

госпитализаций пациентов с COVID-19 отмечалось в 2020 году в октябре-декабре, а в 2021 – январе-марте и октябре-декабре, что соответствует эпидемиологическому подъему других ОРВИ.

Станько Д.Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ АНАЭРОБНОГО ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Высокий интерес к проблеме рецидивирующего анаэробного дисбиоза обусловлен его распространенностью, многообразием этиологических факторов, слабой выраженностью клинических проявлений, диагностическими трудностями и отсутствием эффективной терапии. Эти факторы вносят значительный вклад в общую картину и имеют экономические последствия в сфере сохранения репродуктивного здоровья.

Цель. Определение критериев диагностики рецидивирующего анаэробного дисбиоза на фоне цервикальной эктопии у женщин репродуктивного возраста.

Методы исследования. Выкопировка данных, клинический, кольпоскопический, цитологический, pH-метрия влагалищных выделений, бактериоскопический, PCRreal-time, статистический (пакет SPSS 26).

Результаты и их обсуждение. В исследование включены 124 пациентки репродуктивного возраста УЗ «ГЦГП ЖК № 2» г. Гродно с различным состоянием микробиоценоза влагалища по данным рутинного мазка на флору: 36 случаев нормобиоценоза, предполагаемый промежуточный вариант у 25 женщин, 63 случая предполагаемого бактериального вагиноза. Для исследования использовали влагалищную жидкость с наибольшим значением pH. Критериями исключения были вагиниты специфической, неспецифической этиологии. Рецидивирующий бактериальный вагиноз выявляли по наличию 3 из 4 критериев Амсея с подтверждением методом PCR real-time системой «Флороценоз-БВ», наличию 3 и более эпизодов

в год. Корреляционный анализ по Спирмену при подтверждении наличия БВ выявил сильную связь между количеством лактобактерий и общей бактериальной массой (ОБМ) ($r=0,89$, $p<0,01$), умеренную положительную связь между ОБМ и количеством вагинальной гарднереллы и атопобиума – BV ($r=0,68$, $p<0,01$), взаимоотношениями между количеством лактобактерий и сочетания количества гарднереллы и атопобиума ($r=0,69$, $p<0,01$), коэффициентом дисбиоза и отношением лактобактерии/ОБМ ($r=0,88$, $p<0,01$). Кластерный анализ по k-средним позволил выявить 4 группы пациенток. В 1-й группе из 36 пациенток выявлено состояние нормобиоценоза влагалища, pH влагалищной жидкости 4,1 [3,8; 4,4], ОБМ составила $4,1 \times 10^7 - 7,3 \times 10^8$ ГЭ/мл, BV не более 4×10^3 . Во 2-й группе из 29 пациенток обнаружено промежуточное состояние переходного микробиоценоза, pH влагалищной жидкости 4,6 [4,5; 4,8], ОБМ составила $2,9 \times 10^7 - 2 \times 10^8$ ГЭ/мл, BV= $2,7 \times 10^6 - 2,2 \times 10^7$. В 3-й группе пациенток обнаружен классический бактериальный вагиноз, pH=5,1 [4,7–5,5], ОБМ составила $7,4 \times 10^7 - 9,9 \times 10^8$ ГЭ/мл, BV= $2,7 \times 10^6 - 2,2 \times 10^7$. В 4-й группе пациенток отмечался выраженный анаэробный дисбиоз влагалища, pH=5,1 [5,7–6,5], ОБМ составила $7 \times 10^8 - 5 \times 10^9$ ГЭ/мл, BV= $2,5 \times 10^8 - 3,9 \times 10^9$. Методом ROC-анализа с вычислением максимального значения индекса Юдена определен порог выявления рецидивирующего бактериального вагиноза на уровне pH=4,9 единицы. В случаях с выявленным анаэробным дисбиозом «ключевые клетки» встречали при ОБМ, составляющей $1,7 \times 10^8 - 3,8 \times 10^9$ ГЭ/мл, BV= $5,2 \times 10^7 - 1,6 \times 10^9$. В подозреваемом промежуточном состоянии биоценоза «ключевые клетки» в случаях с выявленным бактериальным вагинозом были обнаружены при ОБМ, составляющей $4 \times 10^7 - 1,6 \times 10^8$ ГЭ/мл, BV= $1,6 \times 10^7 - 1,9 \times 10^7$. Микроскопически появлялась возможность определить смешанную флору при наличии $1 \times 10^{4-5}$ ГЭ/мл BV-микроорганизмов.
