

Таким образом, факторами, способствующими развитию заболевания, в обеих подгруппах практически с одинаковой частотой выступали острая респираторная инфекция (48,8% и 45,9%), ангина (12,2% и 10,8%) и хронический тонзиллит (43,9% и 54,1%, соответственно). Наследственная отягощенность по патологии мочевыделительной системы и гипертонической болезни выявлена у половины (51%) пациентов при ХГН и 34% при ОГН. При ХГН у 30% детей патология мочевыделительной системы прослеживалась по материнской линии. Менее чем у 10% пациентов при ОГН и ХГН (9,8% и 5,4%, соответственно) физическое развитие оценено как низкое и ниже среднего. У 25% больных в каждой подгруппе физическое развитие было дисгармоничным, в равной степени как с дефицитом, так и с избытком массы тела.

Литература

1. Игнатова, М.С. Диагностика и лечение нефропатий у детей / М.С. Игнатова, Н.А. Коровина // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 336с.
2. A hybrid CFHR3–1 gene causes familial C3 glomerulopathy / Т.Н. Malik [et al.] // J. Am. Soc. Nephrol. – 2012. – Vol. 23 (7). – P. 1155–1160.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО (КРИТЕРИИ АМСЕЛЯ) И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО (КРИТЕРИИ НЬЮГЕНТА) КЛАССИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Костюк С.А., Шиманская И.Г., Полуян О.С., Руденкова Т.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Актуальность. Инфекции влагалища относят к наиболее часто встречающихся акушерско-гинекологических заболеваний. Рост частоты бактериальных вагинозов у женщин связан с изменением сексуального поведения молодежи, процессами миграции и урбанизации и др. [3].

Этиологии бактериального вагиноза обусловлена условно-патогенными микроорганизмами, при этом часто регистрируется полимикробный характер данного заболевания [2].

Бактериологический метод определения видовой принадлежности возбудителя сложен, трудоемок. Существуют клинические критерии Амсея (1983г.), включающие: наличие обильных влагалищных выделений; рН влагалищного отделяемого выше

4,5; положительный аминовый тест; обнаружение «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании отделяемого влагалища. Также для оценки состояния пациентки с инфекцией влагалища используется метод Ньюгента, основанный на микроскопическом выявлении в вагинальном отделяемом трех бактериальных морфотипов, таких как крупные грамположительные бактерии (лактобациллы), грамотрицательные или грамвариабельные бактерии (*Gardnerella vaginalis* и анаэробные бактерии) и изогнутые грамотрицательные или грамвариабельные бактерии (*Mobiluncus*).

В настоящее время целесообразно оценить диагностическую значимость классических методов и оптимизировать клинико-лабораторной диагностики путем создания единого диагностического алгоритма для обследования данной категории пациенток.

Цель – оценить диагностическую значимость клинического (критерии Амсея) и микробиологического (критерии Ньюгента) классических методов диагностики бактериального вагиноза.

Методы исследования. В основную группу (I) вошли 61 пациентка с установленным бактериальным вагинозом, контрольную группу (II) составили 12 практически здоровых женщин. При этом основная группа пациентов I была разделена на 2 подгруппы: в подгруппу Ia основной группы вошли 29 женщин с промежуточным микробиоценозом (мезоценоз), в подгруппу Ib - 32 пациентки с дисбиозом.

В данных группах пациенток проведена оценка клинических критериев Амсея для диагностики бактериального вагиноза (1983г.) и критериев Ньюгента, основанных на микроскопическом выявлении в вагинальном отделяемом трех бактериальных морфотипов.

Определение pH отделяемого влагалища проводили с использованием индикаторных тест-полосок, «Фармаско», Украина, с шагом 0,3-0,5 от 4,0 до 7,0. Аминовый тест проводили путем смешивания капли вагинальных выделений с каплей 10% раствора КОН. Отделяемое влагалища для микроскопического исследования получали специальными тампонами и помещали на два предметных стекла. Для исследования методом ПЦР в реальном времени (референс-метод) отделяемое влагалища помещали в пробирку, содержащую физиологический раствор.

Оценку результатов по критериям Ньюгента проводили по шкале от 0 до 10 в зависимости от количества микроорганизмов в поле зрения светового микроскопа (табл. 1).

Таблица 1 – Оценка морфотипа бактерий по критериям Ньюгента

Баллы	Морфотип А/ Lactobacilli	Морфотип В / Gard- nerella	Морфотип С / Mobiluncus
0	> 30 микроорганизмов	Отсутствие микрофлоры	Отсутствие микрофлоры
1	5-30 микроорганизмов	1 микроорганизм	1 микроорганизм
2	1-4 микроорганизмов	1-4 микроорганизм	1-4 микроорганизм
3	1 микроорганизм	5-30 микроорганизмов	5-30 микроорганизмов
4	Отсутствие микрофлоры	>30 микроорганизмов	> 30 микроорганизмов

Результат исследования оценивали по сумме баллов (А+В+С) и интерпретировали следующим образом:

0-3 балла – нормальный (физиологический) микробиоценоз;

4-6 баллов – промежуточный микробиоценоз;

7-10 баллов – бактериальный вагиноз.

Результаты и их обсуждение. С целью оценки диагностических параметров диагностической чувствительности (ДЧ) и диагностической специфичности (ДС) [1] каждого из критериев Амсея было проведено сопоставление полученных данных обследования в сравнении с критериями Ньюгента, согласно которых диагноз бактериального вагиноза был установлен у 61 женщины.

Первый критерий Амсея - обильные патологические выделения из влагалища- были у всех женщин. ДЧ этого критерия составила 100%. Однако ДС была низкой и составила 77,0%. Вторым критерий Амсея - увеличение рН отделяемого влагалища больше 4,5. ДС этого критерия также была низкой - 72% при ДЧ – 100%. Анализируя статистические данные был получен уровень порогового значения рН отделяемого влагалища - 5,3, при повышении которого ДЧ критерия рН отделяемого влагалища достигала 93,0%, ДС - 95,0%, что позволяет увеличить вероятность выявления заболевания только по критерию рН вагинального отде-

ляемого $>5,3$ используя его до того, как станут известны результаты лабораторного исследования.

В Ib подгруппе основной группы pH отделяемого влагалища у женщин в среднем был равен $6,0 \pm 0,1$, в Ia подгруппе показатель pH тоже был повышен и составил в среднем $5,2 \pm 0,08$. В контрольной группе женщин показатель pH колебался от 4,0 до 5,0 и в среднем составил $4,5 \pm 0,04$. Различия pH отделяемого влагалища в основной группе по сравнению с контрольной группой были статистически достоверными ($p < 0,001$). Показатель pH более 5,3 имели большинство женщин Ia и Ib подгрупп (69,0% и 94,0% соответственно), а в контрольной группе ни у одной женщины pH не превысил уровень 5,3. У 83,0% женщин контрольной группы pH не превышал 4,5, в 17,0% случаев pH был в пределах 4,5-5,3.

Третьим критерием Амсея в диагностике бактериального вагиноза является аминовый тест. Аминовый тест был положительным у 49 (80,0%) женщин основной группы. ДЧ аминового теста составила 82,57%, ДС - 99,35%.

Четвертым критерием Амсея является обнаружение «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании отделяемого влагалища. «Ключевые» клетки были обнаружены у 48 (79,0%) пациенток основной группы. В контрольной группе ни у одной женщины «ключевые» клетки не были обнаружены. ДЧ критерия выявления «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании составила 82,57%, ДС – 100%.

Выводы. Установлен критический порог pH влагалищных выделений при бактериальном вагинозе - 5,3, превышение которого многократно увеличивает риск развития бактериального вагиноза.

Сочетание трех критериев Амсея (патологические выделения из влагалища, pH отделяемого влагалища выше 5,3 и положительный аминовый тест) сопоставимо с критериями Ньюгента и имеет ДЧ 94,7%, ДС 96,8%, прогностическую значимость положительного результата 96,2% и прогностическую значимость отрицательного результата 95,6%, диагностическую точность 95,8%, что максимально приближено к оптимальному значению надежности метода в установлении диагноза. Таким образом, наличие этих клинических критериев Амсея сопоставимы с крите-

риями Ньюгента, используемыми для диагностики бактериального вагиноза на начальном этапе.

В диагностике бессимптомных или атипичных форм бактериального вагиноза решающую роль играет ПЦР в реальном времени.

Литература

1. Костюк С.А. Клиническая лабораторная диагностика ассоциированных инфекций урогенитального тракта: монография / С.А. Костюк. – Минск: БелМАПО, 2012. – 306 с.
2. Савичева А.М. Бактериальный вагиноз и беременность / А.М. Савичева и Е.В. Шипицына // Гинекология. - 2012. – Том 14, №3. – С.38-43.
3. Серов В.Н. Рациональная терапия влагалищной инфекции / В.Н. Серов // Гинекология. - 2005. – Том 7, №2. – С. 13-19.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИДОВОГО СОСТАВА ЛАКТОБАЦИЛЛ В ОТДЕЛЯЕМОМ ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ И У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН

Костюк С.А., Шиманская И.Г., Полюян О.С., Руденкова Т.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Актуальность. Бактериальный вагиноз – дисбиотическое состояние, при котором происходит нарушение естественного баланса в микробиоценозе влагалища между лактобациллярной микрофлорой и условно-патогенными анаэробными микроорганизмами.

Частота бактериального вагиноза составляет около 30% в общей популяции, а у женщин, имеющих обильные выделения из влагалища, достигает 80%. В то же время около 50% пациенток с бактериальным вагинозом не имеют жалоб, что связано с нетипичным течением заболевания и повышением частоты его стертых форм [1].

Бактериальный вагиноз ассоциирован с нарушениями репродуктивного здоровья женщины: гормональной недостаточностью яичников, воспалительными заболеваниями органов малого таза, диспластическими процессами шейки матки, инфекционными осложнениями после оперативных вмешательств, неудачными попытками ЭКО, невынашиванием беременности и такими аку-