симпозиуме по вагинитам после анализа всех клинических, микроскопических и микробиологических данных, накопленных за предыдущее десятилетие, ввиду отсутствия воспалительной реакции в стенках влагалища, отсутствия увеличения числа лейкоцитов в вагинальном отделяемом, было предложено современное название заболевания -бактериальный вагиноз [6,9].

Синонимы: Неспецифический вагинит, гарднереллез, анаэробный вагиноз, неспецифический вагиноз, аминкольпит, мобилункуз и др. В настоящее время клиническое значение БВ является общепри-

знанным. Бактериальный вагиноз считают ведущей причиной вагинальных выделений, беспокоящих женщину, и различных осложнений после гинекологических операций, беременности и родов. Интерес к БВ существенно возрос в последние три десятилетия, когда в целом ряде исследований было показано, что БВ значительно ассоциирован с нарушениями в репродуктивном здоровье женщины, такими как цервицит [17,27], повышенный риск инфекций, вызываемых *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Candida*, вирусом герпеса типа 2 и ВИЧ [38], воспалительные заболевания органов малого таза. БВ также ассоциирован с целым рядом осложнений беременности, включая ранние и поздние [21] выкидыши, преждевременные роды [3]. Исследования многих авторов показали, что БВ может привести к развитию патологических маточных кровотечений, росту осложнений после операций на органах малого таза и кесарева сечения, преждевременному разрыву плодных оболочек, аномалии родовой деятельности, хориоамниониту, послеродовому эндометриту, снижению массы тела и пневмонии у новорожденного, а также считается одним из факторов риска развития рака шейки матки. При БВ в 2-6 раз увеличивается риск развития таких осложнений, как невынашивание беременности, хориоамнионит, преждевременные роды, внутриутробное инфицирование плода, послеродовой эндометрит, послеабортные воспалительные процессы, воспалительные заболевания органов малого таза дисплазии шейки матки.

Патофизиологические механизмы, определяющие данные осложнения, до сих пор полностью не ясны. Одна из гипотез заключается в потенциальном неблагоприятном влиянии воспалительного процесса в эндометрии, которое связано с БВ, на течение и исход беременности. Так, в нескольких исследованиях было показано присутствие ассоциированных с БВ бактерий в образцах эндометрия при плазмноклеточном эндометрите у пациенток с манифестными бессимптомным [38] БВ. Такое воспаление может нарушать физиологический иммунорегуляторный фон в ходе имплантации и раннего развития эмбриона и приводить к выкидышу (на ранних сроках беременности) или преждевременным родам (на поздних сроках). Кроме того, микроорганизмы, населяющие нижние отделы генитального тракта и представленные в большом количестве при БВ, могут восходящим путем проникать в полость матки и достигать децидуальной оболочки. Это может запускать целый ряд процессов, вовлеченных в индукцию преждевременных родов, включая увеличение продукции лейкоцитов, продукцию цитокинов, синтез простагландинов в амнионе, хорионе и миометрии [42], сокращения матки, расширение шейки матки, что, в свою очередь, способствует дальнейшему проникновению микроорганизмов в полость матки. Бактерии способны вырабатывать литические ферменты, такие как сиалидазы и муциназы, которые могут ослаблять защитную цервикальную слизь и содействовать бактериальной инвазии верхних отделов генитального тракта [8]. Однако тот факт, что очень многие беременные с БВ благополучно вынашивают здорового ребенка, свидетельствует о том, что факторы хозяина способны контролировать эти процессы.

Известно, что БВ является Ко-фактором развития (*Doctor <u(6orotnomasi, Samarqand'* папилломавирусной инфекции. Он может сочетаться с вирусами, такими как цитомегаловирус, вирус герпеса, Эпштейна-Барра, гепатита, контагиозного моллюска,

СПИДа, папилломавирус, бактериями (гонорея, шанкронид, сифилис, донованоз, микоплазменная инфекция и др.), хламидиями, простейшими (трихомониаз), грибами, паразитами.

Возможен половой путь передачи БВ, о чем свидетельствуют следующие факторы: одновременное выделение *G. vaginalis* из половых путей женщин, страдающих БВ, и их сексуальных партнеров; высокая частота реинфекций у излеченных женщин, половые партнеры которых не лечились; достоверные случаи заболевания БВ женщин после половых контактов с мужчинами, у которых обнаружены *G. vaginalis*.

У 60% женщин, страдающих БВ, выявляются нарушения микроэкологии толстой кишки (дисбактериоз кишечника), что позволяет говорить о наличии дисбиотического процесса в организме с проявлением его либо в репродуктивной, либо в пищеварительной системе.

Отсутствие единого мнения по вопросу о путях передачи БВ, по-видимому, связано с тем, что помимо микроорганизмов, в развитии БВ большое значение имеют предрасполагающие факторы.

Показаниями для обследования беременных на БВ являются: 1) жалобы на выделения из влагалища, сопровождающиеся неприятным запахом, ощущение дискомфорта в области половых органов; 2) длительное и бесконтрольное применение антибиотиков; 3) нарушение менструального цикла (преимущественно по типу олигоменореи или недостаточности лютеиновой фазы); 4) длительное использование внутриматочных контрацептивов; 5) преждевременные роды, инфекционные осложнения беременности в анамнезе; 6) планируемое прерывание беременности; 7) беременность (при постановке на учет, при сроке 27—30 нед и 36-40 нед) [46].

Необходимо отметить, что по международным стандартам скрининг и лечение беременных с бессимптомным БВ не рекомендуется, так как на сегодняшний день должным образом не доказана эффективность терапии для предотвращения неблагоприятных исходов беременности, и лечение назначают только при манифестном БВ.

Диагностику БВ можно разделить (достаточно условно) на клиническую и лабораторную. Основным способом первой является метод Амсея [13]; к клиническим методам можно отнести также экспресс-тесты. Ко второй относятся микроскопическое исследование окрашенных по Граму препаратов (метод Нуджента [7], метод Айсон-Хэй (Ison-Hay) [43], метод, основанный на критериях ВОЗ [31], культуральный метод и методы анализа нуклеиновых кислот. На практике наиболее широко применяются методы Амсея и Нуджента.

Метод Амсея предполагает использование 4 критериев. Если выполняются как минимум 3 из них, устанавливается диагноз БВ. К критериям Амсея относятся: 1) наличие специфических вагинальных выделений (однородных, серовато белых, жидких, с неприятным запахом); 2) pH отделяемого влагалища выше 4,5 (используют индикаторные полоски со шкалой или специальные индикаторные перчатки); 3) положительный аминный тест (каплю отделяемого из

влагалища помещают на предметное стекло, затем к ней добавляют каплю 10% раствора КОН, появляющийся при этом запах оценивают немедленно после добавления щелочи, поскольку он быстро рассеивается);

4) выявление «ключевых» клеток (отслоившихся клеток эпителия влагалища, поверхность которых усеяна бактериями, за счет чего они имеют «зернистый» вид) при микроскопическом исследовании нативного препарата. К преимуществам метода Амсея относится возможность диагностировать БВ во время приема и сразу назначить терапию. Недостатками являются субъективность и отсутствие возможности для микроскопии нативного препарата у большинства врачей. К клиническим методам диагностики БВ можно отнести и быстрые тесты (экспресс-тесты), такие как Fem Exam (исследование на триметиламин и измерение pH), перчатки для измерения pH самой пациенткой, «электронный нос» (исследование на триметиламин), BVBlue (измерение сиалидазной активности), Pir Activity Test Card (измерение пролинаминопептидазной активности). Широкого применения на практике экспресс-тесты не имеют главным образом из-за недостаточно высокой чувствительности и/или специфичности. Метод Нуджента основан на определении 3 бактериальных морфотипов: крупные грамположительные палочки (морфотип лактобациллы), небольшие грамотрицательные или грамвари-абельные кокки и коккобациллы (морфотип Gardnerella) и грамотрицательные или грамвариабельные изогнутые палочки (морфотип Mobiluncus). В зависимости от суммы баллов образцы расценивают как нормоценоз (число баллов от 0 до 3), промежуточный вариант микробиоценоза (от 4 до 6) и БВ (от 7 до 10). Преимуществами метода Нуджента являются относительно высокая чувствительность и специфичность, высокая степень стандартизации, что обеспечивает высокую воспроизводимость. Недостатки - трудоемкость и существование «промежуточного» варианта микробиоценоза. Для диагностики БВ методом Айсон-Хэй [43] используется 5 градаций для описания микрофлоры: 1) 0-й уровень - эпителиальные клетки без бактерий; 2) 1-й - нормальная вагинальная микрофлора (лактобациллы); 3) 2-й - уменьшение количества лактобацилл, смешанная бактериальная микрофлора; 4) 3-й - смешанная бактериальная флора незначительное количество или полное отсутствие лактобацилл; 5) 4-й - грамположительные кокки. У женщин без БВ обнаруживаются 0, 1 и 2-й уровни. Второй уровень - промежуточный, не имеет соответствия в критериях Амсея. Третий уровень соответствует диагнозу БВ по критериям Амсея.

Диагностика основанная на критериях ВОЗ [31], предполагает использование следующих критериев:

1) наличие только лактобацилл (считается нормой); 2) наличие смешанной микрофлоры (в основном лактобацилл) и небольшого количества коккобацилл (считается нормой); 3) наличие «ключевых» клеток, смешанной микрофлоры (в основном, Gardnerella и анаэробных бактерий), а также незначительного количества лактобацилл (БВ, необходимо лечение); 4) наличие «ключевых» клеток, смешанной микрофлоры в виде грамположительных, грамотрицательных и грамвариабельных кокков и коккобацилл, отсутствие лактобацилл (БВ, необходимо лечение).

Клинически БВ характеризуется отсутствием воспалительных изменений, присущих инфекционно-воспалительным заболеваниям аналогичной локализации, этиологическим агентом которых могут быть как условно патогенные микроорганизмы (E.coli, P.aeruginosa, S.aureus, E.fecalis, E.faecium, U.urealyticum и др.), так и строгие патогены (N.gonorrhoeae, C.trachomatis и др.), при колонизации которыми отмечаются лейкоцитоз с инфильтрацией слизистой и соответствующие серологические изменения (появление специфических антител). Инкубационный период составляет в среднем 10 дней.

Основные симптомы БВ:

- Обильные бели с неприятным запахом (особенно после полового акта или менструации), при длительном течении - густые, зеленоватые, пенистые.
- Иногда зуд, диспареуния. Дизурические расстройства
- Отсутствие воспалительной реакции со стороны влагалища
- Иногда обильные менструации, боли в низу живота.
- В 24% случаев - нет симптомов

Раздражение вульвы и влагалища наблюдается редко, что отличает БВ от кандидоза и трихомониаза, которые обычно сопровождаются сильным зудом.

По тяжести клинических проявлений выделяют три степени БВ: *1 степень - компенсированный*, для которого характерно полное отсутствие в исследуемом материале микрофлоры при неизмененных эпителиоцитах. Указанное состояние слизистой влагалища не рассматривается в качестве патологического, но отсутствие лактобактериальной флоры свидетельствует о принципиальной возможное™ заселения пустующей экологической ниши попадающими микроорганизмами.

2 степень - субкомпенсированный, характеризующийся количественным снижением лактобактерий, соизмеримым с возрастанием количества сопутствующей грамвариабельной полиморфной бактериальной флоры, и появлением в поле зрения единичных (1-5) «ключевых» клеток при относительно умеренном лейкоцитозе (15-25 в поле зрения). «Ключевые» клетки могут быть представлены как покрытыми бактериальной флорой снаружи эпителиоцитами, таки содержащими бактерии внутриклеточно ввиду неспецифического осуществления эпителиальными клетками функций фагоцитоза

3 степень - декомпенсированный, являющийся клинически выраженным в соответствии с симптоматикой БВ и микроскопически характеризующийся полным отсутствием лактобактерий, когда все поле зрения заполнено «ключевыми» клетками. Бактериальная флора при этом может быть представлена самыми различными микроорганизмами как в монокультуре, так и различных морфо- и видовых сочетаниях.

Особенности терапии БВ при беременности. По современным критериям БВ во время беременности необходимо лечить, даже если он протекает без симптомов. До настоящего времени терапия БВ во время беременности остается сложной проблемой. Это связано с возможным неблагоприятным влиянием используемых препаратов на плод. Основными препаратами для лечения БВ являются метронидазол и клин-

даминин [12,38]. Эти антибактериальные препараты имеют различные спектры антимикробной активности, и каждый из них обладает определенными преимуществами и недостатками; несмотря на это, оба препарата широко используются для лечения БВ. Метронидазол, принимаемый как перорально, так и интравагинально, является эффективным препаратом для эрадикации большинства анаэробных микроорганизмов. Однако исследования *in vitro* показали, что метронидазол и другие нитроимидазолы в значительной степени неэффективны против *G. vaginalis*, *Mobiluncus spp.*, *M. hominis*, *Ureaplasma spp.* и *A. Vaginae* [38]. Кроме того, этот препарат малоэффективен против стрептококков и *Staphylococcus aureus*. Преимуществом метронидазола является то, что он неактивен в отношении лактобацилл [38]. Несмотря на то что препарат не действует на некоторые бактерии, ассоциированные с БВ, лечение метронидазолом пациенток с манифестным БВ имеет те же показатели эффективности, что и при лечении клиндамицином, обладающим более широким спектром антимикробной активности [19]. Это объясняется активностью гидроксильных метаболитов препарата *in vivo*, которые могут быть эффективны в отношении БВ-ассоциированных микроорганизмов. Другое возможное объяснение заключается в том, что метронидазол изменяет микрофлору влагалища путем эрадикации чувствительных к нему бактерий (анаэробных и некоторых других микроорганизмов), что способствует излечению от БВ [51].

Клиндамицин имеет более широкий по сравнению с метронидазолом спектр антибактериальной активности [22]. Клиндамицин активен в отношении *G. vaginalis*, *Mobiluncusspp.*, а также стрептококков и *N. Gonorrhoeae* [50]. Микоплазмы (за исключением некоторых штаммов уреаплазм) также чувствительны к клиндамицину [22]. В исследовании A.Ugwumadu и соавт. (2003) было показано, что у пациенток с наивысшим баллом по шкале Нуджента (что соответствует самому серьезному нарушению микробной экосистемы влагалища, при котором часто обнаруживается *Mobiluncusspp.*) частота преждевременных родов была значительно ниже в группе, принимавшей клиндамицин, по сравнению с группой, принимавшей плацебо (5,4% против 35,7%) [12].

В настоящее время не существует единого мнения относительно выбора антибактериального препарата для терапии БВ при беременности, а также оптимального пути введения (перорального или интравагинального) и оптимального срока гестации для проведения терапии. Так как наиболее широким спектром антимикробной активности обладает клиндамицин, это делает его привлекательной опцией для лечения БВ при беременности. Более 95% штаммов основных патогенных грамотрицательных анаэробных бактерий чувствительны к клиндамицину [22]. Относительно побочных эффектов клиндамицин выигрывает по сравнению с другими антибиотиками широкого спектра действия. Кроме того, в литературе не описано случаев токсического действия клиндамицина на эмбрион человека. Потенциальным недостатком клиндамицина является относительная устойчивость к нему клостридий [19]. Наибольшую вариабельность чувствительности проявляют различные штаммы *Clostridium difficile*, этиологического агента антибиотикоассоциированного колита (псевдомембранозного колита). В то же время все антибиотики широкого спектра могут вызвать антибиотикоассоциированный колит, и клиндамицин в

этом отношении мало чем отличается от амоксициллина или цефалоспоринов [36].

Важным вопросом терапии БВ, особенно при беременности, представляется способ введения клиндамицина. Интравагинальный прием обеспечивает наивысшую концентрацию антибиотика во влагалище, что является большим преимуществом, так как при БВ бактерии присутствуют в огромном количестве. Кроме того, интравагинальные препараты клиндамицина имеют ограниченную системную абсорбцию (только 4%), поэтому представляются безопаснее перорального клиндамицина [48]. Однако, если микроорганизмы уже проникли в эндометрий/децидуальную оболочку, интравагинальный клиндамицин может быть неэффективным, в этом случае системная терапия более предпочтительна. В связи с этим рассматривается вопрос о сочетании системной и местной терапии, обеспечивающей эрадикацию микроорганизмов, населяющих как влагалище, так и верхние отделы урогенитального тракта.

Несмотря на то, что вопрос об эффективности лечения БВ при беременности для предотвращения преждевременных родов остается открытым, недавний систематический обзор и метаанализ зарубежных рандомизированных клинических испытаний показал, что, когда клиндамицин назначался беременным с БВ до 22 недель гестации:

1) показатель преждевременных родов был значительно ниже, чем в контрольной группе (однако снижение риска преждевременных родов до 37 недель гестации было статистически значимо только для перорального, но не для вагинального клиндамицина);

2) средний срок гестации к началу родов был значительно выше среди женщин, которых лечили клиндамицином, чем среди пациенток контрольной группы;

3) показатель поздних выкидышей был ниже в группе женщин, принимавших клиндамицин, по сравнению с контрольной группой [48].

Необходимо отметить, что подходы к лечению БВ при беременности в странах Европы и Северной Америки несколько отличаются от подходов, принятых в странах постсоветского пространства. По международным стандартам предпочтение отдается системной терапии в основном метронидазолом. Так, согласно рекомендациям Центра по контролю и профилактике заболеваний, США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) для лечения беременных как препарат первого выбора рекомендуется метронидазол (500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней или 250 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней); в качестве альтернативной терапии предлагается клиндамицин (300 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней) [48]. В соответствии с Европейскими рекомендациями препаратом первого ряда для лечения БВ у беременных также является метронидазол (400 или 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней или 2 г 1 дозой внутрь); в качестве альтернативной терапии предлагается клиндамицин для системного или местного применения (клиндамицин 2% интравагинально 5 г на ночь в течение 7 дней или клиндамицин 300 мг внутрь 2 раза в

сутки в течение 7 дней), а также метронидазол (гель) для местного применения (2 раза в сутки в течение 7 дней) [48]. В соответствии с Клиническими рекомендациями по акушерству и гинекологии, принятыми в России, при БВ в 1-й половине беременности рекомендована только местная терапия клиндамицином; во 2-й половине возможна системная терапия метронидазолом и орнидазолом [36]. Применяя антибактериальные препараты, мы неизбежно получаем побочные эффекты, обусловленные гибелью естественной флоры. Кроме того, высокое разнообразие патогенных организмов и образование бактериальных пленок - колоний бактерий с повышенной резистентностью к антибиотикам делает лечение неэффективным, заставляя неоднократно повторять курс антибактериальной

терапии.

Витамин С (Вагинорм С) является рациональной альтернативой в лечении вагинальных дисбиозов. Нормализуя pH непосредственно и через улучшение секреции эстрогенов, модулируя иммунитет, витамин С не только способствует выживанию нормальной флоры, но и может подавлять образование резистентных бактериальных пленок. Результаты клинических исследований показывают высокую эффективность препаратов витамина С при лечении БВ [46].

Таким образом, БВ - довольно частое состояние у беременных, которое требует своевременной диагностики и правильного лечения с целью предупреждения осложнений беременности и родов.

Литература

1. Акушерство и гинекология - клинические рекомендации. Под ред. Г.М.Савельевой, В.Н.Серова, Г.Т.Сухих. 3-е изд. 2011
2. Андреева В.О., Болотова Н.В., Владимирова Е.В., Райгородский Ю.М. Динамическая магнитотерапия в комплексном восстановительном лечении бактериального вагиноза у девочек из группы часто болеющих детей. Акушерство и гинекология, 2009, N4, с. 50-54
3. Анкирская А.С., Муравьева В.В., Миронова Т.Г., Королева Т.Е., Любасоваская Л.А., Байрамова Г.Р. Генитальный кандидоз в структуре оппортунистических инфекций влагалища. Принципы лабораторной диагностики и значение мониторинга чувствительности грибов к антимикотикам. Акушерство и гинекология, 2009, N 5, с.31-37
4. Аполихина И.А., Муслимова С.З. Бактериальный вагиноз: что нового? Consilium medicum, №6, том 10, 2008
5. Аравийский Р.А., Климов Н.Н., Васильева Н.В. Диагностика микозов: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей. - СПб., 2004
6. Дмитриев Г. А. Лабораторная диагностика бактериальных урогенитальных инфекций. - М.; Н.Новгород, 2003
7. Дмитриев Г.А., Глазко И.И. Бактериальный вагиноз. - М., 2008
8. Дуда В.И., Дуда И.В. Гинекология, Минск, 2004
9. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передающихся половым путем. М.: Медицинская литература, 2004.
10. Егорова А.Т., Базина М.И., Рулева М.А. Опыт лечения бактериального вагиноза у беременных женщин клиндамицином (крем вагинальный). Рос.вестн. акушера-гинеколога 2010; 6: 68-71.
11. Ефимов Б.А., Тютюнюк В.Л. Бактериальный вагиноз: современный взгляд на проблему. РМЖ. 2008; 16 (1): 18.
12. Захарова Т.В., Волков В.Г., Лисицина Т.В. Современные подходы к лечению бактериального вагиноза. Акушерство и гинекология, 2005, N 1, с. 40-42
13. Карапетян Т.Э., Муравьева В.В., Анкирская А.С. Лечение бактериального вагиноза в I триместре беременности. Акушерство и гинекология, 2008 N 5, с. 49-52
14. Качалина Т.С., Денисенко Е.П. применение вагинальных суппозиторий гексиконпри бактериальном вагинозе. Акушерство и гинекология, 2004, N 4, с.60
15. Костава М.Н. Микробиоценоз влагалища и состояние эпителия шейки матки. Consilium medicum, №6, том 10, 2008
16. Липова Е.В. Урогенитальные инфекции у женщин: методологические, клинико-лабораторные подходы к диагностике и терапии: Автореф. Дисс., ...д-ра мед.наук. - М., 2004
17. Малова И.О., Наводникова А.Ю. Эффективность крема "Клиндацин" при лечении бактериального вагиноза у больных пубертантного возраста. Акушерство и гинекология, 2007, N 6, с. 48 - 49
18. Малышева С.В. Вагинальный кандидоз и бактериальный вагиноз в пубертантном периоде: клиника и лечение: Автореф. Дисс. ...канд.мед.наук. - Иркутск, 2001
19. Манухин И.Б., Минкина Г.Н., Царькова М.А. Бактериальный вагиноз: Метод.рекомендации. - М., 2002
20. Руководство CDC по лечению инфекций, передающихся половым путем, 2006 - М., 2007
21. Побединский Н.М., Аксенова О.А., Аксенова М.Г., Молочков В.А. Клинико-бактериологическое обоснование комплексного лечения бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста. Акушерство и гинекология, 2006, N 6. с. 24-27
22. Савичева А.М., Башмакова М.А., Красносельских Т.В. и др. Лабораторная диагностика бактериального вагиноза. СПб.: Н-Л, 2011.
23. Cherpes TL, Meyn LA, Krohn MA et al. Association between acquisition of herpes simplex virus type 2 in women and bacterial vaginosis. Clin Infect Dis 2003; 37: 319-25.
24. Fredricks DN, Fiedler TL, Marrazzo JM. Molecular identification of bacteria associated with bacterial vaginosis. N Engl J Med 2005; 353:1899-911
25. Ison CA, Hay PE. Validation of a simplified grading of Gram stained vaginal smears for use in genitourinary medicine clinics. Sex Transm Infect 2002; 78 (6): 413-5.
26. Schwebke JR, Weiss HL. Interrelationships of bacterial vaginosis and cervical inflammation. Sex Transm Dis 2002; 29: 59-64.
27. Spiegel CA. Bacterial vaginosis. Rev Med Microbiol 2002; 13: 43-51.
28. Ugwumadu A, Manyonda I, Reid F, Hay P. Effect of early oral clindamycin on late miscarriage and preterm delivery in asymptomatic women with abnormal vaginal flora and bacterial vaginosis: a randomised controlled trial. Lancet 2003; 361: 983-8.
29. WHO. Sexually transmitted and other reproductive tract infections. A guide to essential practice. Annex 3. Laboratory tests for STI, 2005.
30. Wiesenfeld HC, Hillier SL, Krohn MA et al. Bacterial vaginosis is a strong predictor of Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis infection. Clin Infect Dis 2003; 36: 663-8.