

- го эндометриоза: медико-генетические аспекты, диагностика, клиника, лечение и мониторинг больных: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук М.; 1997.
4. Андреева Е. Н., Леднева Е. В. Основные аспекты этиологии патогенеза фиброзно-кистозной болезни молочной железы. Акуши гин. 2002; 6: 7-9.
 5. Будина Л. М. Клинико-рентгенологические особенности заболеваний молочных желез у гинекологически больных репродуктивного возраста с нейроэндокринной патологией: Авт. дис. ... д-ра мед. наук М.; 1993.
 6. Берзин С. А., Демидов С. М., Глушко Л. С., Меркулов Э. В., Саманов В. С. Усовершенствование классификации рентгенографических изображений паренхимы молочных желез. Вопросы онкологии 1991; 4: 491-94.
 7. Веснин А. Г., Зайцев А. Н., Чебыкин И. А. Сравнительная оценка эффективности эхографии и рентгенологии в обследовании молочных желез. Актуальные проблемы профилактики и лечения рака молочных желез. СПб.; 1993.
 8. Демидов С. М. Гормонально-иммунологический статус при пролиферативных дисплазиях молочных желез и способы его коррекции: авт. дис. ... д-ра мед. наук М.; 1991.
 9. Заболотская Н. В., Заболотский В. С. Ультразвуковая маммография. Москва; 1997.
 10. Семигазов В. Ф., Моисеенко В. М., Харикина Р. С. Значение самообследования в раннем выявлении рака молочной железы. Вопросы онкологии 1992; 1: 34-42.
 11. Miller A. A. Etiology and Risk Faktors in Breast Cancer. Current Respectives in Breast Cancer. New Deli; 1988.
 9. B. Joacbin Hackeloer. Editorial. Brest ultrasound — the «gold standart» and other problems. Ultrasound Obstet Gynecol 1998; 11: 385-87.
 10. D. Rotten, J. M. Levallant, L. Zerat. Analysis of normal tissue and of solid breast masses using three-dimensional ultrasound mammography. Ultrasound Obstet Gynecol 1999; 14: 114-24.
 11. T. C. Chao, Y. F. Lo, S.C. Chen. Sonographic features of phyllodes tumors of the breast. Ultrasound Obstet Gynecol 2002; 20: 64-71.

Сочетанные воспалительные заболевания придатков матки и мочевого пузыря: особенности клинического течения, диагностики и лечения

Н. В. Московенко

Кафедра акушерства и гинекологии ЦПК и ППС Омской государственной медицинской академии, городской Центр урогинекологии, МУЗ «Городская больница №2»

Резюме

Незначительная эффективность лечения сочетанных воспалительных процессов придатков матки и мочевого пузыря диктуют необходимость новых комплексных методов диагностики и терапии.

Материал и методы исследования: 110 женщин с сочетанными воспалительными заболеваниями придатков матки и мочевого пузыря составили две группы. I группа (основная) — 75 женщин, в лечении которых использовалась комплексная медикаментозная терапия, энергии электромагнитно-резонансного (ЭМРИ) и лазерного излучений, лечебная физическая культура (ЛФК). Во II группу (сравнения) вошли 35 пациенток, получавших традиционную терапию. В работе использованы общепринятые клинические и специальные методы исследования: лабораторные, эндоскопические, гормональные, ультразвуковые, функциональные (комбинированное уродинамическое, реографическое), гистологические.

Результаты исследования: у женщин с хроническим рецидивирующим сальпингоофоритом наиболее частым нарушением функции мочевого пузыря является гиперрефлекторный мочевого пузырь (85,1%). Характерным для сочетанных заболеваний придатков матки и мочевого пузыря является нарушение региональной гемодинамики и менструальной функции.

Заключение: комплексный подход к диагностике и лечению сочетанных воспалительных процессов придатков матки и мочевого пузыря позволяет сократить сроки лечения и реабилитации пациенток, снизить частоту обострений воспалительного процесса, получить экономический эффект.

Ключевые слова: хронический аднексит, хронический цистит, комбинированное уродинамическое исследование, гиперактивный мочевого пузырь, электромагнитно-резонансное излучение.

Введение

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении воспалительных процессов придатков матки и мочевого пузыря, частота их не снижа-

ется. На сегодняшний день эти заболевания представляют собой серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему [1, 3].

В результате заболевания женщины нередко теряют трудоспособность, в значительной степени снижается качество жизни. В России за последние 10 лет заболеваемость воспалительными процессами придатков матки выросла на 67%. Хронический сальпингофорит в структуре воспалительных заболеваний внутренних половых органов находится на первом месте и занимает третью позицию в перечне гинекологической патологии с временной утратой трудоспособности [2, 3]. Около 70% всех воспалительных процессов придатков матки наблюдается в молодом возрасте. Рецидивирующее течение сальпингофорита приводит не только к нарушению генеративной функции яичников, но и сопровождается вовлечением в патологический процесс иммунной и нервной систем, соседних органов. У 30-57% пациенток с хроническим рецидивирующим сальпингофоритом выявляются изменения в органах мочевыделительной системы, возникающие вследствие общности эмбриогенеза, и анатомически связаны с расстройством гемодинамики малого таза и нарушением иннервации тазовых органов [4, 5, 6]. Значительная частота сочетанных хронических воспалительных заболеваний придатков матки и мочевого пузыря обусловлена несвоевременно начатым или неадекватно проведенным лечением острых воспалительных процессов, нарушениями в иммунной системе, вредным воздействием факторов окружающей среды, отсутствием профилактики, а также условиями, способствующими их возникновению в период половой зрелости [2,5].

Результаты лечения сочетанных воспалительных заболеваний придатков матки и мочевого пузыря, даже на современном этапе развития медицинской науки и здравоохранения, не всегда соответствуют ожиданиям врача и пациентки [1, 7, 4]. Незначительная эффективность их лечения, склонность к рецидивированию диктуют необходимость поиска и внедрения новых комплексных методов диагностики и терапии, реабилитации и профилактики, которые бы позволили повысить их результативность, снизить частоту обострений и обеспечить реабилитацию.

Цель работы. Совершенствование системы оказания помощи пациенткам, страдающим сочетанными воспалительными заболеваниями придатков матки и мочевого пузыря.

Методология. Проспективное сравнительное контролируемое пролонгированное исследование.

Материал и методы исследования

Основные клинические исследования выполнялись на базе городского Центра урогине-

кологии (МУЗ ГБ №2 г. Омска). Под наблюдением находились 110 женщин с сочетанными воспалительными заболеваниями придатков матки и мочевого пузыря, средний возраст пациенток составил 34,2 года; частота обострений воспалительного процесса в течение года — 3,8 раза; продолжительность наблюдения за пациентками — 17,3 мес.

Обследуемые женщины составили две группы. Первую группу (основную) представили 75 женщин, в лечении которых использовалась комплексная медикаментозная терапия, энергий электромагнитно-резонансного (ЭМРИ) и лазерного излучения (соответственно 1-я подгруппа 53 женщины и 2-я — 22), лечебная физическая культура (ЛФК). Во вторую группу (сравнения) вошли 35 пациенток, получавших традиционную терапию.

В работе использованы общепринятые клинические и специальные методы исследования, включая: лабораторные, эндоскопические, гормональные, ультразвуковые, функциональные (комбинированное уродинамическое и реографическое), гистологические. Контрольное исследование проводилось сразу по окончании лечения и в отдаленные сроки (6,18 и 24 мес.)

Результаты исследования и обсуждение

Большинство (75,5±0,5%) обследованных нами женщин не имели признаков активного воспалительного процесса. Основными жалобами, предъявляемыми пациентками были боли различной локализации и степени выраженности (96,6±0,2%), общие симптомы (слабость, недомогание, раздражительность и пр. 74,5±0,5%). На жалобы со стороны нижних мочевых путей указали 84,5±0,4% женщин; со стороны желудочно-кишечного тракта (вздутие живота, нарушение моторики) — 44,5%. Нарушение менструальной функции выявлено у каждой третьей больной.

В структуре сопутствующих заболеваний репродуктивной системы преобладали воспалительные процессы нижнего отдела гениталий, выявленные в 35,5% случаев. Следует обратить внимание на довольно частое выявление бактериального вагиноза, при котором в значительной мере увеличивается риск развития инфекции не только вышележащих отделов внутренних половых органов, но и нижних мочевых путей. Бактериальный вагиноз выявлен у 53,6±0,9% наблюдаемых.

Определение содержания гонадотропных гормонов в плазме крови выявило наличие дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, проявившееся повышением уровня ЛГ до 48,4±1,4 МЕ/л у 62,7% больных. У третьей части женщин наблюдалось сни-

жение уровня эстрадиола в плазме крови до $0,36 \pm 0,03$ нм/л (в фолликулиновую фазу); в лютеиновую фазу его уровень не превышал $0,19 \pm 0,01$ нм/л.

Микробиологическими исследованиями выявлено наличие стерильных посевов мочи у 53,6% пациенток, отделяемого уретры — у 67,3%, цервикального канала — 42,7%. Анализ выделенных штаммов показал наличие монокультуры возбудителя в 64,6% случаев, смешанная флора выделена в 35,4%. Среди возбудителей преобладающим видом является кишечная палочка (22,5% посевов). Далее по частоте следуют: фекальный энтерококк (10,0%), эпидермальный (8,3%) и сапрофитный стафилококки (5,7%). Идентичность флоры, выделенной из мочи, уретры, цервикального канала, влагалища отмечена в 37,3% случаев. Признаки кишечного дисбиоза наблюдались у 73,3% пациенток. Синдром «избыточного роста» бактерий обнаружен у 41,3% женщин, у остальных пациенток наблюдалось угнетение роста нормальной флоры.

При трансвагинальной сонографии визуализировались следующие изменения: увеличение размеров придатков матки (33,6%) и неоднородность их структуры с мелкими кистозными включениями и наличием небольших кист (50,9%), варикозное расширение вен малого таза (44,0%), признаки спаечного процесса малого таза (54,5%) и наличие жидкости в позадиматочном пространстве (15,5%).

На реовазограммах визуально отмечалась значительная деформация волн; их вершины были закруглены или заострены, часто зубчатые; превалировала низкая амплитуда волн. У подавляющего числа (73,9 \pm 0,9%) обследованных женщин определялось наличие пресистолической волны. Наблюдалось снижение реографического индекса до $0,57 \pm 0,03$ Ом. Низкий реографический индекс наряду с малой амплитудой и увеличением времени распространения пульсовых волн, указывает на снижение кровенаполнения и сосудистого тонуса; наличие пресистолической волны является показателем венозного застоя в сосудистом бассейне малого таза.

Комбинированное уродинамическое исследование (КУДИ) выявило у 73,6% пациенток нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря, наиболее распространенным видом, которой явился гиперрефлекторный мочевой пузырь (85,1%); детрузорно-сфинктерная диссенергия отмечена у каждой десятой пациентки; гипорефлекторный пузырь — у 4,5% женщин. По данным профилометрии у трети наблюдаемых выявлена недостаточность уретрального сфинктера и снижение его тонуса; отмечено снижение максимального уретрального и запира-

тельного давлений ($63,1 \pm 9,8$ см H_2O); наблюдалось уменьшение анатомической и функциональной длины уретры (соответственно $24,7 \pm 2,8$ мм и $12,5 \pm 2,2$ мм.).

При эндоскопическом исследовании имели место следующие изменения со стороны слизистой оболочки мочевого пузыря: отек в — 84,5%, гиперемия — в 77,3%. Значительно реже встречались фолликулярные высыпания и язвенные изменения, солевые вкрапления и наложения фибрина, геморрагии; несколько чаще (в каждом четвертом случае) наблюдались варикозное расширение вен и трабекулярность слизистой оболочки. Лейкоплакия слизистой оболочки мочевого пузыря выявлена у 39,1% женщин. Отмечена тесная связь между данными цистоскопического и уродинамического исследований. Выявлено, что при более выраженных изменениях со стороны мочевого пузыря, чаще регистрируется нейрогенная дисфункция и более выражены нарушения уродинамики ($p < 0,05$). Гистологическим исследованием выявлено наличие плоскоклеточной метаплазии переходного эпителия в 53,2 \pm 1,2% случаев, интерстициального цистита — в 9,2 \pm 0,4%, в остальных случаях выявлена картина хронического воспаления в стенке мочевого пузыря.

Таким образом, в современных условиях хронические воспалительные процессы придатков матки и мочевого пузыря имеют длительное и рецидивирующее течение, нередко протекают без выраженных клинических проявлений. Ведущими симптомами являются болевой синдром, расстройства со стороны нижних мочевых путей. Инфекционный фактор у большинства больных с течением времени утрачивает ведущую роль в прогрессировании процесса, вследствие чего на первый план выступают расстройства тазовой гемодинамики и микроциркуляции, анатомические и функциональные изменения со стороны яичников, мочевого пузыря. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости совершенствования методов лечения и реабилитации, направленных на восстановление нарушенных функций.

В комплексной терапии сочетанных воспалительных заболеваний придатков матки и мочевого пузыря значительное место занимают медикаментозные средства. Основными направлениями медикаментозного лечения являются: общая и местная антибактериальная терапия; коррекция гемодинамических нарушений (флеботоники); восстановление защитных свойств слизистых оболочек мочеполовых путей (эстриол и гепарин местно) и уродинамики нижних мочевых путей; противовоспалительная терапия.

Лечение больных основной группы с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки и мочевого пузыря осуществлялось с применением ЭМРИ (получено положительное решение о выдаче патента на изобретение) и специально разработанного комплекса упражнений, направленного на улучшение гемодинамики малого таза. Данный способ лечения применен нами у 53 пациенток основной группы. У 86,8% женщин патологической ответной реакции на проводимую физиотерапию не наблюдалось. Незначительное ухудшение общего состояния (на 2-4 сутки), выражающееся в слабости, головокружении, понижении артериального давления, после сеанса наблюдалось у 9,4% пациенток. При контрольном цистоскопическом исследовании, выполненном по окончании физиотерапии, отмечено уменьшение/исчезновение отека и гиперемии, фибринозных наложений, фолликулярных выпячиваний и геморрагий 84,9±0,8% наблюдаемых.

Другим 22 пациенткам основной группы применяли низкочастотный гелий-неоновый лазер с длиной волны 630 нм, эндовезикально и ЛФК. При контрольной цистоскопии, выполненной после окончания лазеротерапии, у 54,5±4,1% женщин отмечено усиления отека и рыхлости слизистой оболочки в области треугольника Лъето.

Для лечения хронических воспалительных заболеваний придатков матки и мочевого пузыря у пациенток группы сравнения использовалась традиционная терапия с назначением антибактериальных препаратов, симптоматических средств, биостимуляторов, местного лечения. Системная антибактериальная терапия была проведена 38,7% женщинам основной группы, и всем наблюдаемым группы сравнения; местная терапия проводилась всем пациенткам.

Продолжительность лечения в основной группе составила 12,3 дня, в группе сравнения — 16,9 дней. По окончании лечения положительная динамика отмечена у 97,3±4,1% женщин основной группы и у 85,7±3,1% — группы сравнения. При этом уменьшение / исчезновение симптомов дизурии и болей внизу живота (в среднем на 4,6±1,0 день) наблюдалось у 90,6±3,2% пациенток первой группы и 34,3±3,9% — второй; в подгруппах основной группы — в 92,4±0,5% и 86,4±1,8% соответственно. Улучшение состояния у остальных пациенток группы сравнения наступило на 8,5±1,7 день.

Результаты УЗ-исследования свидетельствуют об уменьшении размеров яичников и исчезновения жидкости в позадиматочном пространстве у пациенток обеих групп, более вы-

раженных в основной группе. Анализ данных бактериологического исследования показал, что частота с посевов мочи, отделяемого уретры и канала шейки матки, а также частота выделения основных возбудителей — кишечной палочки, стафилококка, энтерококка, смешанной флоры у пациенток первой группы была в достоверно выше (в 2,3 раза) у пациенток первой группы.

По результатам реографии, выполненной после окончания лечения, отмечено улучшение показателей гемодинамики малого таза у 77,3±2,7% наблюдаемых основной группы (81,1±2,8% женщин — 1-ой подгруппы, получавших ЭМРИ и у 63,5±2,2% женщин 2-ой подгруппы, использовавших лазеротерапию) и у 31,4±0,7% — группы сравнения; также наблюдалось возрастание амплитуды реографической кривой, повышение реографического индекса ($p < 0,001$),

В отдаленные временные критерии (через 6 месяцев и полтора года после окончания лечения) восстановление менструальной функции наблюдалось у 74,7% женщин первой группы и у 54,2% — второй ($p < 0,001$). Сопоставление данных двух подгрупп (терапия ЭМРИ и лазером) показало, что достоверно более выраженная положительная динамика имела место на фоне терапии с применением ЭМРИ. Нормализация функций мочевого пузыря (данные КУДИ) наступила у 84,2±3,1% в основной группе и у 65,7±3,1% — в группе сравнения ($p < 0,001$).

Анализ катamnестических данных (в течение 1,5 лет) показал, что по завершении лечения частота обострений воспалительного процесса (более 2 раз в год) в основной группе женщин отмечалась в 2,3 раза реже ($p < 0,001$) в сопоставлении с данными пациенток группы сравнения.

В рамках данного исследования был проведен и анализ экономической эффективности предложенных методов диагностики и лечения.

Средняя стоимость диагностических мероприятий с максимальным использованием различных методов исследования составила 2190,11 руб.

Затраты, связанные с лечением складываются из средних затрат (стоимость одного койко-дня в больнице, расходы на медикаменты, трудовые расходы медицинского персонала), определяемых продолжительностью лечения. Длительность лечения непосредственно связана с состоянием пациентки и выбором метода курации, при этом стоимость того или иного метода определяется средними затратами на курс терапии.

Расчет приблизительных затрат на лечение для пациенток группы сравнения производился следующим образом.

Если:

A — стоимость одного койко-дня в больнице (включает оплату труда медицинского персонала) — 650,17 руб.

B — средняя стоимость лекарств, приходящихся на один день, — 530,74 руб. на одного больного.

$(A+B)$ — стоимость одного дня пребывания пациентки в стационаре, то средняя стоимость затрат, приходящихся на одну пациентку группы сравнения, составляет:

$$Q = (A+B) \cdot x,$$

где x — средняя продолжительность лечения.

$Q = (650,17 + 530,74) \cdot 16,9 = 19957,4$ руб., для пациенток группы сравнения.

Для пациенток основной группы:

$$Q = (A+B) \cdot 12,3$$

$Q = (650,17 + 713,47) \cdot 12,3 = 16772,8$ руб.,

Таким образом, снижение затрат на лечение основной группы в целом определяется как $V = (Q_1 - Q_2)$

$V = 3184,6 \cdot 75 = 238845,0$ руб., (17,1%).

Экономическая эффективность каждого метода в большей степени определяется продолжительностью лечения. Экономическая прибыль (P) в целом обусловлена как снижением затрат на лечение (B), так и уменьшением количества дней отсутствия на работе (A), которое определяется как сокращением сроков лечения, так и снижением частоты обострения заболевания. Так, средняя частота обострения заболевания у пациенток основной группы за период наблюдения снизилась на 102,3% и составила 1,2 раза. У пациенток группы сравнения частота обострения воспалительного процесса снизилась лишь на 17,7% и составила 3,6 раза. При этом количество дней нетрудоспособности у пациенток группы сравнения было 608, у пациенток основной группы — 118. Тогда:

$A = 608 - 118 = 490$ дней

$V = (608 \cdot d_1 - 118 \cdot d_2)$,

где d_1 — стоимость одного дня лечения у пациенток группы сравнения,

d_2 — стоимость одного дня лечения у пациенток основной группы.

$V = 395382,8 - 86151,8 = 309230,8$ руб.

Таким образом, снижение затрат на лечение в целом составило:

$309230,8 + 238845,0 = 548075,8$ руб.

Приведенные расчеты указывают на экономическую рентабельность комплексных методов диагностики и лечения с использованием средств физиотерапевтического воздействия.

Заключение

Исходя из изложенного выше, очевидно, что в план диагностических мероприятий у пациенток с сочетанными воспалительными процессами придатков матки и мочевого пузыря целесообразно включать КУДИ, позволяющего выявить одну из наиболее частых причин рецидивирующего течения цистита — нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря, и определить адекватность патогенетической терапии, включающей М-холиноблокаторы и/или α -адреноблокаторы.

Применение в комплексной терапии сочетанных воспалительных процессов придатков матки и мочевого пузыря ЭМРИ и ЛФК оказывает позитивное влияние на регионарную гемодинамику, способствуя повышению кровенаполнения, нормализации сосудистого тонуса и микроциркуляции, улучшению венозного оттока. Под влиянием ЭМРИ и ЛФК отмечается достоверное снижение частоты обострений заболевания, происходит сокращение сроков стационарного и амбулаторного этапов лечения, ускоряются процессы выздоровления и реабилитации, восстанавливается трудоспособность и улучшается качество жизни. Использование комплексного подхода к проблеме сочетанных воспалительных процессов придатков матки и мочевого пузыря позволяет получить экономический эффект.

Литература

1. Баранов В. Н. Хронические воспалительные заболевания матки и ее придатков и их отдаленные последствия: автореф. дис... д-ра мед. наук. Челябинск; 2002.
2. Бодяжина В. И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. М.: Медицина; 1978.
3. Занько С. Н. Хронические воспалительные заболевания придатков матки. Витебск; 1998.
4. Кан Д. В. Классификация и диагностика рецидивирующих и хронических циститов у женщин. Урология и нефрология 1988; 6: 16-20.
5. Лоран О. Б. Хронический цистит у женщин. Врач 1996; 8: 6-8.
6. Назаров В. Г. Воспалительные заболевания матки и ее придатков: некоторые вопросы патогенеза, диагностики и лечения, диспансерного наблюдения: автореф. дис... д-ра мед. наук. М.; 1988.
7. Неймарк А. И. Лечение стойкой дизурии у женщин. Урология 2003; 1: 46-9.