

Гриценко В.А., Симонов А.А., Константинова О.Д., Гриценко Я.В.***

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС
КИШЕЧНИКА И РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН
С ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ДО И ПОСЛЕ ГИСТРОСКОПИИ

* Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, г. Оренбург

** Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

Введение

Внутриматочная патология, в том числе миома матки и гиперпластические процессы в эндометрии, является актуальной проблемой гинекологии [7]. Эти заболевания являются показанием для назначения гистероскопии, при проведении которой решаются диагностические вопросы (визуализация очагов поражения в матке, прицельный забор биоптатов для гистологического исследования) и/или осуществляются лечебные манипуляции (удаление субмукозного маточного узла, полипа и др.) [5, 8]. Подобные внутриматочные вмешательства нередко приводят к развитию инфекционно-воспалительных осложнений, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья и репродуктивную функцию женщин детородного возраста. По данным разных авторов, частота таких осложнений достигает 5-43%, а их клиническая манифестация чаще возникает на 3-4 день послеоперационного периода [8, 10]. Считается, что развитию воспалительных осложнений способствует нарушение целостности слизистых оболочек матки при проведении гистероскопии, в результате чего формируются "входные ворота" для распространения инфекции из нижележащих отделов репродуктивной системы [4].

Вместе с тем в клинической практике у пациенток, подлежащих гистероскопии, редко учитывается "микробиологический статус" кишечника и урогенитального тракта, хотя снижение колонизационной резистентности больных может существенно повлиять на характер течения у них послеоперационного периода за счет развития эндогенной инфекции в следствие транслокации кишечной микрофлоры во внутреннюю среду макроорганизма [2].

Цель исследования. Дать клинико-микробиологическую характеристику женщин с миомой матки и гиперпластическими процессами эндометрия и оценить динамику ряда клинико-лабораторных параметров в послеоперационном периоде для разработки рекомендаций по совершенствованию тактики ведения больных до и после внутриматочных оперативных вмешательств.

Материалы и методы исследования.

Под наблюдением находились 54 женщины с патологией матки, из них: 25 (46,3%) – с миомой матки (1 группа), 17 (31,5%) – с гиперпластическими процессами эндометрия, в том

числе 13 (24,1%) пациенток с полипом и 4 (7,4%) женщины с гиперплазией эндометрия (2 группа), 12 (22,2%) – с миомой матки в сочетании с гиперплазией эндометрия (3 группа). Возраст больных колебался в диапазоне 22-47 лет и в среднем составил $38,8 \pm 0,9$ года, причем 45 (83,3%) женщин находились в детородном возрасте. Большинство больных (94,4%) госпитализировано в плановом порядке. Всем пациенткам до осуществления гистрескопии проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование, включая микробиологическое исследование кишечника и урогенитального тракта (до и через 3 суток после операции) на предмет наличия кишечного дисбактериоза и оценки количественно-качественных параметров микрофлоры во влагалище, цервикальном канале и моче путем посева соответствующего материала на питательные среды (кровяной агар, Эндо, желточно-солевой агар, Блаурокка, МРС, Сабуро) с последующим количественным учетом выросших бактерий и их видовой (родовой) идентификацией общепринятыми методами [9]. Полученные данные обработаны методами вариационной статистики и корреляционного анализа [6].

Результаты исследования и их обсуждение.

Клиническая характеристика женщин с внутриматочной патологией представлена в таблице 1. Анализ возрастного состава обследованных женщин показал, что среди больных с миомой матки (1 группа) преобладали пациентки более старшего возраста (средний возраст – $41,1 \pm 1,0$ года), тогда как женщины с гиперплазией эндометрия (2 группа) были несколько моложе ($34,2 \pm 2,1$ года), а больные с сочетанной патологией (3 группа) занимали промежуточное положение ($40,4 \pm 1,1$ года). Больные младше 30 лет отсутствовали в 3 группе, а в 1 группе такие пациентки встречались в 10 раз реже, чем во 2 группе (4,0% против 41,2% соответственно), что в совокупности свидетельствовало о хронологической сопряженности развития у женщин гиперпластических процессов в эндометрии с репродуктивным возрастом, а формирования у них миомы матки – с приближением перименопаузального периода.

Жалобы предъявляли 46 ($86,5 \pm 5,7\%$) пациенток, в том числе на нарушения менструального цикла 43 ($78,4 \pm 6,9\%$) женщины, а также на хронические боли внизу живота 22 ($16,2 \pm 6,1\%$) женщины, которые носили, как правило, ациклический характер ($29,6 \pm 6,3\%$) или были связаны с дисменореей ($11,1 \pm 4,3\%$). Отягощенный акушерский анамнез выявлен у 40 ($74,1 \pm 6,0\%$) больных, из них у $70,4 \pm 6,3\%$ женщин были аборт (среднее число – 1,9 на одну женщину), у $13,0 \pm 4,6\%$ – выкидыши (среднее число – 1,5 на одну женщину), у $22,2 \pm 5,7\%$ - осложненные роды и у $9,3 \pm 4,0\%$ - оперативное родоразрешение. Гинекологическую патологию имела 41 ($75,9 \pm 5,9\%$) больная, включая аднексит ($38,9 \pm 6,7\%$ женщин), эрозию шейки матки ($38,9 \pm 6,7\%$), бесплодие ($13,0 \pm 4,6\%$), эндометрит ($9,3 \pm 4,0\%$), кольпит ($9,3 \pm 4,0\%$), эндометриоз ($5,6 \pm 3,1\%$), киста яичника ($3,7 \pm 2,6\%$) и др. Большинство пациенток ($92,6 \pm 3,6\%$) отмечало наличие экстрагенитальной патологии, а именно: заболеваний желудочно-кишечного тракта и клинических признаков дисбактериоза кишечника ($68,5 \pm 6,4\%$), хронической воспалительной патологии органов мочевой системы ($24,1 \pm 5,9\%$), в том числе пиелонефрита ($18,9 \pm 5,4\%$), заболеваний сердечно-сосудистой си-

стемы(55,6±6,8%), включая гипертоническую болезнь (20,4±5,5%) и вегетососудистую дистонию (31,5±6,4%), а также эндокринной патологии (14,8±4,9%).

Таблица 1

Клинический статус женщин с внутриматочной патологией

Анализируемые признаки	Частота встречаемости признака у женщин с внутриматочной патологией (M±m, %)							
	Миома матки		Гиперпластические процессы эндометрия		Сочетанная патология		Всего	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Средний возраст, лет	25	41,1±1,0	17	34,2±2,1	12	40,4±1,1	54	38,8±0,9
Длительность патологии, мес.	25	33,5±7,5	17	16,6±6,4	12	20,0±6,9	54	25,2±4,4
Наличие жалоб, в том числе:	18	88,9±7,6	13	76,9±12,2	6	100,0±0,0	37	86,5±5,7
на нарушения менструального цикла	18	83,3±9,0	13	61,5±14,0	6	100,0±0,0	37	78,4±6,9
на хронические боли внизу живота	18	27,8±10,9	13	0,0±0,0	6	16,7±16,7	37	16,2±6,1
Отягощенный акушерский анамнез, в т.ч.:	25	92,0±5,5	17	52,9±12,5	12	66,7±14,2	54	74,1±6,0
оперативное родоразрешение	25	12,0±6,6	17	5,9±5,9	12	8,3±8,3	54	9,3±4,0
осложненные роды	25	24,0±8,7	17	29,4±11,4	12	8,3±8,3	54	22,2±5,7
аборты	25	88,0±6,6	17	47,1±12,5	12	66,7±14,2	54	70,4±6,3
выкидыши	25	20,0±8,2	17	11,8±8,1	12	0,0±0,0	54	13,0±4,6
Отягощенный гинекологический анамнез, в том числе:	25	76,0±8,7	17	88,2±8,1	12	58,3±14,9	54	75,9±5,9
аднексит	25	40,0±10,0	17	41,2±12,3	12	33,3±14,2	54	38,9±6,7
эндометрит	25	8,0±5,5	17	17,6±9,5	12	0,0±0,0	54	9,3±4,0
эрозия шейки матки	25	44,0±10,1	17	35,3±11,9	12	33,3±14,2	54	38,9±6,7
кольпит	25	16,0±7,5	17	5,9±5,9	12	0,0±0,0	54	9,3±4,0
бесплодие	25	8,0±5,5	17	17,6±9,5	12	16,7±11,2	54	13,0±4,6
киста яичника	25	0,0±0,0	17	5,9±5,9	12	8,3±8,3	54	3,7±2,6
эндометриоз	25	8,0±5,5	17	5,9±5,9	12	0,0±0,0	54	5,6±3,1
Экстрагенитальная патология (в анамнезе), в том числе:	25	100,0±0,0	17	76,5±10,6	12	100,0±0,0	54	92,6±3,6
кишечный дисбактериоз	25	76,0±8,7	17	64,7±11,9	12	58,3±14,9	54	68,5±6,4
пиелонефрит	24	25,0±9,0	17	17,6±9,5	12	8,3±8,3	53	18,9±5,4
гипертоническая болезнь	25	28,0±9,2	17	17,6±9,5	12	8,3±8,3	54	20,4±5,5
ВСД	25	36,0±9,8	17	11,8±8,1	12	50,0±15,1	54	31,5±6,4

ЭНДОКРИНОПАТИИ	25	20,0±8,2	17	5,9±5,9	12	16,7±11,2	54	14,8±4,9
----------------	----	----------	----	---------	----	-----------	----	----------

До проведения гистероскопии у значительной части обследованных женщин наблюдалось отклонение от нормы ряда клинико-лабораторных признаков и микробиологических параметров (табл. 2). Так, умеренной степени анемия, лейкоцитоз и повышение СОЭ регистрировались соответственно в 35,2±6,6, 13,0±4,6 и 26,9±6,2% случаев, а у 13,3±6,3 и 16,7±6,9% женщин наблюдалось повышенное содержание в крови "печеночных" ферментов аланин- и аспартатаминотрансфераз (АлАТ и АсАТ) соответственно, С-реактивный белок в крови отсутствовал. Кроме того у 35,5±8,7% пациенток выявлена бактериурия, в том числе средней (10^3 - 10^4 КОЕ/мл) и высокой степени ($>10^5$ КОЕ/мл) – в 6,5±4,5 и 22,6±4,5% случаев, с наличием в 16,1±6,7 и 12,9±6,1% образцов соответственно моновариантной энтеробактериальной (эшерихии, протеи) и стафилококковой (преимущественно, коагулазонегативной) микрофлоры, что коррелировало с такими параметрами дисбиотических нарушений кишечного микробиоценоза, как сниженное количество бифидо- и лактобактерий (у 28,1±8,1 и 62,5±8,7% больных), повышенная концентрация эшерихий, в том числе атипичных вариантов (лактозонегативные, гемолитические) кишечной палочки (у 25,0±7,8 и 15,6±6,5% женщин), присутствие в фекалиях золотистых стафилококков и грибов рода *Candida* (50,0±9,0 и 21,9±7,4% случаев соответственно). По данным микроскопии окрашенных мазков влагалищного отделяемого у 38,0±6,9 и 60,0±7,0% женщин определялись I и II степени "чистоты влагалища". В то же время при бактериологическом исследовании микрофлоры влагалища у большинства женщин (77,8±7,0%) отмечалось отсутствие или низкие значения ($<10^5$ КОЕ/мл) лактофлоры, наличие грампозитивных кокков, в том числе, энтерококков, золотистых и коагулазоотрицательных стафилококков (КОС), регистрировалось у 19,4±6,7, 13,9±5,8 и 30,6±7,8% больных соответственно, а энтеробактерии (эшерихии, клебсиеллы, протеи) и грибы рода *Candida* высевались у 8,3±4,7 и 2,8±2,8% пациенток. Цервикальная микрофлора у обследованных женщин была более скудной: из цервикального канала лактобактерии в низком титре выделялись у 78,4±6,9%, стафилококки – у 26,0±6,3%, энтеробактерии и грибы рода *Candida* - у 2,0±2,0% больных.

Результаты корреляционного анализа свидетельствовали о наличии определенных взаимосвязей ($r=0,41-0,72$; $p<0,05$) не только в системе "кишечная микрофлора – микрофлора мочевой системы – микрофлора биотопов репродуктивного тракта (влагалище, цервикальный канал)", но и ряда микробиологических параметров с такими клинико-лабораторными признаками, как лейкоцитоз, повышенная СОЭ и увеличенное содержание в крови ферментов АлАТ и АсАТ, что, очевидно, отражает тесные взаимоотношения указанных микробиоценозов между собой и ответную реакцию макроорганизма (и прежде всего печени) на имеющиеся микрoэкологические нарушения [3, 11].

Таблица 2

Лабораторная и микробиологическая характеристика
больных с внутриматочной патологией (до операции)

Анализируемые признаки	Частота встречаемости признака у женщин с внутриматочной патологией (M±m, %)							
	Миома матки		Гиперпластические процессы эндометрия		Сочетанная патология		Всего	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Анемия	25	36,0±9,8	17	29,4±11,4	12	41,7±14,9	54	35,2±6,6
Лейкоцитоз	25	16,0±7,5	17	17,6±9,5	12	0,0±0,0	54	13,0±4,6
Повышенная СОЭ	25	32,0±9,5	16	18,8±10,1	11	27,3±14,1	52	26,9±6,2
АлАТ (выше нормы)	16	12,5±8,5	10	10,0±10,0	4	25,0±25,0	30	13,3±6,3
АсАТ (выше нормы)	16	12,5±8,5	10	30,0±15,3	4	0,0±0,0	30	16,7±6,9
Бактериурия, в том числе:	17	35,3±11,9	8	50,0±18,9	6	16,7±16,7	31	35,5±8,7
средней степени	17	5,9±5,9	8	12,5±12,5	6	0,0±0,0	31	6,5±4,5
высокой степени	17	23,5±10,6	8	37,5±18,3	6	0,0±0,0	31	22,6±7,6
с высевом стафилококков	17	11,8±8,1	8	25,0±16,4	6	0,0±0,0	31	12,9±6,1
с высевом энтеробактерий:	17	11,8±8,1	8	25,0±16,4	6	16,7±16,7	31	16,1±6,7
<i>E. coli</i>	17	11,8±8,1	8	12,5±12,5	6	16,7±16,7	31	12,9±6,1
<i>Proteus spp.</i>	17	0,0±0,0	8	12,5±12,5	6	0,0±0,0	31	3,2±3,2
Копрофлора:								
снижение бифидофлоры	16	18,8±10,1	11	45,5±15,7	5	20,0±20,0	32	28,1±8,1
снижение лактофлоры	16	50,0±12,9	11	81,8±12,2	5	60,0±24,5	32	62,5±8,7
увеличение эшерихий	16	31,3±12,0	11	18,2±12,2	5	20,0±20,0	32	25,0±7,8
нетипичные эшерихии	16	12,5±8,5	11	18,2±12,2	5	20,0±20,0	32	15,6±6,5
другие энтеробактерии	16	25,0±11,2	11	36,4±1,52	5	40,0±24,5	32	31,3±8,3
наличие <i>S. aureus</i>	16	62,5±12,5	11	27,3±14,1	5	60,0±24,5	32	50,0±9,0
наличие грибов р. <i>Candida</i>	16	31,3±12,0	11	9,1±9,1	5	20,0±20,0	32	21,9±4
Мазок из влагалища:								
I степень "чистоты"	25	40,0±10,0	16	31,3±12,0	9	44,4±17,6	50	38,0±6,9
II степень "чистоты"	25	60,0±10,0	16	62,5±12,5	9	55,6±17,6	50	60,0±7,0
Микрофлора влагалища:								
лактофлора (<10 ⁵ КОЕ/мл)	18	77,8±10,1	12	75,0±13,1	6	83,3±16,7	36	77,8±2,2
наличие энтерококков	18	27,8±10,9	12	8,3±8,3	6	16,7±16,7	36	19,4±6,7
наличие стафилококков:	18	55,6±12,1	12	41,7±14,9	6	16,7±16,7	36	44,4±8,4
<i>S. aureus</i>	18	22,2±10,1	12	8,3±8,3	6	0,0±0,0	36	13,9±5,8
КОС	18	33,3±11,4	12	33,3±14,2	6	16,7±16,7	36	30,6±7,8
наличие энтеробактерий	18	11,1±7,6	12	8,3±8,3	6	16,7±16,7	36	16,7±6,3
наличие грибов р. <i>Candida</i>	18	5,6±5,6	12	0,0±0,0	6	0,0±0,0	36	2,8±2,8
Микрофлора цервикса:								
лактофлора (<10 ⁵ КОЕ/мл)	18	77,8±10,1	13	84,6±10,4	6	66,7±21,1	37	78,4±6,9

наличие стафилококков	24	25,0±9,0	16	37,5±12,5	10	10,0±10,0	50	26,0±6,3
наличие энтеробактерий	24	0,0±0,0	17	0,0±0,0	10	10,0±10,0	51	2,0±2,0
наличие грибов р. <i>Candida</i>	24	4,2±4,2	17	0,0±0,0	10	0,0±0,0	51	2,0±2,0

Известный интерес представляют данные о динамике клинико-лабораторных признаков и микробиологических параметров у обследованных женщин в послеоперационном периоде – на 3-5 сутки после внутриматочного вмешательства (гистероскопия с диагностическим выскабливанием и/или лечебными манипуляциями – удаление субмукозного миоматозного узла, полипа эндометрия и др.). Следует отметить, что всем прооперированным женщинам проводилась антибиотикопрофилактика послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений путем внутримышечного введения антибиотиков (гентамицин или цефалоспорины) сразу после гистероскопии и в течение последующих 5 суток. Оценка клинико-лабораторных параметров показала (табл. 3), что на 3 сутки послеоперационного периода количество женщин с анемией, лейкоцитозом и повышенным СОЭ изменилось незначительно и составило 35,7±9,2, 10,7±6,0 и 25,0±8,3% соответственно ($p>0,05$). Вместе с тем в 2,3 и 1,2 раза возросло число пациенток с повышенным содержанием в крови ферментов АлАТ и АсАТ – до 30,0±8,5 и 20,0±7,4% ($p>0,05$) соответственно. Доля больных с бактериурией существенно не изменилась (32,0±9,5%, $p>0,05$), однако в 1,9 раза уменьшилось количество больных с высокой степенью ($\geq 10^5$ КОЕ/мл) обсемененности мочи – 12,0±6,6 против 22,6±7,6% и, кроме того, из мочи стали несколько реже высеиваться стафилококки и энтеробактерии (12,0±6,6 и 4,0±4,0%), что, вероятно, обусловлено санирующим эффектом применения антибиотиков.

В то же время послеоперационный период характеризовался выраженной трансформацией микробиологических параметров микробиоценозов кишечника и репродуктивного тракта у обследованных женщин. Так, среди пациенток в 2,6 и 1,1 раза увеличилась доля больных со сниженным содержанием в фекалиях бифидо- и лактобактерий – до 73,9±9,4 и 69,6±9,8 % соответственно, в 1,4 раза возросло число пациенток с наличием в кишечнике грибов рода *Candida* (до 30,4±9,8%), но параллельно с этим в 1,3 уменьшилось число женщин с наличием в кишечнике золотистых стафилококков (до 39,1±10,4%), и в 1,4 раза – с повышенным титром эшерихий (до 17,4±8,1%), что свидетельствовало о нарастании у прооперированных больных дисбиотических нарушений в кишечном микробиоценозе на фоне модификации его видового состава. На это же указывало увеличение доли больных с наличием в кишечнике потенциально патогенных энтеробактерий (47,8±10,6 против 31,3±8,3 %). Не менее отчетливые изменения наблюдались в количественно-качественных характеристиках вагинальной и цервикальной микрофлоры. Так, в послеоперационном периоде до 91,4±4,8% (то есть в 1,2 раза) увеличилась доля женщин, у которых во влагалище регистрировалось отсутствие или низкие значения ($<10^5$ КОЕ/мл) лактофлоры,

но в 1,7 раза уменьшилось число больных (с 44,4±8,4 до 25,7±7,5%) с наличием в составе влагалищной микрофлоры стафилококков, представленных преимущественно КОС, и в 1,9 раза – энтеробактерий (с 16,7±6,3 до 8,6±4,8%). Аналогичные изменения микрофлоры зафиксированы в цервикальном канале: число женщин с высокой концентрацией лактобацилл и наличием стафилококков (КОС) снизилось в 1,3-1,9 раза – до 11,4±5,5 и 20,0±6,0% соответственно.

Таблица 3

Лабораторные показатели и микробиологические параметры женщин с внутриматочной патологией (на 3-5 сутки после операции)

Анализируемые признаки	Частота встречаемости признака у женщин с внутриматочной патологией (M±m, %)							
	Миома матки		Гиперпластические процессы эндометрия		Сочетанная патология		Всего	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Анемия	15	26,7±11,8	8	37,5±18,3	5	60,0±24,5	28	35,7±9,2
Лейкоцитоз	15	13,3±9,1	8	0,0±0,0	5	20,0±20,0	28	10,7±6,0
Повышенная СОЭ	15	26,7±11,8	8	12,5±12,5	5	40,0±24,5	28	25,0±8,3
АлАТ (выше нормы)	16	31,3±12,0	10	40,0±16,3	4	0,0±0,0	30	30,0±8,5
АсАТ (выше нормы)	16	25,0±11,2	10	20,0±13,3	4	0,0±0,0	30	20,0±7,4
Бактериурия, в том числе:	13	30,8±13,3	8	37,5±18,3	4	25,0±25,0	25	32,0±9,5
высокой степени	13	0,0±0,0	8	25,0±16,4	4	25,0±25,0	25	12,0±6,6
с высевом стафилококков	13	7,7±7,7	8	25,0±16,4	4	0,0±0,0	25	12,0±6,6
с высевом энтеробактерий	13	0,0±0,0	8	0,0±0,0	4	0,0±0,0	25	0,0±0,0
Копрофлора:								
снижение бифидофлоры	11	81,8±12,2	8	87,5±12,5	4	25,0±25,0	23	73,9±9,4
снижение лактофлоры	11	54,5±15,7	8	100,0±0,0	4	50,0±28,9	23	69,6±9,8
увеличение эшерихий	11	27,3±14,1	8	12,5±12,5	4	0,0±0,0	23	17,4±8,1
нетипичные эшерихии								
другие энтеробактерии	11	63,6±15,2	8	37,5±18,3	4	25,0±25,0	23	47,8±10,6
наличие <i>S. aureus</i>	11	45,5±15,7	8	37,5±18,3	4	25,0±25,0	23	39,1±10,4
наличие энтерококков	11	36,4±15,2	8	25,0±16,4	4	0,0±0,0	23	26,1±9,4
наличие грибов р. <i>Candida</i>	11	54,5±15,7	8	12,5±12,5	4	0,0±0,0	23	30,4±9,8
Микрофлора влагалища:								
лактофлора (<10 ⁵ КОЕ/мл)	17	88,2±8,1	12	91,7±8,3	6	100,0±0,0	35	91,4±4,8
наличие стафилококков:	17	23,5±10,6	12	33,3±14,2	6	16,7±16,7	35	25,7±7,5
<i>S. aureus</i>	17	11,8±8,1	12	8,3±8,3	6	0,0±0,0	35	8,6±4,8
КОС	17	11,8±8,1	12	16,7±11,2	6	16,7±16,7	35	14,3±6,0
наличие энтеробактерий	17	17,6±9,5	12	0,0±0,0	6	0,0±0,0	35	8,6±4,8
наличие псевдомонад	17	5,9±5,9	12	8,3±8,3	6	0,0±0,0	35	5,7±4,0
Микрофлора цервикса:								
лактофлора (<10 ⁵ КОЕ/мл)	17	88,2±8,1	12	83,3±11,2	6	100,0±0,0	35	88,6±5,5
наличие стафилококков:	22	18,2±8,4	12	25,0±13,1	11	18,2±12,2	45	20,0±6,0
<i>S. aureus</i>	22	13,6±7,5	12	0,0±0,0	11	0,0±0,0	45	6,7±3,8
КОС	22	0,0±0,0	12	25,0±13,1	11	9,1±9,1	45	8,9±4,3

наличие энтеробактерий	22	13,6±7,5	13	7,7±7,7	11	9,1±9,1	46	10,9±4,6
наличие псевдомонад	22	4,5±4,5	13	0,0±0,0	11	0,0±0,0	46	2,2±2,2
наличие грибов р. <i>Candida</i>	22	4,5±4,5	13	0,0±0,0	11	0,0±0,0	46	2,2±2,2
Субфебрильная температура на 3 сутки	21	4,8±4,8	14	7,1±7,1	11	9,1±9,1	46	6,5±3,7

Необходимо подчеркнуть, что на фоне происходящих микрoэкологических сдвигов бактериальной флоры репродуктивного тракта женщин из микробиоценозов влагалища и цервикального канала больных стали высеваться неферментирующие грамотрицательные бактерии (главным образом псевдомонады) – у 5,7±4,0 и 2,2±2,2% пациенток соответственно, а также в 5,5 раза увеличилась доля пациенток с наличием в цервикальном канале энтеробактерий (с 2,0±2,0 до 10,9±2,2%). При этом частота встречаемости грибов рода *Candida* в биотопах репродуктивного тракта женщин до и после операции существенно не изменялась и оставалась на низком уровне, не превышающем 2,0-3,0%. Вместе с тем у всех прооперированных больных послеоперационный период протекал без особых осложнений: лишь у 4,8-9,1% пациенток на 3-5 сутки регистрировалась субфебрильная температура тела; среднее время пребывания женщин в стационаре после проведенной операции составило 6,3±0,2 суток.

Заключение

Анализируя представленный материал в целом, следует подчеркнуть ряд наиболее важных позиций. У женщин с внутриматочной патологией (миома матки, гиперплазия эндометрия) часто выявляются нарушения менструального цикла и продолжительные боли внизу живота, связанные с дисменореей или носящие ациклический характер, а также отягощенный акушерский анамнез и хроническая гинекологическая патология. Эти данные в перспективе могут быть использованы для обоснования дополнительных критериев и уточнения алгоритма отбора женщин репродуктивного возраста в группу риска по развитию указанных заболеваний матки [5, 7].

Учитывая, что больным с внутриматочной патологией показана гистероскопия, нередко приводящая к инфекционно-воспалительным осложнениям [4, 8, 10], важными клиническими аспектами являются правильный выбор и предварительная подготовка женщин к малоинвазивному оперативному вмешательству, которые должны учитывать предоперационный их клинико-лабораторный, в том числе микробиологический, статус. В этой связи заслуживает внимания тот факт, что среди больных с внутриматочной патологией до проведения им гистероскопии имелась определенная группа пациенток с неудовлетворительными клинико-лабораторными показателями (анемия, лейкоцитоз, повышенная СОЭ, увеличенный уровень содержания в крови ферментов АлАТ и АсАТ) и микробиологическими параметрами (бактериурия, уменьшение кишечной бифидофлоры и вагинальной лактофлоры, наличие в кишечнике, влагалище и цервикальном канале

потенциально патогенных микроорганизмов – энтеробактерий, золотистых стафилококков и грибов рода *Candida*). Представленные данные, с одной стороны, свидетельствуют о том, что у этих женщин снижена колонизационная резистентность и наблюдаются сочетанные дисбиотические нарушения нормальной микрофлоры различных биотопов (кишечник, репродуктивный тракт), с другой стороны, указывают на то, что имеющийся у таких больных неблагоприятный фон, повышающий вероятность развития у них инфекционно-воспалительных осложнений после гистероскопии, требует проведения в пред- и послеоперационном периодах терапевтических мероприятий, направленных на коррекцию выявленных патологических сдвигов микрофлоры, которые могут усугубиться в результате внутриматочного вмешательства.

Необходимость осуществления подобных профилактических действий становится еще более очевидной, если учесть зарегистрированную в послеоперационном периоде негативную динамику количественно-качественных параметров микробиоценоза кишечника и микрофлоры репродуктивного тракта, отражающих синхронное нарастание микрoэкологических нарушений в данных биотопах. Особенно настораживает то обстоятельство, что указанные дисбиотические сдвиги микрофлоры формируются на фоне проведения антибиотикотерапии. Нельзя исключить, что регламентированное в данной ситуации использование антибиотиков, оказывающее позитивный эффект в плане санации оперированного органа (матка) от бактериальных патогенов, потенцирует микрoэкологические нарушения в кишечнике и репродуктивном тракте, вызванные сочетанным стрессовым воздействием, связанным с внутриматочным вмешательством (психоэмоциональные переживания, наркоз, травма), или непосредственно их индуцирует. В любом случае отмеченное у прооперированных больных нарастание дисбиотических нарушений микрофлоры служит сигналом выраженного снижения у них колонизационной резистентности, которое следует рассматривать в качестве важного этиопатогенетического фактора, существенно увеличивающего опасность возникновения в послеоперационном периоде инфекционно-воспалительных осложнений как проявлений нозокомиальной инфекции. Реальность такого развития событий подтверждается тем, что в кишечнике и изученных биотопах репродуктивного тракта у женщин на 3 сутки после гистероскопии нередко обнаруживаются псевдомонады, являющиеся своеобразными "индикаторами" госпитальной флоры и относящиеся к группе одних из наиболее распространенных возбудителей внутрибольничной инфекции [1].

В заключение отметим, что выполнение плановой гистероскопии у женщин с внутриматочной патологией должно сопровождаться проведением клинико-микробиологического мониторинга. Анализ его результатов, во-первых, позволяет охарактеризовать предоперационное состояние микробиоценозов кишечника и репродуктивного тракта пациенток, а следовательно, дает возможность рационально отбирать больных для планового внутриматочного вмешательства или проводить в необходимых случаях их направленную подготовку по коррекции выявленных микрoэкологических нарушений, во-вторых, обеспечивает получение ценной информации о динамике качественно-количественных параметров микрофлоры женщин в послеоперационном

периоде, которая может быть использована для принятия своевременных решений по изменению тактики индивидуальной терапии больных после перенесенной гистероскопии с целью предупреждения у них развития нозокомиальных осложнений.

(Работа выполнена по проекту совместных исследований научных организаций УрО РАН, СО РАН, ДВО РАН)

ЛИТЕРАТУРА

1. Внутрибольничные инфекции/ Под ред. Р. Венцела. М.: Медицина, 1990. 656с.
2. Гриценко В.А., Шухман М.Г. Внекишечные эшерихиозы и проблема репродуктивного здоровья человека// Журн. микробиол., 2000, 2: 111-115.
3. Комаров В.Ф., Коровкин Б.Ф. Биохимические показатели в клинике внутренних болезней. М.: МЕДпресс, 1999. 232с.
4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 304с.
5. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии. М.: Медицина, Антидор, 2000. 860с.
6. Лакин Г.Ф. Биометрия. М.: Высшая школа, 1990. 352с.
7. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гинекология. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. 432с.
8. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М.: МИА, 2005. 632с.
9. Справочник по микробиологическим и вирусологическим методам исследования/ Под ред. М.О. Биргера. М.: Медицина, 1982. 464с.
10. Стрижаков А.Н. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. 512 с.
11. Экология микроорганизмов человека / Под ред. О.В. Бухарина. Екатеринбург: УрО РАН, 2006. 479с.

Подписи авторов: _____ Гриценко Виктор Александрович

_____ Симонов Алексей Александрович

_____ Константинова Ольга Дмитриевна

_____ Гриценко Яна Викторовна

(Информация для контактов: тел. (3532) 77-05-12; E-mail - vag59@mail.ru; адрес для переписки - 460000, г. Оренбург, ул. Пионерская, 11, ИКиВС УрО РАН; Гриценко В.А.)

" 14 " сентября 2010 г.