

МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКИЕ И СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ САЛЬПИНГООФОРИТЕ

Коржова Е.В., Козлова И.В., Хрипунова Г.И., Горностаева И.В.

Саратовский военно-медицинский институт, Саратов

Цель исследования определить клинико-микробиологические и морфологические особенности кишечника при обострении хронического сальпингоофорита (ХСО).

Материалы и методы. Обследованы 50 пациенток со стертым течением обострения ХСО и 30 пациенток с манифестным течением заболевания, контрольную группу составили 15 практически здоровых женщин. Бактериологическая оценка микробиоценоза кишечника основывалась на исследовании микрофлоры кала с выделением степеней дисбактериоза. В работе использованы методы диагностики дисбактериоза кишечника согласно Отраслевому Стандарту «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» (ОСТ 91500.11.0004-2003, утвержден Приказом МЗ РФ № 231 от 09.06.2003). Вывод о наличии истинного дисбиоза делали на основании повторных исследований, проведенных с интервалом 2-5 дней. Критериями исключения пациенток из исследования служили наличие воспалительных заболеваний кишечника, дивертикулеза кишечника, паразитарные инвазии желудочно-кишечного тракта и факт приема антибиотиков в течение ближайших 3 месяцев. Биопсийный материал получали из сигмовидной кишки. Для гистологических исследований применяли окраску гематоксилин-эозином

Результаты. Клинические признаки колоректальной дисфункции отмечены у 42% пациенток со стертым течением обострения ХСО. При манифестном течении обострения ХСО ведущим в клинической картине становятся симптомы поражения репродуктивной системы, однако при целенаправленном расспросе у 60% пациенток выявляются клинические признаки патологии толстой кишки. При эндоскопическом анализе толстой кишки у 30% пациенток со стертым течением ХСО определяли 1-ю степень активности воспаления слизистой оболочки толстой кишки, а при морфологическом исследовании - поверхностное воспаление. При манифестном течении ХСО эндоскопически определяли выраженные изменения слизистой оболочки толстой кишки, гиперемию, сглаженность сосудистого рисунка, подслизистые кровоизлияния, что соответствовало 1-2 степени активности воспаления.

Анализ кала на дисбиоз практически здоровых лиц в 10% случаев выявил 1-ю, в 3,3% - 2-ю степень дисбиотических нарушений. Изменения касались снижения содержания бифидобактерий или кишечной палочки. Указанные изменения не сопровождались какими-либо кишечными проявлениями. Дисбиоз кишечника при стертом течении ХСО определяли у 54% пациенток, при этом в 32% обнаружена 1-я, в 16% - 2-я и в 6% случаев - 3-я степень кишечного дисбиоза. При оценке количественного состава микрофлоры кала выявлены снижение общего количества бифидобактерий, лактобактерий, пролиферация кишечной палочки и ее гемолитических штаммов, золотистых стафилококков. Нарушения биоценоза кишечника выявлены у 80% пациенток с манифестным течением обострения ХСО, что достоверно чаще, чем в группе пациенток со стертой формой ХСО ($p < 0,05$). При этом 1-я степень дисбиоза отмечена у 13,3%, 2-я - у 53,4%, 3-я - у 13,3% пациенток. При количественном анализе микрофлоры толстой кишки у пациенток с манифестным течением обострения ХСО установлено, что частота обнаружения кишечной палочки, имеющей лактозонегативные свойства, протей, золотистых стафилококков, энтерококков, синегнойной палочки, клостридий была выше, а содержание бифидобактерий и лактобактерий - ниже, по сравнению с аналогичными показателями при стертом течении обострения ХСО.

Выводы. Таким образом, развитие или обострение ХСО ассоциировано с глубокими нарушениями биоценоза кишечника. Кишечный дисбактериоз тесно связан с характером течения ХСО, максимальные нарушения наблюдаются у 80% пациенток с манифестным течением болезни, менее значительные у 54% пациенток с персистирующим течением. Одним из методов коррекции колоректальных нарушений при хроническом сальпингоофорите должны быть средства, нормализующие микроэкологию кишечника и восстанавливающие структурно-функциональную организацию толстой кишки.