

Неймарк А.И., Шелковникова Н.В., Мирошниченко С.П., Таранина Т.С.

Состояние гениталий у женщин, страдающих воспалительными заболеваниями нижних мочевых путей

ОАО «РЖД» НУЗ Окружная клиническая больница, г. Барнаул

Nejmark A.I., Shelkovnikova N.V., Miroshnichenko S.P., Taranina T.A.

Condition of genitals at the women, bottom uric ways suffering by inflammatory diseases

Резюме

Резюмируя результаты исследования, можно заключить, что существует тесная связь между воспалительными заболеваниями нижних мочевых путей и воспалительными заболеваниями гениталий у женщин с длительной стойкой дизурией. Это диктует необходимость комплексного лечения воспалительных процессов во всех органах малого таза, для излечения данных пациенток от хронического рецидивирующего течения воспалительных заболеваний мочевых путей. Лечение требует применения комбинированных антибактериальных препаратов для лечения воспалительных процессов гениталий и мочевого пузыря, местных внутриматочных, интравагинальных, уретральных и внутривезикулярных инстилляций, рассасывающей и физиотерапевтической терапией, с последующими курсами иммунокоррекции, поливитаминов и по возможности санаторно-курортной реабилитации больных, длительно страдающих воспалительными заболеваниями нижних мочевых путей.

Ключевые слова: воспалительные заболевания, нижние мочевые пути, гениталии, женщины.

Summary

Summarizing results of research, it is possible to conclude that there is a close connection between inflammatory diseases of the bottom uric ways and inflammatory diseases of genitals at women with a long rack дизурией. It dictates necessity of complex treatment of inflammatory processes for all bodies of a small basin, for treatment of the given patients from chronic рецидивирующего currents of inflammatory diseases of uric ways. Treatment demands application of the combined antibacterial preparations for treatment of inflammatory processes of genitals and a bladder, local intrauterine, intravaginal and urethral instillation, physiotherapeutic therapy, with the subsequent courses, polyvitamins and whenever possible sanatorium rehabilitation of patients, is long bottom uric ways suffering by inflammatory diseases.

Keywords: inflammatory diseases, the bottom uric ways, genitals, women.

Введение

Воспалительные заболевания нижних мочевых путей - циститы и уретриты являются наиболее частыми урологическими заболеваниями, по поводу которых больные обращаются к терапевтам, урологам, гинекологам. Чаще заболевают женщины, что связано с анатомическими, морфологическими и гормональными особенностями их организма. В проблеме воспалительных заболеваний нижних мочевых путей у женщин одно из центральных мест занимает вопрос о причинности нозологии, где ведущая роль принадлежит понятиям полиэтиологичности [1]. На сегодняшний день выделено много факторов, которые приводят к возникновению хронического цистита. Так называемый синдром стойкой дизурии может быть обусловлен различными заболеваниями: бактериальным

циститом, уретритом, вагинитом, вагинозом и интерстициальным циститом. [2]. Высокое многообразие причин воспалительных заболеваний нижних мочевых путей привело к формированию в проблеме причинности полиэтиологии, а в клинической практике к представлению о факторах риска [3]. Однако констатация многофакторной природы воспалительных заболеваний мочевого пузыря и уретры у женщин не привносит определенности в этиологию заболевания и снижению рецидивирующего течения хронического цистита. Около 25 % женщин переносят цистит в той или иной форме, а 10 % страдают хроническим рецидивирующим циститом [4]. Зачастую первые эпизоды цистита у женщин связаны с началом половой жизни, родами, гинекологическими манипуляциями и сменой половых партнеров [5, 6].

Таблица 1. Взаимосвязь длительности заболевания и степени поражения органов малого таза у пациенток с сочетанной патологией мочеполовой системы

Клинические и диагностические критерии поражения матки и мочевого пузыря	от 5 до 10 лет n-количество больных- % соотношению	От 10-15 лет	Более 15 лет
Нарушение работы органов мочеполовой системы у женщин (более 3 симптомов – бесплодие, тазовые боли, стойкая дизурия, альгодисменоррея, белы, диспареуния и др)	20	30	50
Выявление инфекционного возбудителя методом ПЦР	61	36	3
Выраженные изменения макроскопической картины мочевого пузыря (эрозия, язвы, выраженная метаплазия, лейкоплакия)	15	58	27
Выраженные изменения макроскопической картины эндометрия (полипы, синехии полости матки, обтурация истмических отделов маточных труб и др.)	10	36	54

Поэтому задача работы состояла в исследовании характера изменений в гениталиях у женщин, страдающих воспалительных заболеваний нижних мочевых путей.

Материалы и методы

Проведено комбинированное обследование 100 женщин репродуктивного возраста (25-35 лет), страдающих хроническими циститами, осложненными синдромом тазовой боли. Длительность заболевания у каждой пациентки превышала 5 лет (таб.1). Больные предъявляли жалобы на практически постоянные боли внизу живота, независимо от менструального цикла и физической нагрузки, периодические обильные выделения из влагалища длительные мажущие менструации, учащенное мочеиспускание и дискомфорт над лоном при мочеиспускании, преимущественно в дневное время. Заболевание развилось вскоре после начала половой жизни, различных внутриматочных вмешательств, родов и смены полового партнера. Тазовые боли совместно с диспареунией приводили к нарушению половой жизни, а вся симптоматика в совокупности к тяжелой эмоционально-стрессовой реакции. Обследование большинства женщин начинали в стационарных условиях. Для диагностики были использованы следующие методы: Оценка симптомов и качества жизни, заполнение дневника мочеиспускания, физикальное исследование, осмотр наружных половых органов, влагалищное исследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, исследование микрофлоры влагалища, цервикального канала и уретры методом ПЦР. Выполняли уретроцистоскопию и гистероскопию, с последующим морфологическим исследованием материала. Методом молекулярной диагностики (ПЦР) определяли: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*, грибы рода *Candida*.

В работе использованы различные методы статистической обработки в зависимости от типа случайных величин и поставленной задачи исследования (Гланц С., 1998) Для оценки нормальности распределения признаков использовали показатели эксцесса и асимметрии, характе-

ризующие форму кривой распределения. Распределение считали нормальным при значении данных показателей от -2 до 2. Значения долевых показателей представлены в процентах (%). В случаях нормального распределения, а также равенства выборочных дисперсий, для сравнения средних использовали t-критерий Стьюдента. Равенство выборочных дисперсий оценивали по F-критерию. Для сравнения связанных выборок использовали парный t-критерий Стьюдента. В случае распределений, не соответствующих нормальному, а также при неравенстве дисперсий, использовали непараметрические U-критерий Манна-Уитни (для независимых выборок) и T-критерий Вилкоксона (для связанных выборок). Для сравнения абсолютных значений альтернативных качественных признаков в связанных выборках использовали парный критерий Мак-Нимара. Уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали соответствующий $P < 0,05$. Во всех случаях использовали двусторонние варианты критериев.

Результаты и обсуждение

Взаимосвязь длительности заболевания и степени поражения органов малого таза у пациенток с сочетанной патологией мочеполовой системы отражена в таблице 1.

У всех женщин диагностирована различная смешанная инфекции в клинически значимых титрах: *Chlamydia trachomatis* у 17 больных, *Mycoplasma genitalium* у 34 больных, *Trichomonas vaginalis* 4 больных, *Ureaplasma urealyticum* у 45 больных, *Mycoplasma hominis* у 24 больных, *Gardnerella vaginalis* 49, грибы рода *Candida* у 34больных, условно-патогенная флора у 25 больных (рис.2 - смотрите на цветной вкладке журнала). При бимануальном наружном влагалищном исследовании у 60% обнаружены признаки кольпита, у 20 % эрозия шейки матки, у 45% признаки хронического уретрита, при внутреннем влагалищном исследовании у всех 100 пациенток пальпация мочевого пузыря, матки и придатков была болезненной. По данным трансвагинального ультразвукового исследования с ЦДК у 78 пациенток обнаружены признаки хронического эндометриоза.

Результаты комбинированного эндоскопического

исследования цистоскопии (рис.1 - смотрите на цветной вкладке журнала) и гистероскопии (рис.2 - смотрите на цветной вкладке журнала) в значительной мере удивили нас, насколько идентична была макроскопическая картина слизистых матки и мочевого пузыря. Слизистые были неравномерной толщины, с усиленным сосудистым рисунком и множественными кровоизлияниями по всем стенкам матки и мочевого пузыря. Пролiferативные изменения в полости мочевого пузыря в области треугольника Лъето (рис.3 - смотрите на цветной вкладке журнала) сочетались с пролиферативными изменениями в полости матки в виде фиброзных полипов эндометрия (рис.4 - смотрите на цветной вкладке журнала). Данные гистологического исследования позволили диагностировать различной степени выраженность хронического процесса в этих органах. Интересно отметить, что степень выраженности гистологических изменений в кусочках слизистой, взятой из разных участков мочевого пузыря, у одной и той же больной была различной. Из этого можно заключить, что выявленный воспалительный процесс носит очаговый характер. Этим, по-видимому, можно объяснить длительное течение заболевания без признаков сморщивания мочевого пузыря, которые если и наступают, то достаточно поздно в отличие от интерстициально-го цистита, при котором изменения в стенке носят диффузный характер. При гистологическом исследовании эндометрия были выявлены воспалительные инфильтраты, состоящие из лимфоцитов, макрофагов и плазматических клеток. Расположение инфильтратов, чаще очаговое вокруг желез и кровеносных сосудов. Отмечался фиброз стромы также очаговый, который выражался в уплотнении волокнистой соединительной ткани вокруг сосудов. Разнообразные клеточные реакции, в частности инфильтраты из лимфоидных и плазматических клеток, могут быть не только выражением хронического воспалительного процесса и нарушения обмена веществ. Но

и свидетельствуют об иммунологических сдвигах, при длительном воспалительном процессе. При длительном и обширном хроническом эндометрите в полости матки обнаружены фиброзные полипы эндометрия.

Выводы

Воспалительные заболевания гениталий одна из причин хронических воспалительных заболеваний нижних мочевых путей у молодых женщин. Причиной таких процессов, как правило, является урогенитальная инфекция, ретроградно попадающая в уретру и мочевой пузырь из преддверия влагалища. Длительная персистенция инфекционного агента в полости матки и влагалище, затем ренифицирование мочевого пузыря и уретры, существенное изменение параметров общего и местного иммунитета обуславливает у таких больных хронизацию и длительное течение заболевания в стертой форме, с формированием стойкой дизурии и синдрома хронической тазовой боли. Реакция на проводимую классическую схему лечения воспаления нижних мочевых путей недостаточно эффективна. Поэтому очень важно в лечении одномоментно соединить приемы лечения воспалительных заболеваний гениталий и нижних мочевых путей.■

Неймарк А.И. - проф. д. м. н. зав. кафедрой урологии и нефрологии Алтайского государственного медицинского университета, главный уролог Алтайского края; Шелковникова Н.В. - к.м.н., докторант кафедры урологии и нефрологии АГМУ, врач акушер-гинеколог, врач-уролог; Мирошниченко С.П. - зав. гин. отделением НУЗ ОКБ ст. Барнаул; Таранина Т.С. - к.м.н. ассистент кафедры пат. анатомии АГМУ. Автор, ответственный за переписку - Наталья Васильевна Шелковникова, 656049, г. Барнаул, проспект Социалистический, 59-228, р.т.: 8(3852) 66-76-18, д.т.: 8(3852) 69-15-69, с.т.: 89029981569, электронный адрес: shelln@rambler.ru

Литература:

1. П.Л. Хазан, Т.С. Перепанова Медикоментозная терапия интерстициального цистита. Урология 2007; 2: 82-85
2. И.С. Сидорова, Х.А. Белопольская Альтернативные способы лечения женщин с урогенитальной инфекцией нижнего отдела половых путей. Российский вестник акушера-гинеколога.2011;2:49-53.
3. В.И. Кулакова, И.Б. Мухина, Г.М. Савельевой Гинекология – национальное руководство под ред. М.: ГЭОТАР-Медиа 2009;1088.
4. О.Б. Лоран , А.В. Зайцев, Б.Н. Годунов, А. А. Давидьянц,

- М.Ю. Гвоздев Лечение рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей Медицинский совет. 2007; 2:34-36.
5. Parsons CL, et al. Gynecologic presentation of interstitial cystitis as detected by intravesical potassium sensitivity. Obstet Gynecol 2010;98(1):127-32.
6. Parsons CL, Tatsis V. Prevalence of interstitial cystitis in young women. Urology 2004 Nov;64(5):866-70.

Состояние гениталий у женщин, страдающих воспалительными заболеваниями нижних мочевых путей



Рис. 1. Цистоскопическая картина хронического цистита, осложненного синдромом тазовой боли у больной М, 30 лет, страдающей хроническим циститом и хроническим эндометритом



Рис. 2. Гистероскопическая картина хронического эндометрита у больной М, 30 лет, страдающей хроническим циститом и хроническим эндометритом

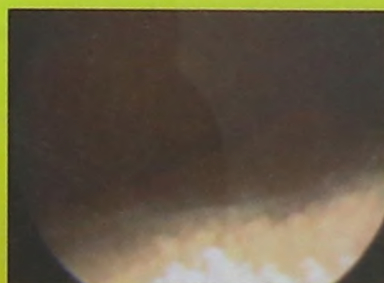


Рис. 3. Цистоскопическая картина пролиферативных изменений в области треугольника Льюто в виде плоскоклеточной метаплазии у больной С., 33 лет, страдающей хроническим циститом и хроническим эндометритом



Рис. 4. Гистероскопическая картина полипов эндометрия у больной С., 33 лет, страдающей хроническим циститом и хроническим эндометритом

Медицинское освидетельствование трудовых мигрантов в центральной городской больнице

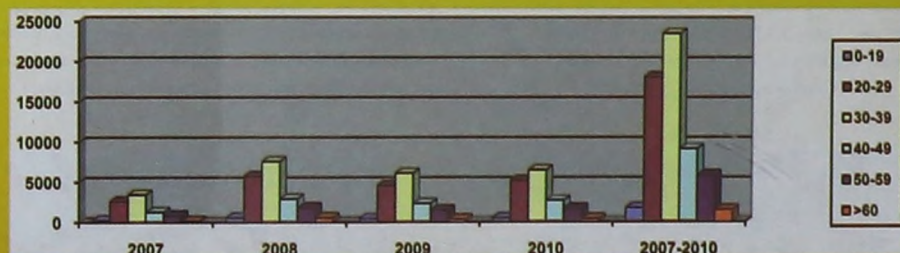


Рис. 2. Распределение трудовых мигрантов по возрасту

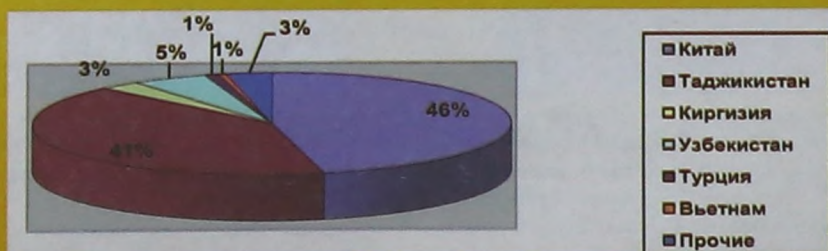


Рис. 3. Распределение трудовых мигрантов по гражданству