

Московенко Н.В., Филиппович С.В., Безнощенко Г.Б., Кравченко Е.Н.

Морфофункциональные особенности мочевого пузыря и толстой кишки у пациенток с хроническим сальпингоофоритом

Кафедра акушерства и гинекологии ПДО ГБУВПО «Омская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Омск

Moskovenko N.V., Filippovich S.V., Beznoschenko G.B., Kravchenko E.N.

Morphofunction particular urine bladder and bowles of patient with chronic salpingoophorite

Резюме

Обследовано 205 женщин, страдающих хроническим сальпингоофоритом. Целью настоящего исследования явилось изучение морфологических особенностей и функционального состояния мочевого пузыря и кишечника у пациенток с хроническим сальпингоофоритом. Отмечено, что изменения мочевого пузыря и кишечника на морфологическом уровне характеризуются воспалительным процессом различной степени выраженности. Функциональные изменения заключаются в нарушении моторной функции тазовых органов и висцеральной гиперчувствительности. Исследование показало, что хронический сальпингоофорит сопровождается нарушениями гемодинамики и вегетативным дисбалансом, который характеризуется повышением симпатической активности. Предпосылкой развития сочетанного поражения органов малого таза является дисплазия соединительной ткани. Выявление этих нарушений и комплексное воздействие на них позволит улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: мочевой пузырь, толстая кишка, сальпингоофорит

Summary

205 women reproductive age suffering by a chronic salpingoophorite are surveyed. The purpose of the present research was study morpho-function assessment of low urine tract and bowels condition in women with chronic salpingoophorite. It is noticed that for patients change urine bladder and bowels are characterized by inflammatory processes expressed in essentially degree. The functionally change are consist in disorders of motive function pelvic organ and visceral hypersensitiveness. The research has shown that chronic salpingoophorite are attended by infringements of the hemodynamic and microcirculation and disbalance of the vegetative nervous system which characterized by increase of activity sympatric department of vegetative nervous system. Precondition of development associated affection small pelvic organs is appearing dysplasia connective tissue. Exposure these disorders and complex influence on them has allowed improvement result of treatment.

Key words: bladder, colon, salpingoophorite

Введение

По данным литературы и официальной статистики, одно из первых мест в структуре патологии женских половых органов принадлежит воспалительным процессам. На сегодняшний день в списке воспалительных заболеваний лидирующие позиции занимают воспалительные заболевания придатков матки, представляющие собой одну из ведущих медицинских, социальных и экономических проблем, оказывающие существенное влияние на здоровье женщины, и выявляемые у 60-65% женщин, обращающихся в женские консультации. В структуре гинекологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности хронические воспалительные про-

цессы придатков матки занимают третье место. Около 70% воспалительных заболеваний придатков матки являются в возрасте 18-25 лет; у 65-77,6% больных заболевание принимает тяжелое течение, в 43% случаев наблюдаются эпизоды обострения воспалительного процесса [1,2,3,4,5]. По данным ряда авторов, у пациенток с заболеваниями матки и придатков сопутствующие воспалительные процессы и функциональные нарушения со стороны органов мочевыделительной системы встречаются в 25-88,9%, желудочно-кишечного тракта – в 22-68% случаев [2,6,7,8]. Вовлечение в патологический процесс нескольких органов одновременно, преобладание стертых клинических форм, протекающих под маской

иных состояний, обуславливает позднюю диагностику при наличии уже необратимых изменений в пораженных органах, развитие различных осложнений и неэффективность традиционной терапии [9,10].

Клинические проявления и дисфункции тазовых органов приносят женщинам физические и моральные страдания, негативно влияют на состояние здоровья, сексуальную активность, снижают трудоспособность, приводят к депрессии [5,6,11.]. Повторные курсы лечения в течение года проходят 36-70% женщин; при этом 25-39% пациенток неудовлетворены его результатами, вследствие чего проблема приобретает особую актуальность [9,12,13].

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости всестороннего изучения проблемы сочетанного поражения воспалительным процессом придатков матки и мочевого пузыря и проведения комплексной оценки их состояния, что позволит оптимизировать подходы к выбору тактики лечения, противорецидивных и реабилитационных мероприятий.

Цель исследования - изучение морфологических особенностей и функционального состояния мочевого пузыря и кишечника у пациенток с хроническим сальпингоофоритом.

Материалы и методы

Обследовано 205 женщин репродуктивного возраста (18-49 лет) с хроническим сальпингоофоритом и 30 здоровых женщин. В исследование не включали пациенток, получавших антибактериальные, иммуномодулирующие, гормональные препараты, если с момента их применения прошло менее трех месяцев, пациенток с тяжелыми соматическими заболеваниями (злокачественные новообразования, гипертоническая болезнь, заболевания щитовидной железы, язвенная болезнь, туберкулез, бронхиальная астма, сахарный диабет, системные заболевания), наличие инфекций, передаваемых половым путем, экссудативная форма хронического сальпингоофорита. Отказ от участия в проекте послужил основанием для исключения. Всем пациенткам проводилось комплексное клинико-лабораторное исследование: общий анализ крови, анализ мочи, биохимические параметры крови, отражающие функции печени и почек, системы гемостаза. Проводили микробиологическое исследование вагинального отделяемого, микрофлоры цервикального канала, уретры, проб мочи. Для изучения кровообращения органов малого таза использовали наружную реопельвиографию (реоанализатор РЕАР-131). Оценку микроциркуляторного русла проводили методом лазерной доплеровской флоуметрии, использовали лазерный анализатор ЛАКК – 02 (НПО «Лазма», Россия). Выполняли сонографическое исследование, цистоуретроскопию. Для дифференциальной диагностики нарушений функции мочевого пузыря использовали оценочную таблицу IPSS, изучали ритмы суточных колебаний мочеиспускания, проводили комбинированное уродинамическое исследование (КУДИ, уродинамическая система «Duet Logic», «Medtronic»). Диагноз синдрома раздраженного

кишечника (СРК) устанавливали согласно III Римским критериям. Оценку клинической симптоматики СРК проводили методом E.J. Bennett et al., (1998). Сенсомоторную функцию прямой кишки и анального канала изучили с помощью метода стационарной аноректальной манометрии (PC Polygraf, Synectics Medical, Швеция). За норму были приняты показатели здоровых добровольцев (С. Stendal и М.М. Schuster et al., 1988). Морфологическому исследованию подвергались биоптаты стенки мочевого пузыря и сигмовидной кишки, полученные путем выполнения биопсии. Проводили оценку вариабельности сердечного ритма (BCP) по методу Р.М. Баевского (кардиоинтервалограф, версия 1.04). Интенсивность боли (БИ – болевой индекс) оценивали по шкале (Э.Е. Меламуд и др., Саратов, 1991). Для выявления признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ) оценивали тип конституции (М.В. Черноуцкий), выявляли патологию скелета, проводили тест большого пальца, рассчитывали метакарпальный и подометрический индексы. Оценивали мобильность суставов (P. Beighton, F. Horan, 1987), растяжимость кожи (Власов В.В., 1988). Анализ фенотипических признаков ДСТ включал их качественный и количественный учет. Для выявления внешних признаков ДСТ использовали таблицу, предложенную Г.И. Нечаевой (2000). Определяли маркеры метаболизма соединительной ткани и концентрацию магния в крови. Статистический анализ проводился методом вариационной статистики (при помощи статистических программ Microsoft Excel и Statistica for Windows 6.0 с соблюдением общих рекомендаций для медицинских и биологических исследований).

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациенток составил 29,6±8,3 лет, продолжительность заболевания – 5,7±3,1 лет, частота обострения заболевания в течение года варьировала 4,0±0,9 раза. Анализ характера соматических заболеваний показал, что у каждой третьей пациентки имелись заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов. Частота заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составила 92,2%, среди которых преобладали функциональные расстройства; далее по частоте следовали воспалительные заболевания (28,3%) и аномалии положения ободочной кишки – колоноптоз (32,7%). Второе место занимала вегетативная дисфункция, выявленная у 158 (77,1%) пациенток. Третья позиция принадлежала заболеваниям опорно-двигательного аппарата, выявленным у 131 (63,9%) женщины. Отмечена значительная частота выявления аномалий развития мочеполовой системы (54,6%), сердца (51,7%); варикозное расширение вен нижних конечностей имело место у каждой третьей пациентки. Воспалительные заболевания почек выявлены у 23,4% больных, нефроптоз – у каждой второй. В структуре патологии репродуктивной сферы отмечены также воспалительные заболевания влагалища и шейки матки, эндометрит, опухолевидные образования (миома матки малых размеров), спаечный процесс малого таза; у каждой пятой больной выявлены эндометриоз тела матки, загиб матки. Дисменорея имела место у 90 (43,9%);

Таблица 1. Выраженность нарушений регионарной гемодинамики у пациенток по отношению к показателям здоровых женщин, %, $M \pm m$

Показатель	Степень выраженности		
	Легкая n=29	Умеренная n=58	Тяжелая n=105
Реографический индекс	19,9±1,9	36,6±1,9	70,2±2,9
Амплитуда пульсовой волны	21,5±3,4	40,3±2,6	60,9±2,7
Скорость быстрого наполнения	26,3±2,1	44,5±2,4	64,7±2,1
Время распространения пульсовой волны	20,2±3,3	31,7±3,2	66,7±3,3
Балл IPSS	5,24±2,5	12,6±3,4	27,7±1,9
Болевой индекс, баллы	29,4±5,2	57,0±9,1	88,6±10,4

нарушения менструальной функции по типу метrorрагий отмечены у 137 (66,8%) женщин. Сочетание двух и более заболеваний гениталий выявлено у 76,1% наблюдаемых.

Ведущими клиническими проявлениями были болевой синдром (96,6%), симптомы со стороны нижних мочевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта. Общие симптомы (слабость, повышенная утомляемость и др.) отмечены у 88,3% пациенток, раздражительность, неустойчивое настроение – у 75,6%. Боли легкой интенсивности (БИ – 29,4±5,2 балла) имели 59 (29,8%) женщин; средняя интенсивность болей (БИ – 57,0±1,1 балла) отмечена у 82 (41,4%); у 39 (19,7%) пациенток боли носили выраженный характер (БИ – 88,6±10,4 балла); у 19 (9,6%) – болевой индекс составил 129,4±6,2 балла. У большинства пациенток (82,0%) признаки активности воспалительного процесса отсутствовали.

Астенический тип телосложения выявлен у 131 (63,9%) женщин. При осмотре у 158 (77,1%) пациенток выявлены стигмы дизэмбриогенеза; среднее количество внешних стигм дизэмбриогенеза у пациенток было достоверно ($p < 0,0001$) больше по сравнению с группой здоровых женщин (7,6±0,5 против 2,9±0,2). У каждой второй пациентки отмечено сочетание внешних стигм дизэмбриогенеза с внутренними проявлениями дисплазии соединительной ткани: нефроптозом, колоноптозом и пролапсом гениталий; аномалиями развития внутренних органов (малые аномалии сердца, аномалии почек и мочевыводящих путей, матки); варикозной болезнью, миопией. Содержание биохимических маркеров распада коллагена (в моче) у пациенток с ДСТ достоверно ($p < 0,001$) отличалось от показателей женщин без таковой. У пациенток с ДСТ уровень гликозаминогликанов составил $7,8 \pm 0,39$ мг/моль креатинина, оксипролина $123,7 \pm 14,63$ ммоль/моль креатинина, дезоксиридинолина $8,34 \pm 0,72$ ммоль/моль креатинина против $4,48 \pm 1,5$ мг/моль креатинина, $100,7 \pm 11,6$ ммоль/моль креатинина и $4,96 \pm 0,51$ ммоль/моль креатинина у пациенток, не имеющих признаков ДСТ, соответственно. У женщин при наличии признаков ДСТ отмечено снижение концентрации магния в сыворотке крови до $0,797 \pm 0,23$ ммоль/л против $0,978 \pm 0,13$ ммоль/л у женщин без признаков ДСТ.

Расстройства гемодинамики малого таза выявлены у 192 (93,7%) пациенток. Характерными особенностями гемодинамики у пациенток были снижение артериального притока, выраженная дистония сосудов, венозный застой и замедление тока крови, ангиоспазм. Анализ

качественных показателей реограмм позволил выделить три степени выраженности нарушений регионарной гемодинамики: легкая, умеренная и выраженная (табл. 1). При этом наблюдался дефицит кровоснабжения по амплитуде пульсовой волны, реографическому индексу на фоне снижения сосудистого тонуса по скорости быстрого наполнения и времени распространения пульсовой волны. Отмечено, что исходный уровень кровенаполнения в сосудистом бассейне малого таза достоверно ($p < 0,001$) отличается у женщин с различной степенью выраженности расстройств мочеиспускания и болевого синдрома. Нарушения микроциркуляции выявлены у 185 (90,2%) женщин. Интерпретация полученных результатов позволила выявить два основных варианта измененной микроциркуляции: гиперемический (40,2%) и гиперемически-застойный (40,2%), реже наблюдались изменения спастического (8,7%) и застойного (11,4%) характеров. Дыхательная проба свидетельствовала о заинтересованности симпатических нервных волокон, регулирующих сосуды микроциркуляторного русла, выявлена у 136 (66,3%) пациенток. При анализе исходных параметров ВСР у 109 (53,2%) пациенток наблюдалось смещение вегетативного баланса в сторону превалирования симпатического отдела вегетативной нервной системы, напряжение регуляторных систем.

Различные симптомы со стороны нижних мочевых путей беспокоили 189 (92,2%) женщин. При сборе анамнеза 48,3% пациенток указали на наличие расстройств мочеиспускания у близких родственников по женской линии. Среди жалоб преобладали такие социально значимые симптомы, как учащенное мочеиспускание с императивными позывами, на которое указали 163 (86,2%) пациентки и императивное недержание мочи, имеющее место у 132 (69,8%) опрошенных, другие – чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, постоянное желание помочиться, затрудненное мочеиспускание наблюдались реже. На боль, связанную с мочеиспусканием, указали 119 (66,5%) женщин. Для оценки тяжести расстройств мочеиспускания использовали оценочную шкалу IPSS. Нарушения мочеиспускания легкой степени отмечены у 39 (20,6%) женщин; умеренные – у 92 (48,7%); выраженные расстройства – у 58 (30,6%) пациенток. По данным КУДИ гиперактивность детрузора выявлена у 126 (66,6%) женщин. При этом наблюдались снижение цистометрической емкости мочевого пузыря ($93,7 \pm 34,5$) и колебания внутрипузырного давления с максимальной

амплитудой до $35,3 \pm 13,7$ мм рт. ст. Признаки дисфункционального мочеиспускания выявлены у 72 (38,1%) пациенток; при этом наблюдалось повышение максимального внутриуретрального давления до $86,4 \pm 9,5$ см. вод. ст. и отсутствие падения внутриуретрального давления во время мочеиспускания, что косвенно указывают на возможную детрузор-сфинктерную диссенергию. Наличие тесных ($r=0,79$, $p<0,01$) связей между вегетативным дисбалансом, повышением активности регуляторных систем и выявленной дисфункцией мочевого пузыря позволяет предположить, что они имеют немаловажное значение в развитии последней. Следует заметить, что у пациенток с плоскоклеточной метаплазией переходного эпителия данная связь была более выраженной ($r=0,89$, $p<0,001$).

При эндоскопическом исследовании у пациенток явления уретрита выявлены у 128 (62,4%) женщин. Пузырная картина отличалась многообразием проявлений и различной степенью выраженности патологического процесса. В большинстве случаев (75,1%) отмечены незначительно выраженные изменения, характеризующиеся гнездным или диффузным усилением сосудистого рисунка, ограниченными отеком и гиперемией в области мочепузырного треугольника и шейки мочевого пузыря. Умеренные и выраженные изменения пузырной картины наблюдались у 51 (24,9%) женщины. При этом были видны отдельные изъязвления с отложением фибриновых пленок и/или инкрустированные слоями, диффузная гиперемия, геморрагии, псевдополипозные образования. Сравнительно редко наблюдались кисты и фолликулярные изменения, выступающие на поверхности слизистой отдельно или располагающиеся группами. У 149 (72,7%) пациенток визуализировались островки лейкоплакии.

Нами выявлены особенности пузырной картины у пациенток с разными вариантами хронического сальпингоофорита. Установлено, что для 140 (83,3%) пациенток с рубцово-спаечным вариантом хронического сальпингоофорита были характерны гнездное усиление сосудистого рисунка, локальные изменения в области шейки мочевого пузыря и мочепузырного треугольника и наличие островков лейкоплакии ($p<0,001$). При этом отмечен второй вариант обострения хронического сальпингоофорита. При эндоскопическом исследовании у 18,1% пациенток чаще наблюдались ($r=0,61$, $p<0,001$) геморрагии, поверхностные эрозии, диффузные гиперемия или усиление сосудистого рисунка, отек слизистой был более выраженный; белесоватые островки лейкоплакии наблюдались у 24,3% пациенток. У этих женщин наблюдался первый вариант обострения (подострое) хронического сальпингоофорита.

Гистологическое исследование выполнено у 173 (84,3%) пациенток, при этом степень выявляемых морфологических изменений в стенке мочевого пузыря варьировала от незначительных до выраженных. В одних случаях (31,2%) изменения характеризовались полнокровием и незначительным или умеренным отеком стромы. Наблюдались расширение лимфатических сосудов и мелкие очаговые кровоизлияния. В слизистом и подслизистом слоях отмечена воспалительная инфильтрация

с преобладанием лимфоидных элементов; лейкоциты, плазматические клетки, макрофаги встречались в небольших количествах; отмечены дистрофические изменения переходного эпителия. В 39,9% случаев признаки воспаления были более выражены. Обнаруживались разрастания волокнистой или фиброзной соединительной ткани с очагами лимфогистиоцитарной инфильтрации. В подслизистом слое обнаруживались кровоизлияния, наблюдалось венозное полнокровие, расширение лимфатических сосудов; отмечено утолщение мышечного и подслизистого слоев стенки мочевого пузыря. Наблюдалось накопление в межмышечных пространствах коллагена, их разнонаправленность, местами отмечена вакуолизация мышечных клеток и наличие фрагментированных нервных волокон. В собственной пластинке наблюдался ангиоматоз. Переходный эпителий замещался утолщенными пластинами многослойного плоского эпителия и был представлен крупными светлыми клетками в состоянии гидрорической или гиалиново-капельной дистрофии и частично десквамирован. В трети случаев наблюдалась массивная лимфогистиоцитарная инфильтрация, на фоне которой нередко наблюдались лимфоидные фолликулы. Отмечены ангиоматоз и расширение лимфатических сосудов с застоем лимфы. Воспалительные изменения сопровождалось дистрофическими изменениями эпителия, десквамацией; наблюдалась метаплазия переходного эпителия в многослойный плоский. Примечательным является тот факт, что наиболее распространенным (78,6%) морфологическим вариантом хронического воспаления явилась плоскоклеточная метаплазия переходного эпителия (ПМПЭ). При этом эпителий, покрывающий слизистую оболочку, был представлен несколькими слоями; на ограниченных участках отмечались неравномерное его истончение и дистрофические изменения с десквамацией. В ряде случаев наблюдалась очаговая пролиферация уротелия преимущественно за счет увеличения количества слоев поверхностных клеток, подвергшихся дистрофии и плоскоклеточной метаплазии. В подслизистом слое и собственной пластинке обнаружены различной степени выраженности лимфогистиоцитарные изменения с примесью нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов, полнокровие венул и капилляров, расширение лимфатических сосудов, периваскулярный склероз. В редких случаях строма была бедна сосудами, покрыта переходным метаплазированным эпителием с акантозом.

Однофакторным дисперсионным анализом установлено, что дисплазия со-единительной ткани является фактором, определяющим клинические проявления заболевания ($p<0,01$). Отмечено, что у пациенток с ДСТ наиболее частым вариантом воспалительного процесса придатков матки был рубцово-спаечный вариант (81,9%). При этом основным эндоскопическим и морфологическим проявлением воспалительного процесса в стенке мочевого пузыря была плоскоклеточная метаплазия переходного эпителия. Выявлено, что у этих больных изменения в подлежащей соединительной ткани одновременно сопровождаются нарушениями микроциркуляторного

Таблица 2. Частота и выраженность нарушений гемодинамики, вегетативного баланса, мочеиспускания, у пациенток с дисплазией соединительной и без признаков дисплазии соединительной ткани

Показатель / Частота	ВД, %	ПАРС, баллы	ПМПЭ, %	НДМП	IPSS, баллы	Нарушения гемодинамики, % #
ДСТ (n=158)	70,2 ***	8,4±1,6**	61,5***	60,4 %***	17,49 ±8,14**	47,6±10,56***
Без ДСТ (n=47)	10,2	5,1±1,4	9,8	19,0 %	9,93 ±7,91	30 9±9,74

Примечания: # – нарушения гемодинамики по скорости быстрого наполнения по сравнению с группой контроля, в %; ДСТ – дисплазия соединительной ткани, ВД – вегетативная дисфункция, ПМПЭ – плоскоклеточная метаплазия переходного эпителия, НДМП – нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, ПАРС – показатель активности регуляторных систем; величины, достоверность различий между данными пациенток с ДСТ и без ДСТ: ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,0001$

русла слизистой оболочки, а расстройства гемодинамики и микроциркуляции, уродинамики у данной категории пациенток достоверно ($p < 0,01$) более выражены (табл. 2).

Жалобы (боль, вздутие, запоры или поносы, чувство неполного опорожнения кишечника, необходимость натуживания при дефекации) со стороны ЖКТ беспокоили 156 (76,1%) женщин; при этом у 126 (61,5%) пациенток они соответствовали критериям СРК. Средний балл симптомов СРК составил 12,7±0,46. В пользу функционального генеза выявленных расстройств свидетельствуют изменчивость и рецидивирующий характер жалоб, отсутствие прогрессирования симптомов, усиление расстройств под действием стресса и связь с другими функциональными расстройствами (вегетативной дисфункцией, нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря). При колоноскопии у 110 (70,5%) выявлялась гиперкинезия кишки по спастическому типу. Слизистая оболочка выглядела отечной, гиперемированной, часто со слизью на стенках кишки. Воспалительные изменения слизистой оболочки в виде атрофического проктосигмоидита отмечены у 23 (14,7%) пациенток, катарального – у 11 (7,1%); у 12 (7,7%) больных слизистая была не изменена. При ирригографии (исследование выполнено 123 женщинам) часто выявлялась дискинезия по гипомоторно-гипотоническому типу (49,9%) и увеличение количества гаустраций. У 67 пациенток выявлены аномалии положения (колоноптоз). По данным аноректальной манометрии у пациенток с СРК податливость прямой кишки в ответ на растяжение баллоном была снижена (0,51±0,86 мл/мм рт. ст.) и достоверно отличалась от показателей нормы (13,0±2 мл/мм рт. ст.). Уровень максимально переносимого объема у всех обследованных пациенток был значительно ниже (136,95±11,34 мл) по сравнению с показателями здоровых (197,7±34,6 мл). Порог первого ощущения растяжения (18,2±1,4 мл) и базальное давление в прямой кишке (12,9±4,39 мм рт. ст.) не отличались от соответствующих данных здоровых женщин (17,6±9 мл и 12,5±1,6 мм рт. ст.). По манометрическим показателям у 94 больных (74,6%) функция наружного анального сфинктера не была нарушена: базальное давление существенно не отличалось от нормы (42,0±1,8 мм рт.

ст.), при натуживании давление снижалось (до 7,4±4,6 мм рт. ст.). Повышенный тонус наружного анального сфинктера (54,3±4,4 мм рт. ст.) и парадоксальный рост давления (78,5±5,3 мм рт. ст.) при натуживании, являющиеся ведущими объективными критериями дисфункции тазового дна и свидетельствующие о нарушении функции наружного анального сфинктера, отмечены у 25,4% обследованных. Порог ректальной чувствительности у пациенток был снижен; боли возникали при более низких значениях давления. Ощущение давления, возникающее при его повышении до 48,3±6,86 мм рт. ст.; ощущение боли, появляющееся при давлении 80,7±5,23 мм рт. ст. и позыв к дефекации, возникающий при давлении 82,2±4,45 мм рт. ст. свидетельствовали о висцеральной гиперчувствительности. При гистологическом исследовании биоптатов стенки сигмовидной кишки у пациенток наблюдались изменения высоты пласта в различных участках, в собственной пластинке слизистой отмечено изменение соотношения клеточных элементов. Отмечены воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки – гистиоцитарная инфильтрация, гиперплазия эндотелиоцитов капилляров, умеренный фиброз в сочетании с дистрофией бокаловидных клеток при сохранении общей структуры слизистой. Выявлены истончение выстилки кровеносных сосудов, расширение и, что, видимо, является результатом нарушения гемодинамики в стенке кишки.

Подводя итог, хотелось бы обратить внимание на следующие моменты. Болевой синдром у обследованных пациенток обусловлен комбинацией гинекологических и экстрагенитальных заболеваний тазовых органов. В частности, мочевого пузыря и кишечника, значительно чаще являются причиной тазовых болей, нежели полагаюсь ранее, вызывая её самостоятельно или в комбинации с другими заболеваниями тазовых органов. Однотипные морфологические изменения в стенке мочевого пузыря и кишки (увеличенное содержание элементов соединительно-тканной защиты – увеличение межклеточного вещества и коллагеновых волокон, иммунокомпетентных клеток, макрофагов, тучных клеток, плазмочитов и др.), функциональные нарушения, для которых

характерна висцеральной гиперчувствительностью и нарушение моторной функции, и жалобы (императивные позывы или тенезмы, чувство неполного опорожнения, нарушение ритма опорожнения, распирающие, необходимость прилагать усилия при мочеиспускании или дефекации, боль после или перед опорожнением) позволяют предположить, что патологические процессы в мочевом пузыре и кишечнике имеют общие механизмы развития и являются частным проявлением более общих расстройств. Таковыми, на наш взгляд, являются вегетативная дисфункция с повышением симпатической активности, частота выявления которой позволяет предположить её конституционную обусловленность. Предпосылкой развития такого полиорганного поражения может служить недифференцированная ДСТ, сопряженная с вегетативной дисфункцией [14,15,16,17,18]. Последняя приводит или усугубляет имеющиеся расстройства кровообращения и иннервации в стенках тазовых органов, что способствует снижению защитных свойств их слизистых оболочек, нарушению чувствительности и моторики, то есть к нарушению функции. Следовательно, нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря, синдром раздражённой кишки можно рассматривать как частные проявления общего расстройства функции гладких мышц или висцеральной гиперчувствительности, либо их сочетания.

Выводы

Таким образом, хронический сальпингоофорит у обследованных больных сопровождается однотипными морфологическими изменениями и функциональными

расстройствами (висцеральной гиперчувствительностью, дискоординацией моторики) мочевого пузыря и кишки. В развитии последних немаловажное значение принадлежит ДСТ, расстройствам гемодинамики и вегетативному дисбалансу. Выявление изменений смежных органов, нарушений гемодинамики, вегетативного баланса, признаков ДСТ и комплексное воздействие на них позволят достичь значимых результатов в лечении, обеспечить реабилитацию и определить направления профилактических мероприятий. ■

Московенко Н.В., врач уролог, гинеколог БУЗОО «Городская больница № 2», к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ПДО ГБУВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Омск; Филиппович С.В., врач уролог, заведующий отделением урологии БУЗОО «Городская больница № 2», главный уролог г. Омска, г. Омск; Безолиценко Г.Б., доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 ГБУВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Омск; Кравченко Е.Н., доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ПДО ГБУВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Омск; Автор, ответственный за переписку - Московенко Наталья Владимировна, 644117. Омск. Улица 18 военных го-родок, дом 187, кв. 24. телефон 8 (3812) 54-47-92, com. 89043216797. e-mail: moskowenko-natalya@yandex.ru

Литература:

1. Занько С.Н., Косинец А.Н., Супрун Л.Я. Хронические воспалительные заболевания придатков матки. Витебск; 1998.
2. Бодяжина В.И., Струтацкий В.Л. Методическое обоснование принципов лечения хронических воспалительных заболеваний придатков матки. Акуш и гин. 1991; 5: 71-5
3. Курбанова Д.Ф. Воспалительные заболевания придатков матки. М.: Медицина; 2007.
4. Кузмичева Р.А., Фролова О.В., Ландеховский Ю.Д. Гинекологическая заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Акуш и гин. 1999; 4: 51- 4.
5. Аккер Л.В., Дерявкина Р.С. Комплексный подход к лечению рецидивирующих хронических воспалительных заболеваний придатков матки. Барнаул; 1998.
6. Уткин Е.В. Клиника, диагностика и терапия воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии. Кемерово, Куз-басс; 2010.
7. Лоран О.Б., Зайцев А.В., Годунов Б.Н. Особенности диагностики и лечения хронического цистита у женщин. Акуш и гин. 2000; 3: 40-3.
8. Неймарк А.И., Неймарк Б.А., Кондратьева Ю.С. Дизурический синдром у женщин. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
9. Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А. Воспалительные заболевания в гинекологии. М.: Литера; 2009.
10. Кудрявцев Ю.В., Кирпатовский В.И., Перепанова П.Л., Хазан Т.С. Применение стабилизатора гликозаминогликанов – гиалуроната цинка, при экспериментальном моделировании острого бактериального и интерстициального цистита. Экспериментальная и клиническая урология. 2011; 1: 39-4.
11. Евтушенко С.Е., Лисовский Е.В., Евтушенко О.С. Дисплазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии (клиника, диагностика, лечение): руководство для врачей. Донецк, изд-во Засловский А.В.; 2009.
12. Газазян М.В., Хардинов А.В., Суших Н.В. Оптимизация диагностики и лечения хронических сальпингоофоритов. Росс. вестн. акуш-гин. 2009; 3: 67- 2.
13. Воропаева С.Д. Этиология, патогенез и антибактериальная терапия воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. Consilium medicum 2008; 1: 25-1.
14. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. и др. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. М.: МИА; 2000.
15. Нечаева Г.М. Дисплазия соединительной ткани. Терминология, диагностика, тактика ведения пациентов. Омск; 2007.
16. Кудрина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей. СПб, ЭЛБИ-СПб; 2009.
17. Яковлев В.М., Готов А.В., Нечаева Г.И. Клинико-иммунологический клинических вариантов дисплазии соединительной ткани. Тер. архив. 1994; 5: 9-1.
18. Смольнова Т.Ю. и [др.] Взаимосвязь выпадения половых органов у женщин с синдромом гипермобильности суставов при дисплазии соединительной ткани. Тер. архив. 2004; 11: 83 - 8.