

## ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ДИСБИОЗОМ ВЛАГАЛИЩА К ВНУТРИМАТОЧНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

*А.В. Луговая*

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва

**В последнее десятилетие на фоне широкого распространения хронических инфекционно-воспалительных процессов, увеличения числа иммунодефицитных состояний, роста числа заболеваний, передающихся половым путем, все большее значение приобретают ассоциации микроорганизмов и активация условно-патогенной микрофлоры. При использовании нестандартных методов диагностики и лечения, при неправильной трактовке заболеваний, игнорированием социальных и демографических факторов возникают патологические состояния, требующие их своевременной коррекции. В нашем исследовании с целью подготовки больных с дисбиозом влагалища к внутриматочным вмешательствам использовали препарат из живых апатогенных штаммов спорообразующих бактерий рода "Bacillus" «Споробактерин», обладающий широким спектром действия, который позволил в несколько раз снизить частоту рецидивов дисбиоза в послеоперационном периоде.**

**Ключевые слова:** дисбиоз влагалища, бактериальный вагиноз (БВ), гистероскопия, профилактика инфекций, Споробактерин.

Дисбиоз влагалища - это нарушение нормальной микрофлоры влагалища. Этим заболеванием в той или иной степени страдает большая часть женщин. Чаще всего проявления его незначительны, но иногда дисбиоз влагалища приводит к очень серьезным проблемам [2,4].

Одно из проявлений этого процесса - бактериальный вагиноз (БВ) - состояние дисбиоза влагалищного биотопа, характеризующееся высокой концентрацией облигатно-анаэробных и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов и резким снижением числа или отсутствием молочнокислых бактерий в отделяемом влагалища. Среди вагинальных инфекций бактериальный вагиноз занимает лидирующее место [4,5].

Распространённость бактериального вагиноза в различных популяциях женщин и в разных странах составляет 15–80% и более. По официальным данным медицинской статистики в странах Запада, симптомы вагиноза, главным образом выделения, ежегодно обнаруживают более чем у 10 млн. женщин. Бактериальный вагиноз распространён с одинаковой частотой среди женщин различных расовых групп. Данные о заболеваемости бактериальным вагинозом вариabельны, что обусловлено различными популяциями обследуемых женщин, применением нестандартных методов диагностики и лечения, неоднозначной трактовкой заболевания, игнорированием социальных и демографических факторов [4, 10].

Нарушения микроценоза влагалища и шейки матки выявляются 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 [3, 4, 8, 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.

### **Материалы и методы**

Ретроспективный анализ, проведенный в гинекологической клинике на базе инновационного отделения малоинвазивных технологий ГКБ 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 (1996–2006 гг.); 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 суток после гистероскопии.

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

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, 9].

Изменение микробиоценоза половых путей (табл. 1), который является составной частью общего дисбактериоза, чаще всего протекающего с клиническими проявлениями хронических заболеваний дыхательной системы, ЛОР-органов и нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, проявляется в увеличении количества условно-патогенных микроорганизмов и мест их обитания, что становится причиной адаптивных или необратимых изменений в соответствующем звене микрэкосистемы [5].

Таблица 1

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

<b>Норма</b>	<b>БВ</b>
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 варьиabelно
Соотношение анаэробы/аэробы – 10:1	Соотношение анаэробы/аэробы: 100:1 1000:1
Единичные «чистые» эпителиальные клетки	Наличие «ключевых клеток», полимикробная картина мазка

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 в сочетании с раздельным диагностическим выскабливанием стенок полости матки и цервикального канала. 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) – использовали препарат «Клиндамицин» в виде вагинального 2% крема; во 2-й (n=50) – пробиотик «Споробактерин» (содержащий живые бактерии *Bacillus subtilis* 534), перорально по 5 доз и

интравагинально в виде инстилляций один раз 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 миоматозные узлы. Наркоз осуществляли внутривенным введением препаратов «Кетамин» и «Диприван». 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 раздельным диагностическим выскабливанием стенок полости матки/цервикального канала и контрольной гистероскопией. Продолжительность вмешательства составляла от 10 до 15 мин. Кровопотеря 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 подгруппе у обследованных выделялись бактерии.

#### Результаты и обсуждения

После вмешательства (гистероскопия) проводили обследование на 3-и, 12-е 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 основной и контрольной групп представлены в табл. 2.

Таблица 2

#### Проявления БВ у наблюдавшихся пациенток

Группа обследованных женщин		Период исследования	Выделения	Запах	Зуд	Ключевые клетки	Лактофлора
			количество пациенток, чел.				
Основная группа	1-я подгруппа	до гистероскопии	0	0	0	0	50
		3-и сутки	12	5	10	18	9 ↓*
		12-е сутки	5	3	5	8	6 ↓
		21-е сутки	9	3	4	12	5 ↓
	2-я подгруппа	до гистероскопии	0	0	0	0	Споровые
		3-и сутки	0	0	0	0	Споровые
		12-е сутки	3	0	1	1	1 ↓
		21-е сутки	2	0	1	0	1 ↓
Контрольная группа		до гистероскопии	0	0	0	0	50
		3-и сутки	17	9	11	20	17 ↓
		12-е сутки	6	1	2	3	6 ↓
		21-е сутки	0	0	0	0	2 ↓

\* ↓ – уменьшение количества лактофлоры

Данные таблицы 2 показывают, что в контрольной группе самостоятельное восстановление микрофлоры влагалища до нормобиоценоза отмечено к 21-м суткам послеоперационного периода.

Следует подчеркнуть, что до проведения коррекции нарушений биоценоза влагалища клинические проявления в виде изменения микробного пейзажа (появление «ключевых клеток», уменьшение содержания лактофлоры в поле зрения и пр.) характеризовали как нарушение микробиоценоза по типу БВ.

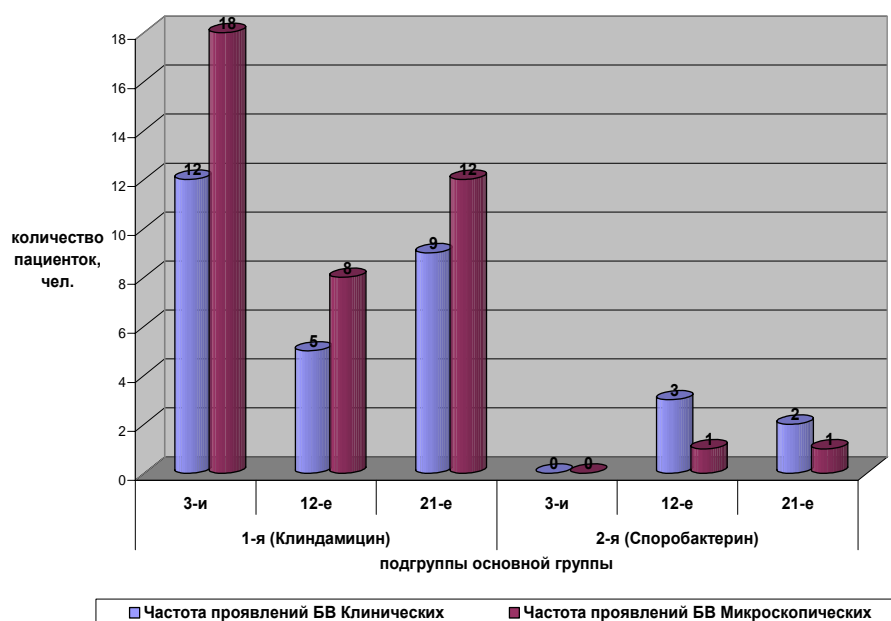
На 3-и сутки после гистероскопии у 12 (24%) больных 1-й подгруппы выявлены клинические проявления БВ и у 18 (36%) – ухудшение микробного пейзажа; к 12-м суткам число таких пациенток сократилось соответственно до 5 и 8, а на 21-е сутки вновь увеличилось до 9 (18%) и 12 (24%) женщин соответственно в 1-ой и 2-ой подгруппах.

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 (споровые) в количестве  $10^9$  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.

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.

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 на 3-и сутки. К 21-м суткам рецидив БВ выявлялся у 12 (24%) больных, получавших дооперационно Клиндамицин, и только у одной пациентки из подгруппы Споробактерина. При этом у пациенток 2-ой подгруппы до 3-х суток в посевах влагалищного отделяемого выявлялись бактерии, в виде споровых бацилл.

Данные о частоте рецидивов БВ после внутриматочного вмешательства у больных, получавших в предоперационном периоде Клиндамицин и Споробактерин, представлены на рисунке.



**Рис.** Рецидивы БВ после гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания у обследованных основной группы

При исследовании вагинального микробиоценоза у большинства пациенток, получавших Споробактерин, отсутствовали условно-патогенные и патогенные микроорганизмы, а в подгруппе Клиндамицина эти микроорганизмы присутствовали у всех пациенток в нормальных или несколько повышенных титрах.

### Выводы

Таким образом, проведенные клинические наблюдения позволяют сделать заключение о большей эффективности сочетанного перорального и интравагинального применения «Споробактерина», чем «Клиндамицина» интравагинально в предоперационной подготовке больных с дисбиозом влагалища к внутриматочным вмешательствам вообще и к гистероскопии в частности. Применение «Споробактерина» способствовало ликвидации анаэробного компонента микрофлоры влагалища, восстановлению лактофлоры и не допускало при этом суперинфекции условно-патогенными микроорганизмами.

Таким образом, показана необходимость применения спорового пробиотика «Споробактерин» в подготовке больных с дисбиозом влагалища и внутриматочной патологией к диагностическим внутриматочным вмешательствам, он повышает эффективность лечения за счёт нормализации микробиоценоза влагалища, способствует снижению числа и выраженности рецидивов БВ, а также профилактике инфекционно-воспалительных осложнений внутриматочных вмешательств.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Буданов П.В., Баев О.Р., Пашков В.М. Нарушения микроценоза влагалища // Вопр. гинек., акуш. и перинат. – 2005. – 4 (2). – 78–89.
2. 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.
3. Кузьмин В.Н. Новые подходы к лечению воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин // Фарматека. – 2008. – 14 (168).
4. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. Гинекология - национальное руководство. – Москва, 2009 г.
5. Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Муравьева В.В. Препарат Тиберал в лечении бактериального вагиноза // Гинек. – 2006. – 8 (4). – 44.
6. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М. Краткое руководство по микроскопической диагностике инфекций, передаваемых половым путем. – СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2004. – 128 с.
7. Сидорова И.С., Боровкова Е.И. Микрофлора половых путей у женщин репродуктивного возраста. – М.: Практ. мед., 2007. – 80 с.
8. 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.
9. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Современные подходы к лечению больных острым сальпингоофоритом с неосложненным течением // Вопр. гинек., акуш. и перинат. – 2005. – 4 (2). – 30.
10. 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.

#### PREPARATION OF PATIENTS WITH ДИСБИОЗОМ VAGINAS TO INTRAUTERINE INTERVENTIONS

A.V.Lugovaya

**Last decade against a wide circulation of chronic infectious-inflammatory processes, number increases immunodeficient conditions, growth of number of diseases, sexually transmitted, the increasing value get associations of microorganisms and activation of is conditional-pathogenic microflora. At use of non-standard methods of diagnostics and treatment, at wrong treatment of diseases, the pathological conditions demanding their timely correction arise ignoring social and demographic factors. In our research for the purpose of preparation of patients with disbyosis vaginas to intrauterine interventions used a preparation from live apatogenitia sort bacteria "Bacillus" "Sporobakterin" possessing a wide spectrum of action who has allowed to lower several times frequency of relapses disbyosis in the postoperative period.**

**Key words:** disbyosis vaginas, bacterial vaginosis, gysteroscopia, preventive maintenance of infections, Sporobakterin.

Луговая Анжелика Васильевна – аспирант ФГУ «Научного Центра Акушерства, Гинекологии и Перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России на базе инновационного отделения малоинвазивных технологий ГКБ им. С.П. Боткина. 117997, г. Москва, ул. Опарина, д. 4, ФГУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, инновационное отделение малоинвазивных технологий,  
Телефон: 8 (985) 998-60-47 e-mail: [anlu@yandex.ru](mailto:anlu@yandex.ru)

