

ЖДА II и особенно III степени у пациенток с ДГЗМ, нуждающихся в радикальном оперативном лечении, требует быстрой (парентеральной) компенсации недостатка железа до хирургического вмешательства по нескольким причинам:

- с целью подготовки к предстоящей хирургической травме, сопровождающейся кровопотерей, высоким риском инфекционных осложнений;
- в связи с возможностью вторичной стимуляции прогрессирования ДГЗМ (рост узлов миомы, рост и дальнейшая инвазия очагов аденомиоза) при длительно существующей анемии III степени;
- для улучшения условий заживления раны;
- из-за низкого риска (по сравнению с энтеральными лекарственными формами) побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, что особенно важно вследствие высокой отягощенности больных с ДГЗМ по хроническим заболеваниям пищеварительной системы (44,1%), а также в связи с необходимостью восстановления нормальной перистальтики в послеоперационном периоде.

Кроме того, особое внимание в процессе компенсации сидеропении следует обращать на сбалансированность диеты по другим микроэлементам, витаминам, макроэлементам, относительный дефицит которых в условиях интенсификации гемопоза может лимитировать скорость восстановления гематологических и других показателей.

Одной из возможностей сбалансировать диету в послеоперационном периоде является использование энтерального питания Нутризон в качестве дополнительного источника микроэлементов и витаминов.

Литература

1. Блошанский Ю.М., Geisser P., Хасабов Н.Н. Анемия беременных // Гинекология. – 2006; 8 (2): 47–50.
2. Бредер В.В., Горбунова В.А. Анемия при злокачественных опухолях. В кн.: Руководство по онкологии / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 840 с.
3. Кудрин А.В., Громова О.А. Микроэлементы в иммунологии и онкологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 544 с.
4. Кудрина Е.А. Современные подходы к патогенезу, диагностике и лечению генитального эндометриоза. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999. – 58 с.
5. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / Под ред. И.С. Сидоровой. – М.: Мед. информ. агентство, 2002. – 256 с.
6. Станович И.В. Дифференцированный подход к диагностике и лечению гиперплазии эндометрия у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 157 с.

PERIOPERATIVE CORRECTION OF IRON-DEFICIENCY ANEMIA IN CONCOMITANT BENIGN UTERINE PATHOLOGY

E. Kudrina, MD; I. Stanovich, Candidate of Medical Sciences; A. Konovalova,

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

The experience in treating patients with iron-deficiency anemia with enteral and parenteral iron preparations is analyzed. A tactic for perioperative compensation of sideropenia with intravenous Venofer is proposed for posthysterectomy patients.

Key words: iron-deficiency anemia, sideropenia, uterine hyperplastic diseases, hysterectomy.

ГИСТЕРОСКОПИЯ В УСЛОВИЯХ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

А. Луговая,

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий на базе инновационного отделения малоинвазивных технологий ГКБ им. С.П. Боткина
E-mail: anlu@yandex.ru

С целью коррекции нарушений микробиоценоза влагалища в качестве предоперационной подготовки использовали препарат широкого спектра действия Споробактерин, что позволило в несколько раз снизить частоту рецидивов дисбиоза в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: гистероскопия, профилактика инфекций, бактериальный вагиноз, Споробактерин.

Серьезной медицинской и социальной проблемой в акушерстве и гинекологии являются нарушения микроценоза влагалища и шейки матки, выявляемые при скрининговом обследовании у 9–24% клинически здоровых женщин и у 45–86% больных гинекологических стационаров. Они приводят к инфекционным осложнениям после хирургических вмешательств на органах малого таза, способствуют возникновению воспалительных заболеваний внутренних половых органов, в несколько раз повышают риск акушерских и перинатальных осложнений [5, 7, 9].

Гистероскопия, применяемая для диагностики и оперативного лечения внутриматочной патологии (полипы эндометрия, гиперплазия эндометрия и др.), – достаточно сложная гинекологическая операция, требующая строгого соблюдения показаний и противопоказаний. Соблюдение условий для ее проведения во многом служит профилактикой ближайших и отдаленных инфекционно-воспалительных осложнений гистероскопии.

Ретроспективный анализ, проведенный в гинекологической клинике больницы им. С.П. Боткина, показал, что инфекционно-воспалительные осложнения в виде эндометрита, сальпингоофорита и гематометры развились: после офисной гистероскопии – у 5 (0,3%) больных из 1570 (2001–2006 гг.); после гистероскопии с расширением цервикального канала в сочетании с эндохирургическим вмешательством – у 9 (0,17%) больных из 5100 и после расширения цервикального канала в сочетании с гистероскопией и кюретажем – у 23 (0,39%) больных из 5730 (1996–2006 гг.); после гистерорезектоскопии миоматозных узлов, полипов, перегородок в полости матки, синехий и аблации эндометрия – у 51 (0,98%) больной из 4960 (1996–2006 гг.). Манифестировали указанные осложнения в первые 3 сут после гистероскопии.

Не вызывает сомнений необходимость совершенствования методов профилактики инфекционно-воспалительных осложнений при внутриматочных хирургических вмешательствах.

В то же время отмечается широкое распространение нарушений микробиоценоза влагалища при отсутствии выраженных клинических проявлений. По данным разных авторов, частота бактериального вагиноза (БВ) составляет от 4 до 64% [2, 3, 6, 7].

В случае внутриматочных вмешательств при БВ повышается риск возникновения или обострения хронических инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза (цервицит, вагинит, эндометрит, сальпингоофорит, tuboовариальные абсцессы и др.). Сказанное свидетельствует о значимости разработки эффективных методов коррекции нарушений микробиоценоза у женщин, поступающих на гистероскопию [1, 4, 8].

Изменение микробиоценоза половых путей (табл. 1) проявляется в увеличении количества условно-патогенных микроорганизмов и мест их обитания, что становится причиной адаптивных или необратимых изменений в соответствующем звене микроэкосистемы [3].

Нами изучены изменения микробиоценоза влагалища, развивающиеся после гистероскопии, и возможные методы профилактики его нарушений с целью предупреждения развития инфекционно-воспалительных осложнений после гистероскопии у больных с внутриматочной патологией и сопутствующим БВ.

Были обследованы 150 женщин в возрасте от 26 до 47 лет с внутриматочной патологией, которым предполагалось проведение диагностической и оперативной гистероскопии. Анамнестические данные и результаты клинического, лабораторного и инструментального обследования указывали на отсутствие у всех пациенток инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза.

Основную группу составили 100 пациенток с клиническими проявлениями БВ и нарушением состава микрофлоры влагалища, контрольную – 50 больных с нормобиоценозом.

В качестве подготовки к гистероскопии всем пациенткам основной группы в течение 7 дней проводилась коррекция нарушений биоценоза влагалища: в 1-й подгруппе (n=50) – клиндамицином в виде вагинального 2% крема; во 2-й (n=50) – Споробактерином (содержащим живые бактерии *Bacillus subtilis* 534), перорально – по 1 дозе 2 раза в день. В контрольной группе никакой предоперационной подготовки не проводилось.

Перед оперативным вмешательством выполняли УЗИ органов малого таза; показаниями к операции были: подозрение на наличие полипов эндометрия и цервикального канала; на гиперплазию эндометрия и субмукозные миомазные узлы. Наркоз осуществляли внутривенным введением кетамина и дипривана. Гистероскопию проводили терапевтическим гистероскопом диаметром 8 мм (расширение цервикального канала до № 8 расширителей Гегара) в условиях постоянного-проточного жидкостного расширения полости матки 5% раствором глюкозы; она сочеталась с последующим отдельным диагностическим выскаб-

ливанием стенок полости матки/цервикального канала и контрольной гистероскопией. Продолжительность вмешательства составляла от 10 до 15 мин. Кровоточность была минимальной.

Самочувствие и общее состояние больных после гистероскопии оценивалось как удовлетворительное. Кровяные выделения к концу 1-х суток у всех обследованных отсутствовали. Температура тела не поднималась выше 37°C. Инфекционно-воспалительных осложнений не отмечалось. Пациенток выписывали из стационара на 5-е сутки без каких-либо клинических проявлений инфекционно-воспалительных осложнений.

Контрольное обследование накануне гистероскопии показало нормализацию микробиоценоза или улучшение состава микрофлоры влагалища у всех 100 пациенток основной группы, при этом во 2-й группе у обследованных выделялись бактерии.

После вмешательства (гистероскопия) проводили обследование на 3, 12 и 21-е сутки и сравнивали результаты с полученными до гистероскопии.

Данные о динамике клинических (выделения, запах, зуд) и микроскопических («ключевые клетки», лактофлора) проявлений БВ в послеоперационном периоде у больных 2 основных групп и в контроле представлены в табл. 2.

Следует подчеркнуть, что клиническим признакам БВ предшествовало изменение микробного пейзажа (появление «ключевых клеток», уменьшение содержания лактофлоры в поле зрения и пр.), характеризовавшее нарушение микробиоценоза по типу БВ.

На 3-и сутки после гистероскопии у 12 (24%) больных 1-й подгруппы обнаружены клинические проявления БВ и у 18 (36%) – ухудшение микробного пейзажа; к 12-м суткам число таких пациенток сократилось соответственно до 5 и 8, а на 21-е сутки вновь увеличилось до 9 (18%) и 12 (24%) женщин.

Во 2-й подгруппе до 12-х суток послеоперационного периода не отмечалось ни клинических, ни бактериологических проявлений БВ. При исследовании влагалищного содержимого на 3-и сутки обнаружены грамположительные спорообразующие палочки в количестве 10^5 КОЕ/мл. На 12-е сутки у 3 больных этой подгруппы отмечены клинические проявления БВ и у 1 – незначительное количество «ключевых клеток» в мазке и наличие лактофлоры. К 21-м суткам БВ микроскопически проявлялся у 1 пациентки пониженным количеством лактофлоры, а клинически – у 2 (4%) женщин (в виде выделений с зудом). Бактерии у обследованных, получавших Споробактерин, к 12-м суткам после гистероскопии не выявлялись.

Характеристика биоценоза влагалища в норме и при БВ (Кира Е., 2001)

Таблица 1

Норма	БВ
Доминирование лактобактерий	Незначительное количество или отсутствие лактобактерий
Отсутствие грамотрицательной микрофлоры, спор, мицелия и др.	Обильная полиморфная грамотрицательная, грамположительная палочковая и кокковая микрофлора
Отсутствие лейкоцитоза в мазке	Количество лейкоцитов варьируемо
Соотношение анаэробы/аэробы – 10:1	Соотношение анаэробы/аэробы: 100:1–1000:1
Единичные «чистые» эпителиальные клетки	Наличие «ключевых клеток», полимикробная картина мазка

Таблица 2

Проявления БВ у наблюдавшихся пациенток						
Группа	Период исследования	Выделения	Запах	Зуд	«Ключевые клетки»	Лактофлора
1-я подгруппа	А	0	0	0	0	50
	Б	12	5	10	18	9 ↓
	В	5	3	5	8	6 ↓
	Г	9	3	4	12	5 ↓
2-я подгруппа	А	0	0	0	0	Споровые
	Б	0	0	0	0	То же
	В	3	Нет	1	1	1 ↓
	Г	2	Нет	1	Нет	1 ↓
Контрольная группа	А	0	0	0	0	50
	Б	17	9	11	20	17 ↓
	В	6	1	2	3	6 ↓
	Г	0	0	0	0	2 ↓

Примечание. А – до вмешательства; Б – на 3-и сутки после него; В – на 12-е; Г – на 21-е сутки после гистероскопии. Стрелка – уменьшение количества лактофлоры.

Таблица 3

Рецидивы БВ после гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания у обследованных основной группы			
Подгруппа	Сутки исследования	Частота проявлений БВ	
		клинических	микроскопических
1-я (клиндамицин)	3-и	12	18
	12-е	5	8
	21-е	9	12
2-я (Споробактерин)	3-и	0	0
	12-е	3	1
	21-е	2	1

Анализ результатов в контрольной группе показал, что наибольшее число пациенток с клиническими проявлениями БВ отмечено на 3-и сутки после гистероскопии – 17 (34%). К 21-м суткам только у 2 (4%) пациенток сохранялось нарушение микроскопической картины в виде снижения содержания лактофлоры.

Данные о частоте рецидивов БВ после внутриматочного вмешательства у больных, получавших в предоперационном периоде клиндамицин и Споробактерин, представлены в табл. 3, из которой видно, что при использовании Споробактерина рецидивы клинических проявлений отмечены лишь у 3 пациенток на 12-е сутки, в то время как в другой подгруппе – у 12 женщин уже на 3-и сутки.

В контрольной группе самостоятельное восстановление нормального биоценоза влагалища отмечено к 21-м суткам послеоперационного периода.

При исследовании вагинального микробиоценоза у всех пациенток, получавших Споробактерин, до 3-х суток в посевах влагалищного отделяемого выявлялись бактерии и отсутствовали условно-патогенные и патогенные микроорганизмы, а в подгруппе клиндамицина присутствовали в нормальных или несколько повышенных титрах условно-патогенные и патогенные микроорганизмы. К 21-м суткам рецидив БВ выявлялся у 12 (24%) больных, получавших дооперационно клиндамицин, и только у 1 пациентки из подгруппы Споробактерина.

Таким образом, показана необходимость предоперационной подготовки больных с внутриматочной патологией в сочетании с БВ, а также коррекции возможных нарушений вагинального микробиоценоза в послеоперационном периоде. Препарат Споробактерин позволяет оптимизировать коррекцию микрофлоры у женщин, поступающих на гистероскопию с внутриматочной патологией и сопутствующим БВ в связи с «продолжением» присутствия бактерий в вагинальном микробиоценозе до 3-х суток послеоперационного периода с последующим восстановлением нормального биоценоза.

Литература

- Буданов П.В., Баев О.Р., Пашков В.М. Нарушения микроценоза влагалища // *Вопр. гинек., акуш. и перинат.* – 2005; 4 (2): 78–89.
- Буданов П.В., Стрижаков А.Н. Состояние микроценоза влагалища и способы коррекции его нарушений во время беременности // *Вопр. гинек., акуш. и перинат.* – 2007; 6 (5): 89.
- Кузьмин В.Н. Новые подходы к лечению воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин // *Фарматека.* – 2008; 14 (168).
- Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Муравьева В.В. Препарат Тиберал в лечении бактериального вагиноза // *Гинек.* – 2006; 8 (4): 44.
- Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М. Краткое руководство по микроскопической диагностике инфекций, передаваемых половым путем. – СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2004. – 128 с.
- Сидорова И.С., Боровкова Е.И. Микрофлора половых путей у женщин репродуктивного возраста. – М.: *Практ. мед.*, 2007. – 80 с.
- Сидорова С.И., Боровкова Е.И. Результаты сравнительного исследования эффективности применения препаратов местного действия в терапии неспецифических воспалительных заболеваний влагалища // *Рос. вестн. акуш.-гинек.* – 2007; 7 (3): 63–66.
- Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Современные подходы к лечению больных острым сальпингофоритом с неосложненным течением // *Вопр. гинек., акуш. и перинат.* – 2005; 4 (2): 30.
- Hernandez G., Zamora P., Martinez A. et al. Epidemiologic, clinical and microbiological characteristics of nosocomial urinary infection in the spinal cord lesioned patient // *Axtas. Urol. Esp.* – 2007; 31 (7): 764–770.

HYSTEROSCOPY IN BACTERIAL VAGINOSIS

A. Lugovaya,

V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Russian Agency for Medical Technologies on the basis of the Innovation Department of Mini-Invasive Technologies, S.P. Botkin City Clinical Hospital

The wide-spectrum drug Sporobacterin was used to correct vaginal microbiocenotic disorders as preoperative preparation, which could reduce the frequency of postoperative recurrent dysbiosis by several times.

Key words: hysteroscopy, prevention of infections, bacterial vaginosis, Sporobacterin.