

В настоящее время врачи акушеры-гинекологи имеют в своем арсенале широкий спектр разных препаратов для лечения БВ, обладающих антианаэробным действием. Многие клиницисты отдают предпочтение влагалищному пути введения препаратов при лечении БВ, который не уступает по эффективности оральной терапии. Эти препараты можно назначать беременным, а также при экстрагенитальной патологии, когда системные препараты противопоказаны.

Среди препаратов местного действия широкое применение нашел Клиндацин® вагинальный крем (Clindamycin), 2% клиндамицина фосфат. Отличительной особенностью этого антибиотика широкого спектра действия является воздействие на анаэробный компонент микрофлоры влагалища. Препарат выпускается в тубах по 20 г с тремя разными аппликаторами. Эффективность его составляет, по данным разных авторов, от 86 до 92%. Препарат активен в отношении *M. hominis*, *Mobiluncus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Bacteroides* spp.

На базе ФГБУ НИИ Охраны материнства и младенчества проведено исследование вагинального крема Клиндацин® (Clindamycin). В исследование были включены 30 беременных, находившихся на лечении в клинике 2-го акушерского отделения, с наличием бактериального вагиноза и 27 здоровых беременных. Критерии включения в группу (беременность II триместра, возраст от 18 до 37 лет, отсутствие тяжелой экстрагенитальной патологии, урогенитальной инфекции). Диагноз БВ был поставлен на основании данных анамнеза, объективного и лабораторного обследования (микроскопия мазка, бактериологическое исследование влагалищного содержимого). Всем пациенткам с БВ проводили 3-кратную аппликацию Клиндацина во влагалище с последующим бактериологическим исследованием характера микрофлоры влагалища.

При первичном посеве вагинального содержимого выявлены различия количественного и качественного состава микрофлоры влагалища здоровых беременных и беременных с БВ. Спектр микрофлоры был гораздо шире у женщин с БВ, при этом количество лактобактерий было ниже. Условно-патогенные микроорганизмы при БВ выделялись в титре более высоком, чем общепринятый диагностический.

После обработки слизистой Клиндацином количество микрофлоры, выявляемой в мазках, резко снизилось. На-

блюдалась смена микрофлоры с уменьшением количества стафилококков, некоторых грамотрицательных палочек и кокков. Подобная смена указывает на нормализацию микрофлоры слизистой влагалища. После выполнения курса лечения Клиндацином также было достигнуто и клиническое выздоровление (уменьшился объем влагалищных выделений, исчез специфический запах).

Учитывая антимикробную эффективность препарата, он был включен в алгоритм подготовки к операции наложения циркулярного шва на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности. Применение препарата уменьшает риск занесения восходящей инфекции в полость матки, не формирует дисбактериоза слизистой влагалища. Препарат был использован в предоперационной подготовке в качестве профилактики инфекционных осложнений после циркулярного шва шейки матки, который проводился у беременных групп высокого инфекционного риска.

Применение регламентированных лекарственных препаратов, обладающих широким спектром противомикробной активности и назначаемых строго по показаниям, позволяют предотвратить развитие перинатальных инфекций или снизить их частоту, улучшить исходы беременности и родов для матери, плода и новорожденного. Биоценоз влагалища – живое равновесие микроорганизмов, вмешательство в которое необходимо по показаниям, взвесив все «за» и «против».

Список использованной литературы

1. Анкирская А.С. Микроэкология влагалища и профилактика акушерской патологии. Гинекология. 1999; 3: 13–6.
2. Антибактериальная терапия инфекционной патологии репродуктивной системы женщины. Под ред. О.И.Линевой. Самара, 1999; с. 113–23.
3. Васильева Н.В., Выборнов И.В., Елинов Н.П. Актуальные вопросы акуш. и гинекол. 2001–2002; 1: 134–5.
4. Генитальные инфекции и патология шейки матки: Клинические лекции. Под ред. В.Н.Прилепской, Е.Б.Рудаковой. Омск, 2004; с. 2.
5. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. СПб., 2001; с. 365.
6. Краснопольский В.Н., Серова О.Ф., Туманова В.А. и др. Рос. вестн. акуш.-гинекол. 2004; 4–5: 26–9.
7. Серов В.Н., Тихомиров А.Л., Лубнин Д.Н. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов: Методическое пособие. М., 2003; с. 23.

Применение дилатора DILAPAN-S у первобеременных женщин в I триместре как этап подготовки шейки матки перед прерыванием беременности

А.А.Куземин, Т.Н.Бибнева

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздрава РФ

Резюме

В статье представлен опыт применения DILAPAN-S у первобеременных женщин в I триместре как профилактика травм и послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: аборт, шейка матки, расширение.

Use of dilator DILAPAN-S in women with first pregnancy during the first trimester as preparation stage of uterine cervix prior abortion

А.А.Куземин, Т.Н.Бибнева

Summary

The article presents the experience in use of DILAPAN-S in women with first pregnancy during the first trimester as prophylaxis of injuries and postoperative complications.

Key words: abortion, uterine cervix, dilation.

Сведения об авторах

Куземин Андрей Александрович – канд. мед. наук, врач дневного стационара центра ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова. E-mail: andkuzemin@mail.ru.

Бибнева Тамара Николаевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова

Процесс расширения шейки матки (ШМ) порой может представлять значительные трудности и привести в результате к ее травме с формированием в будущем истмико-цервикальной недостаточности. Этот вид травм наиболее часто встречается в акушерской практике (во время родов, при выполнении акушерских операций, при производстве искусственного аборта и т.д.). У гинекологических больных травмы шейки и тела матки чаще всего бывают связаны с диагностическими выскабливаниями слизистой оболочки матки, гистероскопией, поскольку этим вмешательствам предшествует расширение цервикального канала (ЦК). Повреждения ШМ наиболее часто бывают следствием грубого зондирования и форсированного расширения ЦК без учета положения матки.

Необходимость бережного расширения ШМ способствовала поиску разных методов ее дилатации, предваряющих операцию аборта. Это и лекарственные препараты, и средства, в основе которых лежит механическое расширение ШМ. К числу последних относят ламинарии, ламицель, дилапан. За счет абсорбции жидкости они увеличиваются в объеме и расширяют ШМ. К недостаткам метода относят длительный промежуток времени до начала прерывания беременности. Также для проведения процедуры необходимо наличие гинекологического опыта для введения дилатора.

Действие гигроскопических расширителей основано на их способности впитывать жидкость, что сопровождается увеличением их диаметра в 3–4 раза. При разбухании расширитель растягивает ЦК, в том числе внутренний зев. Возникающие внутритканевые механические напряжения реализуются в размягчение, укорочение, раскрытие ШМ, т.е. в те элементы, которые определяют ее зрелость.

В качестве гигроскопических расширителей используются высушенные стебли морской капусты (ламинарии) и искусственно изготовленные палочки (синтетические расширители).

Известно, что ламинарии (морские водоросли вида *Laminaria digitata*) широко использовались для расширения ШМ при прерывании беременности разных сроков уже более 100 лет назад (А.Я.Крассовский, 1885; цит. по А.П.Никонову, 1986). Однако с 1980-х годов этот метод практически не применялся в связи с большим количеством септических осложнений в ходе аборта, что было связано с недостаточной стерилизацией ламинарий (B.W.Newton, 1972).

Для расширения ШМ широко используются также синтетические осмотические дилаторы ламицел и дилапан. Ламицел, увеличиваясь в диаметре, оказывает более слабое давление на ШМ, поскольку остается относительно мягким. Он стимулирует коллагенолитическую активность ее тканей при применении простогландинов (ПГ) внутривенно (R.Zackritz и соавт., 1979). Дилапан действует главным образом механически. Эффективность его, по данным некоторых исследований (G.Manabe, 1971, 1981), составляет 92% при минимальном количестве осложнений.

Синтетические осмотические расширители не уступают природному прототипу, а даже превосходят его.

Дилапан представляет собой гигроскопический стержень, изготовленный из гидрогеля AQUACRYL-90 размером 4×65 мм, 4×55 мм и 3×55 мм. Стержень вставляется в канал ШМ и впитывает влагу из тканевых структур. Он постепенно разбухает и оказывает радиальное давление, что приводит к расширению ЦК. Давление на ткани ШМ образует внутреннюю секрецию ПГ. ПГ стимулирует вызревание ШМ, оказывая коллагенолитический эффект на структуру ЦК, а также эффект механического расширения.

Показания по применению Дилапана в акушерстве и гинекологии:

- расширение канала ШМ перед прерыванием беременности в I и II триместрах;
- гистероскопия матки;
- введение внутриматочной спирали;
- перед трансплантацией эмбриона в случае стенозированной ШМ;
- перед введением радиозондов в случае лечения ЦК или карциномы тела матки;

- перед внутриматочным вмешательством в случае неспособности ЦК к расширению.

Прерывание беременности у первобеременных

В последнее время наиболее распространенным (до 70%) методом искусственного прерывания беременности в США стала операция расширения ШМ с помощью синтетических дилататоров и эвакуация плодного яйца (Dilatation Evacuation – D&E). Нужного расширения шеечного канала можно достичь с помощью металлических дилататоров, но это не рекомендуется по причине серьезного травмирования эндоцервикальной коллагеновой структуры, что часто наблюдается у первобеременных с тонким ЦК. Постепенное расширение атравматично, является наиболее щадящим, особенно для первобеременных. Благодаря подготовке ШМ перед абортom можно снизить частоту осложнений (перфорация, разрыв ШМ щипцами, неполная эвакуация содержимого полости матки).

С 1 января 2012 г. также вступила в силу статья 56 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», регламентирующая порядок искусственного прерывания беременности, которое должно проводиться по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия, форма которого утверждена приказом Минздрава РФ от 17.05.2007 №335 «О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 нед».

Целью данной работы является изучение эффективности воздействия дилататора Дилапан на ШМ перед артифициальным абортom в сроке до 12 нед беременности. Нами обследованы 35 женщин в возрасте от 19 до 27 лет, направленных в стационар дневного пребывания для прерывания беременности на сроке беременности от 5 до 12 нед. Все пациентки были первобеременные. Женщины подписано добровольное информированное согласие, форма которого утверждена приказом Минздрава РФ от 17.05.2007 №335 «О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 нед». Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до 12 нед. При этом порядок его проведения определен соответствующей инструкцией, утвержденной приказом Минздрава РФ от 14.10.2003 №484.

При обследовании пациенток изучали соматический и акушерско-гинекологический анамнез и результаты общеклинического обследования. Лабораторная диагностика включала в себя: анализы мазков, взятых из ЦК и влагалища, диагностику инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), проводимую методом полимеразной цепной реакции, анализы крови на реакцию Вассермана, ВИЧ-инфекцию, поверхностный антиген вируса гепатита В. На основании полученных данных из исследования были исключены женщины с воспалительными заболеваниями влагалища, ШМ, мочевыводящих путей и те, у кого были диагностированы ИППП.

Обращало внимание то, что у 10 пациенток в анамнезе было деструктивное лечение ШМ по поводу той или иной па-

тологии. Так, 3 пациенткам проводили диатермокоагуляцию по поводу эктопии ШМ, 5 – криодеструкцию по поводу лейкоплакии, 2 – лазерокоагуляцию по поводу дисплазии ШМ (СIN I, II), плоской кондиломы.

Всем пациенткам проводилось ультразвуковая диагностика (УЗИ), которая заключалась в определении срока беременности, размеров плодного яйца, эмбриона, тонуса матки, локализации плодного яйца, сердцебиения эмбриона. Проводили исследование ШМ: измеряли длину и толщину ШМ, просвет ЦК и внутреннего зева.

Для избежания эндоцервикального травмирования всем пациенткам за 4 ч до прерывания беременности для постепенного расширения шеечного канала был введен один стержень Дилапана. Большинство пациенток отметили дискомфорт во время процедуры. 5 (14%) пациенток ощутили незначительную болезненность во время процедуры, что, возможно, связано с высоким порогом болевой чувствительности. Следует отметить, что 7 пациенткам, у которых в анамнезе имеется деструктивное лечение ШМ, введение Дилапана несколько затруднено, что еще раз подтверждает высокий риск травматизации ШМ у данной категории пациенток, если использовать расширители Геара. В среднем достаточно 2–3 ч для постепенного расширения шеечного канала. Следует отметить, что в нашем наблюдении в 4 случаях для достаточного расширения шеечного канала необходимо было достичь 4 ч, в 1 случае – 5 ч. Готовность ШМ оценивали после прохождения ЦК расширителем Геара. После свободного прохождения расширителя Геара №6–6,5 ЦК становится проходимым, как для аспирационной кюретки.

В нашем исследовании мы не использовали расширители Геара. После извлечения Дилапана проводили непосредственно аспирационный кюретаж под контролем УЗИ.

После контрольного осмотра женщин через 5 дней не было зафиксировано осложнений в виде воспалительных процессов. По данным УЗИ, у 1 пациентки диагностирована гематометра.

Следует также подчеркнуть, что использование Дилапана в качестве подготовки ШМ к искусственному прерыванию беременности позволяет не только уменьшить механический травматизм, связанный с процессом расширения ШМ, но и является надежным способом профилактики послеоперационных осложнений.

Список использованной литературы

1. Искусственное прерывание беременности. Сборник трудов. М.: ИЦАГиП РАМН, 2002.
2. Новые методы профилактики и лечения острых неспецифических послеперитонитов и послеродовых эндометритов: Практические рекомендации для врачей. Под ред. В.И.Краснопольского, В.Е.Радзинского и др. Новосибирск, 1995.
3. Ильичева И.А. Российский форум «Мать и дитя», 3-й: Материалы. М., 2001; с. 67–8.
4. Фролова О.Г. Российский форум «Мать и дитя», 4-й: Материалы. М., 2002.
5. Абашии В.Г., Кузнецова Т.Р., Петросян А.С. и др. Прерывание беременности в I триместре препаратом мифегин. Акуш. и гин. 2000; 6: 40–1.
6. Аборт в I триместре. Под ред. В.Н.Прилепской, А.А.Кузмина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
7. Европейское региональное бюро ВОЗ. Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. 2004.
8. Shulman LP, Ling FW, Meyers CM et al. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 1037–40.