

Офісна гістероскопія – питання профілактики запальних ускладнень

М.Й. Малачинська

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У статті представлено аналіз ефективності застосування вагінальних антибактеріальних засобів для профілактики ускладнень після офісної гістероскопії. Установлено, що за відсутності скарг анаеробний дисбіоз піхви діагностують у 43,5% пацієнок, змішаний дисбіоз з переважанням кандидозного ураження – у 30,4%, тоді як нормоценоз піхви має місце тільки у 26,1%. З огляду на поширеність латентного перебігу дисбіозів піхви, в алгоритмі обстеження перед проведенням амбулаторної гістероскопії необхідно вивчення стану біотопу піхви для проведення адресної передопераційної деконтамінації слизових оболонок, що дозволяє профілакувати як загострення хронічних запальних захворювань статевих органів, так і розвиток запальних післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: офісна гістероскопія, дисбіоз піхви, передопераційна підготовка.

Структурні перебудови системи охорони здоров'я в Україні передбачають оптимізацію мережі лікувально-профілактичних закладів з акцентом на розвиток первинної ланки медичної допомоги, пошук шляхів зменшення видатків на медичну допомогу, можливості наближення до пацієнтів вторинної спеціалізованої, зокрема гінекологічної допомоги, при збереженні якості та ефективності діагностично-лікувального процесу [1].

Офісна, або амбулаторна, гістероскопія передбачає можливість проведення як діагностичного, так і хірургічного втручання в амбулаторних умовах. Амбулаторна гістероскопія є одним з кращих прикладів, які демонструють сучасні тенденції в розвитку вторинної спеціалізованої медичної допомоги [1, 6].

У той самий час амбулаторна хірургічна гістероскопія має певні обмеження. Пацієнтки з епізодами запальних захворювань органів малого таза, соматичними захворюваннями вимагають додаткових консультацій профільних фахівців для вирішення питання безпеки внутрішньоматкового втручання в амбулаторних умовах. Класичне застосування амбулаторної хірургічної гістероскопії включає видалення поліпів і міом розмірами менше 1 см, абляцію ендометрія, розсічення синехій, доповнює оцінку внутрішньоматкових аномалій розвитку, уточнення етіології тазового болю, аденоміозу, стану рубця на матці після кесарева розтину тощо [2, 5, 7].

Запальні ускладнення, за даними різних авторів, зустрічаються у 0,6–2,5% випадків проведення гістероскопії, що потребує вдосконалення наявних методів їхньої профілактики [4, 5]. У сучасних умовах спостерігається поширення порушень стану мікробіоценозу статевих органів за відсутності виражених клінічних проявів, що вимагає уваги до оцінки ризику інфекційно-запальних ускладнень у жінок з дисбіозом піхви та їхньої профілактики. Частота виявлення вагінального дисбактеріозу коливається від 24% у практично здорових жінок до 61% у пацієнок з різноманітною гінекологічною патологією при паралельному зростанні частоти хронічного ендометриту, який є однією з причин порушень репродуктивної функції жінок [4].

Виходячи із наведеного вище, значний практичний і теоретичний інтерес представляє пошук шляхів профілактики інфекційно-запальних ускладнень після амбулаторної гістероскопії за наявності дисбіотичних процесів статевих органів.

Найважливіша функція нормальної мікрофлори полягає в забезпеченні спільно з місцевими та загальними імунними факторами колонізаційної резистентності, що забезпечує оптимальне співвідношення мікробних асоціантів, які визначають нормальну мікрофлору кожного біотопу [3].

Статеві шляхи здорових жінок колонізовані різноманітною мікрофлорою: аеробами (лактобактерії – 45–88%; стрептококи – 53–68%; ентерококи – 27–32%; стафілококи – 34–92%) і поліморфними анаеробами (бактероїди – 57–78%; пептококи і пептострептококи – 33–77%; клостридії – 5%), при цьому відношення аеробів до анаеробів складає 1:10 [3, 4]. Лактобактерії є домінуючою флорою піхви жінки і показником мікробного благополуччя останнього. Кисла реакція вмісту піхви (рН 3,8–4,2) затримує проникнення і розмноження патогенної мікрофлори, однак при нейтральній кислотності вагінальних виділень (рН \geq 7) відбувається елімінація лактобактерій, що призводить як до колонізації піхви екзогенними мікроорганізмами, так і до росту кількості умовно-патогенної мікрофлори і підвищення ризику не тільки запальної патології нижнього відділу генітального тракту, але й висхідного інфікування статевих органів, особливо при проведенні внутрішньоматкових втручань [2].

Нормобіотичний стан генітального тракту забезпечується, крім колонізаційної резистентності, гормонально-трофічними циклічними змінами слизової оболонки піхви, продукцією речовин, яким притаманні антимікробні властивості (лізоцим, бактеріоцини тощо), місцевих факторів імунного захисту (активатори фагоцитарної і ферментативної активності), при цьому порушення будь-якої ланки захисту реалізується дисбіотичними або запальними процесами.

Основні принципи, що визначають вибір препарату для доопераційної профілактики запальних ускладнень при проведенні діагностичних і лікувальних інвазивних внутрішньоматкових маніпуляцій, мають враховувати мультимікробність дисбіозу піхви; поширеність полірезистентності мікроорганізмів до низки антибактеріальних препаратів, можливість використання засобу, за необхідності, у післяопераційний період при бажанні мінімізації системної дії.

Мета дослідження: оцінювання ефективності профілактики запальних ускладнень та розвитку кандидозу при проведенні діагностично-операційної гістероскопії в амбулаторних умовах.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На першому етапі запланованого дослідження проведено ретроспективне оцінювання віддалених наслідків (ускладнень) гістероскопії, проведених у 54 жінок в різних лікувальних закладах.

Ретроспективний аналіз свідчить, що після гістероскопії симптоматика, характерна для запальних ускладнень, спостерігалась у 7,4% жінок (тривалий субфебрилітет, поєднання больового синдрому з субфебрилітетом, ендометрит, сальпіngo-офорит), при цьому прояви запалення відзначені пацієнтками у перші дні (2–3-я доба) після проведення діагностично-лікувальної процедури. Усі пацієнтки відзначали, що доопераційне обстеження включало лише визначення ступеня чистоти піхви, а передопераційну санацію статевих органів не проводили.

У ході проведення проспективного дослідження під спостереженням перебувало 46 пацієнок віком від 24 до 42 років, показаннями для виконання гістероскопії у яких були порушення менструального циклу в репродуктивному віці (15–32,6%), аномалії розвитку матки (7–15,2%), безпліддя (16–34,8%), звичне невиношування (8–17,4%). За поширеністю соматичної патології, тривалістю захворювання групи пацієнок вірогідно не відрізнялись.

Усім хворим проводили загальний і гінекологічний огляд, загальноклінічне лабораторне обстеження згідно з чинними наказами МОЗ України, просту і розширену кольпоскопію, мікроскопію та рН-метрію вагінальних виділень, діагностику бактеріального вагінозу за системою Amsel, дослідження стану біоценозу піхви за системою Фемофлор-16, онкоцитологічне дослідження, визначення рівня глюкози крові. Ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза проводили методом трансабдомінальної та трансвагінальної ехографії в режимі реального часу за стандартною методикою ультразвуковою діагностичною системою HDI 5000 Sono CT (Philips Ultrasound, США).

Дослідження біоценозу піхви здійснювали методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з детекцією результатів у режимі реального часу (Фемофлор-16) на етапі обстеження та після проведення передопераційної підготовки. Матеріал для дослідження забирали із задньобічних склепін піхви одноразовим стерильним інструментом «Cytobrush», який поміщали у пробірку «Еппендорф» з транспортним середовищем і зберігали до доставки у лабораторію не більше 4 год у холодильній камері за температури +4 °С. Фемофлор 16 – дослідження біоценозу піхви у жінок методом PCR Real time (ПЛР в режимі реального часу), метод дозволяє кількісно визначити склад мікрофлори піхви: факультативно-анаеробні мікроорганізми – *Lactobacillus spp.*, *Enterobacterium spp.*, *Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*; облігатно-анаеробні мікроорганізми – *Gardnerella vaginalis* / *Prevotella bivia* / *Porphyromonas spp.*, *Eubacterium spp.*, *Sneathia spp.* / *Leptotrichia spp.* / *Fusobacterium spp.*, *Megasphaera spp.* / *Veilonella spp.* / *Dialister spp.*, *Lachnobacterium spp.* / *Clostridium spp.*, *Mobiluncus spp.* / *Corynebacterium spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Atopobium vaginae*; мікоплазми – *Mycoplasma hominis* / *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma spp.*; гриби – *Candida spp.* Загальна бактеріальна маса у здорових жінок репродуктивного періоду складає від 10^6 до 10^8 . Основним представником нормобіоти генітального тракту здорових жінок є представники *Lactobacillus*, частка яких у відсотковому вираженні відповідає 76–100%. Нормобіоценоз піхви трактували відповідно до інструкцій фірми виробника: загальна бактеріальна маса – 10^6 – 10^8 ; *Lactobacillus spp.* – 10^6 – 10^8 , аеробні й анаеробні умовно-патогенні мікроорганізми в абсолютній кількості менше 10^4 (0,1–1%), *M.hominis*, *U.urealyticum*, *U.parvum*, гриби роду *Candida* відсутні або їх менше 10^4 . При перевищенні наведених показників стан біотопу піхви розцінювали як аеробний, анаеробний або змішаний (в поєднанні з дріжджовими грибами роду *Candida*) дисбіоз залежно від переважаючих типів мікроорганізмів.

Виражений анаеробний дисбіоз (з підтвердженням бактеріального вагінозу за системою Amsel) був діагностований у 20 (43,5%) пацієнок, які склали основну групу.

Пацієнтки зі змішаним дисбіозом з переважанням кандидозного ураження (14–30,4%) склали групу порівняння, 12 (26,1%) хворих з нормоценозом піхви увійшли в контрольну групу.

В основній групі пацієнтки у якості передопераційної підготовки отримували терапію вагінальними свічками з повідон-йодом 2 рази на добу протягом 7 днів із застосуванням вагінальних свічок з повідон-йодом по 1 свічці протягом тижня в післяопераційний період.

Пацієнткам групи порівняння для деконтамінації слизових оболонок за 3 доби до проведення гістероскопії призначали од-

нократне введення на ніч вагінального супозиторію з сертаконазолом з подальшим застосуванням протягом 2 дб вагінальних свічок з повідон-йодом 2 рази на добу. Полівідон-йод, який є хімічною основою препарату, має виражену бактерицидну, споридицидну, протівірусну та протигрибкову дію, що визначає ефективність проти більшості патогенних мікроорганізмів.

У ході контакту зі слизовими оболонками йод, що знаходиться в комплексі з ПВП, вивільняється поступово і рівномірно. Йод належить до групи галогенових антисептиків, спектр дії якого включає грампозитивні і грамнегативні бактерії, гриби, віруси та найпростіші, причому антимікробна дія ґрунтується на бактерицидності, яка визначається сильними окисними властивостями йоду. В основному йод порушує структуру бактеріальних трансмембранних білків і бактеріальних ферментів, які не мають мембранного захисту. У порівнянні з іншими антисептиками повідон-йод має низку значних переваг: повідон-йод ефективніше за інші антисептики пригнічує розмноження мікроорганізмів; фізико-хімічні умови у місці введення, які зумовлюються рН, білком, кров'ю, ферментами тощо, мало впливають на дію повідон-йоду; не задокументовано випадків розвитку резистентності мікроорганізмів до повідон-йоду, що визначає можливість широкого спектра застосування повідон-йоду у гінекологічній практиці.

Сертоконазол має високу фунгіцидну активність та широкий спектр дії, який включає патогенні дріжджові гриби (*Candida spp.*, у тому числі *Candida albicans*, *Candida tropicalis*), грампозитивні (*Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus faecium*, *E. faecalis*, *Corynebacterium spp.*) та грамнегативні (*Bacteroides spp.*, *Propionibacterium acnes*, *Gardnerella vaginalis*) мікроорганізми, а також найпростіші (*Trichomonas vaginalis*). Препарат чинить подвійну дію – завдяки азоловій структурі сертаконазол справляє фунгістатичну дію, опосередковану блокадою синтезу ергостеролу, – одного з головних компонентів мембрани грибової клітини, бензотіофенова група працює розрив плазматичної мембрани, що призводить до її загибелі (фунгіцидна дія).

Пацієнтки контрольної групи передопераційну підготовку шляхом застосування будь-яких вагінальних засобів не отримували.

Гістероскопію виконували в амбулаторних умовах з використанням гістероскопа фірми «Karl Storz» діаметром 3,5 мм під внутрішньовенним знеболюванням. Дослідження проводили в першу фазу менструального циклу на 7–9-й день. Інтраопераційне введення антибіотиків не проводили. Перед виконанням гістероскопії всім пацієнткам проводили однократне оброблення слизової оболонки піхви та шийки матки 10% розчином повідон-йоду.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведення співставлення скарг пацієнок та передопераційного обстеження засвідчило, що переважна більшість пацієнок не висловлювали скарг щодо симптоматики, характерної для запальних та дисбіотичних процесів нижніх відділів статевих органів. Так, серед пацієнок основної групи 2 (10,0%) відзначали наявність виділень з неприємним запахом, які періодично повторювались (після статевих зносин, менструації), у групі порівняння 2 (14,3%) хворих відзначили наявність сироподібних виділень, печіння та свербіж в ділянці статевих органів, з приводу чого самостійно без обстеження вживали протикандидозні пероральні препарати. Таким чином, за наявності дисбіотичних процесів за даними обстеження у 34 (73,9%) жінок суб'єктивні порушення виявили лише у 4 (8,7%) пацієнок.

При початковому обстеженні в діагностично значущих кількостях у пацієнок основної групи з анаеробним дисбіозом реєструвались *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella bivia*, *Atopobium vaginae*, *Eubacterium spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Megasphaera spp.*, *Veilonella spp.*, *Clostridium spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Corynebacterium*

spp., *Peptostreptococcus spp.* в абсолютній кількості більше 10^6 за відсутності *Lactobacillus spp.* або наявності їх у кількості менше ніж 20% від загальної кількості бактеріальної маси.

У групі порівняння змішаний дисбаланс характеризувався поєднанням аеробної, анаеробної флори у діагностично значущих титрах 10^6 і 10^5 відповідно і грибів роду *Candida* у діагностично значущому титрі 10^5 за наявності *Lactobacillus spp.* у кількості менше ніж 20% від загальної кількості бактеріальної маси.

Обстеження після проведеної деконтамінації перед проведенням гістероскопії показало виражені зміни у мікробному пейзажі виділень з піхви. Так, в основній групі загальний рівень колонізації патогенною та умовно-патогенною анаеробною флорою знизився з абсолютної кількості більше 10^6 до 10^3 за наявності *Lactobacillus spp.* у кількості більше ніж 20% від загальної кількості бактеріальної маси. У групі порівняння в жодному випадку не були виявлені дріжджові гриби, співвідношення аеробних та анаеробних мікроорганізмів склало 1:8 за наявності *Lactobacillus spp.* у кількості більше ніж 20% від загальної кількості бактеріальної маси.

Водночас у переважній кількості спостережень не відзначено збільшення кількості *Lactobacillus spp.* до рівня нормоценозу, що передбачало після проведення гістероскопії включення у комплекс лікувальних заходів курсового перорального застосування пробіотиків з доведеною ефективністю як другого етапу відновлення нормального біоценозу піхви.

Під час оцінювання вираженості побічних ефектів та непереносимості застосованих препаратів було встановлено, що у 95,6% пацієнок побічні реакції на введення супозиторіїв відсутні. У 1 (2,2%) хворої відзначали слабовиражену індивідуальну реакцію на введення повідон-йоду у вигляді свербежу зовнішніх статевих органів після другого дня лікування, у 1 (2,2%) хворої відзначена аналогічна реакція на введення супо-

зиторію з сертоконазолом, що, однак, не вимагало призначення симптоматичної терапії або відміни препаратів.

Результати клінічного спостереження за пацієнтками протягом 4 тиж свідчать, що в основній групі та групі порівняння запальні ускладнення не розвинулися, окрім того, у пацієнок групи порівняння не було проявів кандидозного вульвовагініту. Приверттає увагу той факт, що в одному випадку у групі порівняння (пацієнтки з нормоценозом) мав місце субфебрилітет, клінічні ознаки ендометриту, що вимагало проведення курсу антибактеріальної та симптоматичної терапії.

Таким чином, перед проведенням гістероскопії за відсутності скарг у пацієнок анаеробний дисбіоз піхви виявлено 43,5%, змішаний дисбіоз з переважанням кандидозного ураження – у 30,4%, тоді як нормоценоз піхви мав місце тільки у 26,1% хворих.

Ураховуючи наявність у значної частини хворих латентного перебігу бактеріального вагінозу та дисбіозу піхви, в алгоритмі обстеження перед проведенням амбулаторної гістероскопії показано проведення обстеження за системою Фемофлор-16 для кількісного виявлення дисбіотичних процесів та проведення адресної передопераційної деконтамінації слизових оболонок.

Проведення планової профілактичної деконтамінації слизової оболонки піхви до проведення гістероскопії дозволяє профілактикувати як загострення хронічних запальних захворювань статевих органів, так і розвиток запальних післяопераційних ускладнень.

Таким чином, офісна гістероскопія на сьогодні є ефективною та безпечною технологією, яка багато в чому замінює необхідність госпіталізації, що значно здешевлює надання спеціалізованої гінекологічної допомоги, із забезпеченням водночас високої її якості, органічно доповнює діагностику внутрішньоматкової патології.

Офисная гистероскопия – вопрос профилактики воспалительных осложнений

М.И. Малачинская

В статье представлен анализ эффективности применения вагинальных антибактериальных средств для профилактики осложнений после офисной гистероскопии. Установлено, что при отсутствии жалоб анаэробный дисбиоз влагалища диагностируют у 43,5% пациенток, смешанный дисбиоз с преобладанием кандидозного поражения – у 30,4%, тогда как нормоценоз влагалища имеет место только у 26,1%. Учитывая распространенность латентного течения дисбиозов влагалища, в алгоритме обследования перед проведением амбулаторной гистероскопии необходимо изучение состояния биотопа влагалища для проведения адресной предоперационной деконтаминации слизистых оболочек, которая позволяет профилактировать как обострение хронических воспалительных заболеваний половых органов, так и развитие воспалительных послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: офисная гистероскопия, дисбиоз влагалища, предоперационная подготовка.

Office hysteroscopy – the prevention inflammatory complications

M. Y. Malachynska

The article presents analysis of the effectiveness of vaginal antibacterial agents for the prevention of complications after office hysteroscopy. It is shown that in the absence of complaints anaerobic dysbiosis vagina diagnosed in 43.5% of patients, with a predominance of mixed dysbiosis Candida defeat – at 30.4%, while normocenosis vagina holds only 26.1%. Given the prevalence of latent flow dysbiosis vagina, in the algorithm of examination before outpatient hysteroscopy study shows the state of the biotope of the vagina to hold the address of preoperative decontamination mucous membranes, which allows for the prevention of exacerbations of chronic inflammatory diseases of the genital organs and inflammatory postoperative complications.

Key words: office hysteroscopy, vaginal dysbiosis, preoperative preparation.

Сведения об авторе

Малачинская Мария Иосифовна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (0322) 75-76-32

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ключаров И.В. Амбулаторная гистероскопия как пример безопасной и эффективной стационарзамещающей технологии / И.В. Ключаров, А.А. Хасанов, Е.В. Савельев // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 2. – С. 115–119.
2. Луговая А.В. К вопросу о гистероскопии в условиях бактериального вагиноза / Луговая А.В., Саркисов С.Э. // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 43–47.
3. Применение теста ФЕМОФЛОР для оценки микробиоценоза влагалища / Савичева А.М., Мартикайнен З.М., Шипицына Е.В. [и др.] // Журн. акуш. и жен. бол. – 2009. – № 3. – С. 44–50.
4. Сидорова И.С. Результаты сравнительного исследования эффективности применения препаратов местного

- действия в терапии неспецифических воспалительных заболеваний влагалища / И.С. Сидорова, Е.И. Боровкова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2007. – № 3. – С. 63–66.
5. Campo V. Hysteroscopy requirements and complications / Campo V., Campo S. // Minerva Ginecol. – 2007. – № 59. – P. 451–457.
6. Office hysteroscopy: current trends and

- potential applications: a critical review / Siristatidis C., Chrelas C., Salamalekis G. [et al.] // Arch Gynecol Obstet. – 2010. – 282 (4). – P. 383–388.
7. Prospective multicenter randomized controlled trial to evaluate factors influencing the success rate of office hysteroscopy / Campo R., Molinas C.R., Rombauts L. [et al.] // Hum reprod. – 2005. – № 20. – P. 258–263.

Статья поступила в редакцию 16.04.2015