О.В. Кальченко, Е.Б. Рудакова, И.Н. Путалова, Е.В. Наумкина, Е.В. Матощенко, Ш.С. Сабитов, Е.П. Красникова, Н.В. Гладышева

Омская государственная медицинская академия, МУЗ Медсанчасть № 9, г. Омск

ФАКТОРЫ РИСКА, МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Воспалительные заболевания женских половых органов являются важной проблемой, они составляют 60-65 % всех гинекологических больных. Особое значение имеют воспалительные процессы внутренних половых органов, отличающиеся длительным или малосимптомным течением, которые с трудом поддаются лечению, приводя к нарушению репродуктивной и гормональной функции организма [1, 2]. Всемирная организация здравоохранения разработала алгоритм, который рекомендует изучение «групп риска». При исследовании групп риска учитывается наличие факторов, способствующих развитию воспалительных заболеваний внутренних половых органов [3].

Предрасполагающими факторами развития воспалительных заболеваний половых органов являются:

1. Социальные: возрастающая миграция населения, урбанизация, изменение полового поведения молодежи, влияние религии, средств массовой информации, развитие культуры, образования, медицинского обслуживания, курение, алкоголизм, наркомания, низкий уровень жизни, стрессовые ситуации [1, 3].
2. Физиологические: возраст женщины, начало половой жизни, количество половых партнеров, наличие или отсутствие методов контрацепции, характер менструальной функции, промежуток времени от последнего полового акта до возникновения заболевания, восприимчивость и особенность иммунной системы организма, иммунодефицит, гормональная патология, аномалии развития половых органов, наличие у партнера симптомов заболевания [3, 4].
3. Биологические: роль микроорганизмов в развитии воспалительных заболеваний половых органов, как основная причина. Однако, для воспалительных заболеваний внутренних половых органов больше характерна полимикробная этиология 60 % аэробной и в 25 % анаэробной флорой [4].

Факторы, способствующие инфицированию верхних отделов половых органов и возникновению воспалительных заболеваний:

1. Внутриматочные процедуры: прерывание беременности, зондирование, гистеросальпингография, гистероскопия, пертубация, гидротубация, операции на половых органах, внутриматочные контрацептивы [1].
2. Особенности гигиены во время менструации: по данным G. Monif (1982), применение влагалищных тампонов во время менструации снижает доступ кислорода. Это может приводить к увеличению числа анаэробных бактерий и, тем самым, провоцировать воспалительный процесс внутренних половых органов.

Все перечисленные факторы создают фон, на котором в последующем возникает воспалительный процесс.

Цель настоящей работы – выявить частоту осложненных форм воспалительных заболеваний на территории г. Омска, изучить влияние факторов риска в группе больных с тяжелыми формами воспалительного заболевания придатков матки, изучить клинические и микробиологические особенности у больных этой группы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На территории г. Омска за 5 лет (2000-2004 гг.) из всех жительниц репродуктивного периода группу риска с воспалительными заболеваниями придатков матки составили 44772 женщины. Изучение факторов риска (с помощью анкетирования), исследование микробиологического пейзажа влагалища, цервикального канала, тубооовариального абсцесса, перитонеальной жидкости выполнили у 35 оперированных больных.

Комплексное обследование включало микроскопию мазка по общепринятой методике и комбинированный посев на расширенный набор питательных сред, предусматривающий выделение широкого круга аэробных, микроаэрофильных, облигатно-анаэробных микроорганизмов, а так же микоплазм и уреаплазм. Посевы инкубировали аэробно при температуре 37°С в эксиаторе со свечой, а так же анаэробно с использованием Cenbox anaer до 5 суток. Определение ДНК к хламидиям определяли набором МПФ с эндотелия цервикального канала и с эпителия маточной трубы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В течение 5 лет ежегодно на территории г. Омска группу риска с осложненными формами воспалительного заболевания придатков матки составляют 8,7 тыс. женщин, что отражено на рисунке 1. Эту группу составили все женщины с воспалительными заболеваниями придатков матки, находившиеся на стационарном или амбулаторном лечении (данные государственных ЛПУ).

Как видно на рисунке, в течение пятилетнего наблюдения зарегистрирована тенденция к снижению числа случаев воспалительных заболеваний внутренних половых органов, что, в свою очередь, привело к снижению числа тяжелых форм заболевания.

Все больные с воспалительными заболеваниями половых органов концентрируются, преимущественно, в первом гинекологическом отделении МУЗ МСЧ № 9. По данным первого гинекологического отделения МУЗ МСЧ № 9 г. Омска, зарегистрировано снижение числа больных с воспалительными заболеваниями половых органов, требующих стационарного лечения, и так же снижение числа тяжелых форм воспалительных заболеваний придатков матки, что отражено на рисунке 2.

По данным гинекологического отделения МУЗ МСЧ № 9, зарегистрировано снижение числа тяжелых форм воспалительных заболеваний придатков матки, требующих оперативного лечения.

Из общего числа женщин, проживающих в г. Омске и составляющих группу риска, осложнения в виде гинекологического пельвиоперитонита, перитонита возникли у 945, что составляет 2,1 % от общего числа всех воспалительных заболеваний половых органов. Число больных с тазовым перитонитом составило 767 (81,1 %). В 532 случаях (69,4 %) тазовый перитонит являлся осложнением тубоовариального абсцесса, и в 235 случаях (30,6 %) – осложнением гнойного или катарального сальпингита. Число больных с абсцессами связок матки, тазовой флегмоной составило 97 человек (10,3 %), с разлитым гнойным перитонитом – 81 (8,6 %). Летальность при гинекологическом перитоните достигла 0,6 %, возникновение инфекционно-токсического шока обнаружено у 15 больных (1,6 %).

При изучении группы оперированных пациенток (35 женщин) с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки, средний возраст составил 18-40 лет. При опросе с помощью анкет выявлено:

- у женщин этой группы имеется большое количество половых партнеров: у 12 (34,3 %) число половых партнеров на момент поступления в стационар колебалось от 2 до 5; у 10 (28,6 %) – один половой партнер, 13 женщин (37,1 %) отказались ответить на этот вопрос в анкете;
- нарушение менструального цикла отмечали 18 пациенток (51,4 %), первичное бесплодие – 5 (14,3 %);

Рисунок 1
Численность женщин группы риска с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки

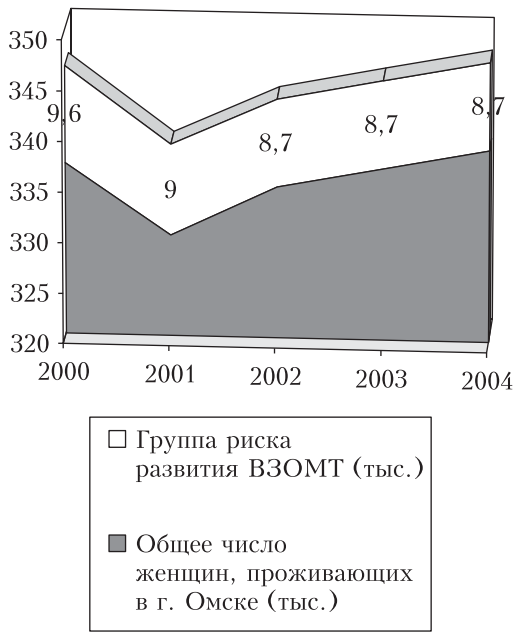
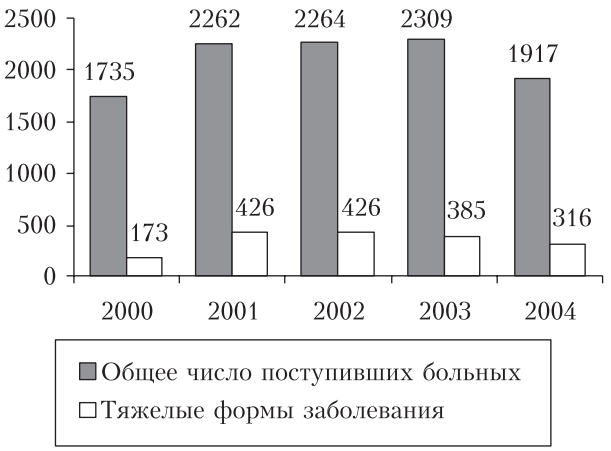


Рисунок 2
Отношение общего числа больных с воспалительными заболеваниями половых органов, поступивших на стационарное лечение, к числу оперированных больных



- применение контрацепции: 15 женщин (42,9 %) применяли ВМК, средняя продолжительность использования составила 8 ± 0,6 лет, на отсутствие контрацепции указывали 13 женщин (37,1 %), барьерную контрацепцию применяли 6 женщин (17,4 %), использование гормональной контрацепции отмечено у 1 женщины (2,9 %);
- число медицинских абортов – 59, в 21 случае (60 %) после прерывания беременности проводилось лечение воспалительного процесса внутренних половых органов, в остальных – нет;
- все женщины, участвующие в исследовании, отрицали терапевтические заболевания и ранее не обследовались на инфекции, передаваемые половым путем, длительно не посещали женскую консультацию, от 1 года до 14 лет;
- длительность течения воспалительного заболевания до момента поступления в стационар колебалось от 6 месяцев до 3-5 дней.

На момент поступления у всех больных состояние расценивалось как средней степени тяжести, обусловленное длительной интоксикацией в результате гнойного очага в брюшной полости, требующего оперативного вмешательства. Во время оперативного вмешательства у 13 больных обнаруживались гнойные тубооваариальные образования с выраженным спаечным процессом и вовлечением в воспалительный процесс стенки сигмовидной кишки или стенки мочевого пузыря, процесс был отграничен от других органов брюшинной полости большим сальником. У 20 больных гнойные тубооваариальные образования придатков матки осложнились пельвиоперитонитом, у 2 больных – распространенным перитонитом. Трем больным выполнена диагностическая лапароскопия с последующей оперативной лапароскопией и сальпингооваариолизисом, в остальных случаях (32 больные) выполнена полостная операция, в одном случае потребовалось выполнение аппендэктомии.

Основная проблема микробиологической диагностики ВЗОМТ связана с трудностями получения материала из очага воспаления. Микрофлора цервикального канала и гнойного очага различна [5].

По микроскопии влагалищного мазка (19 больных) диагностировано: наличие неспецифического вагинита – у 10 женщин (53 %), хламидиоза – у 1 (5,2 %), кандидоза – у 1 (5,2 %), бактериального вагиноза – у 1 (5,2 %), уреаплазмоза и микоплазмоза – у 2 (10,4 %), промежуточный тип мазка – у 4 (21 %).

При расширенном посеве микрофлоры влагалища у этих больных выявлено: в 11 случаях (57,9 %) уменьшение лактобактерий на фоне увеличения условно патогенной флоры: G. vaginalis, E. coli, Peptostreptococcus spp., S. saprophyticus, S. epidermidis, E. faecalis.

У 10 больных (53 %) микрофлора из полости абсцесса представлена преимущественно анаэробной флорой (Peptostreptococcus spp., Fusobacterium, Bacteroides, анаэробные коринеформные бактерии). Аэробная флора установлена у 4 больных (21 %): E. coli, Str. agalactiae, Str. viridans, S. epidermidis. У 5 больных (26 % случаев) результаты посевов из полости абсцесса были отрицательные. Микробиологические посевы из цервикального канала и полости абсцесса на наличие трихомонад и гонококков были отрицательные. При исследовании перитонеальной жидкости только у одной больной выявлен возбудитель – E. coli.

Для выявления хламидий забор материала выполняли из цервикального канала и с эпителия маточной трубы. Хламидии выявлены у 4 больных (21 %): в одном случае из цервикального канала и с эпителия маточной трубы (5,2 %), в двух случаях из цервикального канала (10,5 %), в одном случае только с эпителия маточной трубы (5,2 %).

Клинические проявления воспаления внутренних половых органов в большей степени зависят от фазы менструального цикла и от особенности иннервации брюшины. Брюшина полости малого таза и средней части передней стенки живота имеет ограниченную цереброспинальную иннервацию, и в случае раздражения или воспаления реагирует минимально. Это способствует длительному течению воспалительного процесса придатков матки с выраженными нарушениями в органах [6, 7].

Воспалительный процесс придатков матки, возникший сразу после менструации, проявляется высокой температурой тела, острым болевым синдромом с резко выраженными симптомами раздражения брюшины. Это наблюдалось у 19 больных (54,3 %). Воспалительный процесс придатков матки, проявившийся после предполагаемой овуляции, имел плавное начало, с невыраженным болевым синдромом, постепенным нарастанием значений эндогенной интоксикации и наблюдался у 16 больных (45,7 %).

У больных с хламидиозом при поступлении отмечены невыраженный болевой синдром, невысокие показатели эндогенной интоксикации (ЛИИ 3-4), субфебрилитет, нарушение менструального цикла, выраженный отек связочного аппарата матки и спаечный процесс органов малого таза, обнаруженный во время оперативного лечения. В послеоперационном периоде длительно сохранялись субфебрилитет и явления метрита культи.

Больные, у которых причиной воспалительного заболевания стала анаэробная флора, выявленная из полости абсцесса, на момент поступления отмечали выраженный болевой синдром, регистрировались высокие показатели эндогенной интоксикации (ЛИИ до 8,0 и выше), анемия, чаще тяжелой степени, гипопротеинемия. В послеоперационном периоде у них обнаруживали анемию, показатели эндогенной интоксикации ЛИИ до 4-5, стойкую гипопротеинемию.

Больные с выявленной аэробной микрофлорой на момент поступления отмечали невыраженный болевой синдром, показатели эндогенной интоксикации составили ЛИИ до 5-6, регистрировалась анемия легкой степени. В послеоперационном периоде сохранялись такие же показатели эндогенной интоксикации

сикации, проведение второго курса антибактериальной терапии потребовалось 2 больным.

ВЫВОДЫ:

В возникновении воспалительных заболеваний придатков матки определенную роль играют изменение полового поведения (28,6 % женщин имеют несколько половых партнеров), в 37,1 % случаев отсутствуют методы контрацепции, в 42,9 % длительно применялись внутриматочные контрацептивы. В 60 % случаев воспалительные заболевания придатков матки возникают после прерывания беременности.

В этиологии ведущую роль играет условно-патогенная флора, в 21 % случаев причиной воспалительного заболевания придатков матки является хламидиоз. Однако, даже при отрицательном результате исследования со слизистой цервикального канала, в 5,2 % случаев возбудитель можно обнаружить в эпителии маточной трубы. Особенность течения послеоперационного периода так же зависит и от возбудителя. Так, у всех больных с хламидиозом длительно сохранялся субфибрилитет, явления метрита культи, больным с подтвержденной условно-патогенной аэробной в половине случаев требуется проведение второго курса антибактериальной терапии.

Клинические проявления заболевания зависят от возбудителя и от состояния организма женщины. Частота встречаемости разлитого гнойного перитонита, как осложнения тубоовариального образования, составляет 8,6 %, летальность при гинекологическом перитоните достигает 0,6 %, возникновение инфекционно-токсического шока обнаружено у 1,6 % больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология: Руков. для врачей /В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – СПб., 1995. – С. 9-30.
2. Яглов, В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза /В.В. Яглов //Журн. для практ. врачей. – 2001. – Т. 1, № 3.
3. Newkirk, G.R. Pelvic Inflammatory Disease: Pearls for Diagnosis and Treatment /G.R. Newkirk //Mod. Med. – 1999. – V. 67, N 8. – P. 60-64.
4. Тихомиров, А.Л. Современные походы к лечению воспалительных заболеваний женских половых органов: Метод. реком. /А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания. – М., 2005. – С. 32.
5. Краснопольский, В.И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки /В.И. Краснопольский, С.А. Буянова, Н.А. Щукина. – М., 1999. – С. 233.
6. Маломан, Е.М. Диагностика и лечение разлитого перитонита /Маломан Е.М. – Кишинев, 1985. – 200 с.
7. Шалимов, Н.Н. Острый перитонит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение /Н.Н. Шалимов, В.И. Шапошников, В.И. Пинчук. – Киев, 1981. – С. 288.

❖ ❖ ❖

СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ – НАДЕЖДА ДЛЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Результаты исследования, проведенного специалистами Йельской медицинской школы, свидетельствуют о том, что мезенхимальные стволовые клетки костного мозга могут дифференцироваться в полноценные клетки эпителия желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей.

В экспериментах использовались мыши, в клетках которых блокирован ген трансмембранного регулятора проводимости (transmembrane conductance regulator, CFTR) – белка, образующего в оболочках клеток хлоридные каналы, необходимые для регуляции баланса жидкости в слизистых оболочках. Результатом нарушения функционирования этих каналов является муковисцидоз – одно из наиболее распространенных наследственных заболеваний, при котором из-за повышенной вязкости секрета легочного эпителия происходит разрушение дыхательного аппарата. Трансплантация стволовых клеток, выделенных из костного мозга нормальных мышей, приводила к частичному восстановлению активности хлоридных каналов у мышей-реципиентов.

Полученные результаты пока не могут быть использованы для лечения муковисцидоза из-за незначительного количества формирующихся эпителиальных клеток. Однако, возможно, дальнейшие исследования приведут к разработке эффективных методов лечения этого заболевания.

Статья E. Bruscia et al. «Assessment of cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) activity in CFTR-null mice after bone marrow transplantation» опубликована в Proceedings of the National Academy of Sciences от 21 февраля 2006 года.

Интернет-журнал «Коммерческая биотехнология» http://www.cbio.ru/