

Роль урогенитальной инфекции в прегравидарной подготовке женщин фертильного возраста

М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, А.С. Поповский
Киевский городской родильный дом №5

Урогенитальная инфекция, безусловно, наиболее частая причина обращения женщин репродуктивного возраста к врачам акушерам-гинекологам в наше время. Для нее характерна полимикробная этиология, так называемая микст-инфекция (смешанная), что вызывается двумя или несколькими видами патогенов, преимущественно передающимися половым путем. Это представляет значительные трудности в плане диагностики и рациональной этиопатогенетической терапии, так как наличие нескольких микроорганизмов дают смешанную клинику заболевания и требуют широкой направленности в лечении.

Ключевые слова: урогенитальная инфекция, репродуктивный возраст, иммуномодулирующая терапия.

К инфекционным заболеваниям, передающимся половым путем, относятся:

1. Бактериальные инфекции – паховая гранулема (донованоз), мягкий шанкр, сифилис, венерическая лимфогранулема, хламидиоз, гонорея, микоплазмоз, уреаплазмоз.
2. Вирусные инфекции – ВИЧ, генитальный герпес, остроконечные кондиломы, вызываемые вирусом папилломы человека, гепатит В, цитомегаловирус (герпесвирус человека – тип 5), контагиозный моллюск, саркома Капоши (герпес – тип 8).
3. Протозойные инфекции – трихомониаз.
4. Грибковая инфекция – кандидоз.
5. Паразитарные заболевания – фтириаз, чесотка.

Провоцирующими факторами являются физиологическое (менструация, роды) или ятрогенное (аборты, ВМК, гистероскопия, гистеросальпингографии, операции, ЭКО) ослабление или повреждение барьерных механизмов, что приводит к формированию входных ворот для патогенной микрофлоры и дальнейшему ее распространению.

Кроме того, необходимо подчеркнуть роль фоновых заболеваний и других факторов риска (экстрагенитальные заболевания, некоторые вредные привычки, определенные сексуальные наклонности, социально обусловленные состояния).

В норме во влагалище существуют достаточно надежные механизмы защиты от инвазии патогенных возбудителей. Это в первую очередь микробиоценоз влагалища, который посредством ряда механизмов, таких, как создание кислой среды, конкуренции на уровне пищевых субстанций и др., предотвращает возможность размножения патогенов.

Физиологическая десквамация эпителия влагалища, синтез им антимикробных веществ, обеспечение локальной иммунной защиты, как клеточной, так и гуморальной, – все это также вносит свой вклад в защиту от проникновения.

Урогенитальные инфекции представляют особую опасность, так как они могут протекать бессимптомно, но очень часто приводят к бесплодию, вызывают большой процент осложнений беременности (гестоз, угроза прерывания беременности, многоводие, пиелонефрит беременных, плацентарная

недостаточность, преждевременная отслойка плаценты и др.), внутриутробные поражения плода и новорожденного.

Последствиями нелеченой урогенитальной инфекции являются: хронические воспалительные заболевания придатков матки, трубное бесплодие, эктопическая беременность, неблагоприятные исходы беременности (неразвивающаяся беременность, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды), внутриутробное инфицирование плода.

При поражении эндометрия возбудители инфекции нарушают процесс плацентации и развития последа, что вызывает возникновение вторичной плацентарной недостаточности. Они могут поражать плаценту (плацентит) и оболочки (хориоамнионит), приводить к образованию патогенных иммунных комплексов, что существенно нарушает функцию последа как органа, обеспечивающего плоду адекватное питание и дыхание, что в свою очередь приводит к задержке развития и гипотрофии плода и к преждевременному возбуждению родовой деятельности.

Цель исследования: изучить этиологические, патогенетические, клинические аспекты урогенитальных заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Оценить диагностическую эффективность стандартных методов лабораторного исследования. Определить аспекты адекватного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Киевском городском родильном доме № 5 в динамике было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 273 женщин репродуктивного возраста с урогенитальной инфекцией, обратившихся с целью прегравидарной подготовки. Они были разделены на возрастные категории: 17–22; 23–27; 28–35.

К числу распространенных комбинаций урогенитальных инфекций относились:

- I. *Ureaplasma urealyticum* + *Candida albicans* + *Gardnerella vaginalis*.
- II. *Mycoplasma genitalium* + *Gardnerella vaginalis* + *Staphylococcus aureus*.
- III. *Escherichia coli* + *Gardnerella vaginalis* + *Enterococcus faecalis*.

Эти инфекции имеют сходные черты:

- проявляются болью, зудом, неприятными ощущениями, высыпаниями в области половых органов, выделениями из них;
- источником инфекции является больной человек или носитель;
- распространено бессимптомное носительство, особенно у мужчин;
- нелеченые инфекции часто были причиной бесплодия и невынашивания беременности;
- могли передаваться от матери к ребенку.

Своеобразие этих микроорганизмов – способность к длительному персистированию в организме человека – обуслов-

ливают развитие, как правило, вялотекущих длительных заболеваний, характеризующихся скудной, «абстрактной» симптоматикой. Отсутствие патогномичных симптомов затрудняет клиническую диагностику этих урогенитальных инфекций, и как следствие, в установлении диагноза решающее значение приобретают лабораторные методы исследования.

Поскольку симптоматика урогенитальных инфекций неспецифична, установить диагноз, опираясь только на клинические проявления, невозможно. Диагностика урогенитальных инфекций включала следующие основные методы:

- бактериоскопическое и культуральное исследование;
- полимеразная цепная реакция;
- серологические методы исследования.

Бактериоскопическое исследование представляет собой микроскопию биологического материала, как правило, отделяемого из влагалища и мочеиспускательного канала. Для культурального исследования этот материал высевают на особую питательную среду. Размножение микроорганизмов облегчает идентификацию возбудителя заболевания. Кроме того, на посевах возможно проверить чувствительность микроорганизма к антибактериальным препаратам.

Наиболее современным и чувствительным методом диагностики урогенитальных инфекций является полимеразная цепная реакция (ПЦР). Этот метод основан на обнаружении в биологическом материале (отделяемом влагалища и мочеиспускательного канала) ДНК микроорганизма и на увеличении числа его копий в миллионы раз до уровня, когда возможна его идентификация. Чувствительность этого метода около 99%.

Серологические исследования проводят чаще всего методом иммуноферментного анализа (ИФА). При этом в крови пациента определяют наличие антител к возбудителям заболеваний. За счет выявления антител разных классов этот метод дает возможность судить о стадии инфекционного процесса и о возможно перенесенном заболевании в прошлом.

Накануне проведения забора материала врач акушер-гинеколог сообщал о подготовке к процедуре, соблюдении которой обеспечивало достоверность результатов:

- в течение 14 дней не принимать каких-либо антибактериальных средств до взятия биоматериала на исследование, в противном случае сообщить об этом врачу, для полноты бактериологической картины и правильного выбора тактики лечения;
- в течение трех часов воздержаться от мочеиспускания;
- в течение трех дней избегать половых контактов;
- в течение трех дней избегать спринцевания и постановки вагинальных свечей, мазей, тампонов;
- забор материала производится только через три дня после окончания менструации.

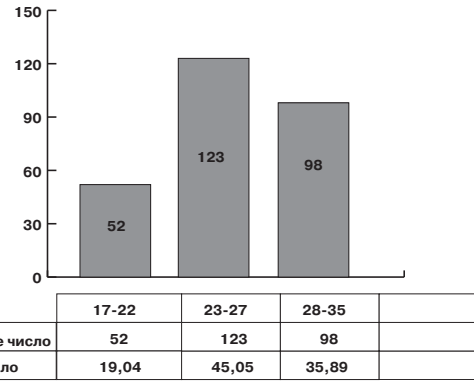


Рис. 1. Количество исследуемых женщин с распределением на возрастные группы

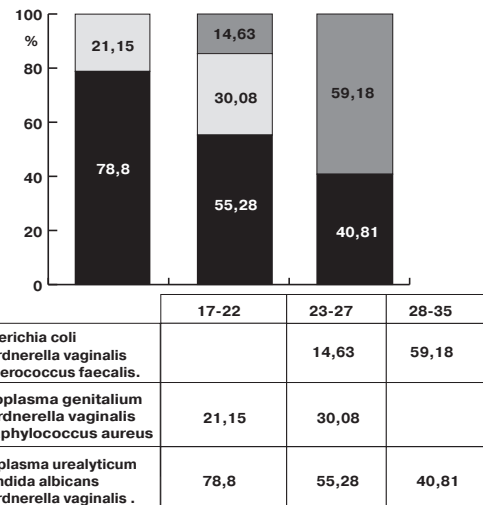


Рис. 2. Комбинации инфекций, наиболее часто встречающихся в определенных возрастных категориях

Чтобы не нанести непоправимый вред больному (прогрессирование воспалительного процесса, нарушение нормального микробного пейзажа человеческого организма) осуществлялось определение чувствительности возбудителя инфекционно-воспалительного процесса к антимикробным средствам, лечение которыми проводили на фоне иммуномодулирующей

Таблица

Клиническая характеристика исследуемых инфекций

Симптомы	Ureaplasma urealyticum + Candida albicans + Gardnerella vaginalis (n-149)		Mycoplasma genitalium + Gardnerella vaginalis + Staphylococcus aureus (n-48)		Escherichia coli + Gardnerella vaginalis + Enterococcus faecalis (n-76)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Тазовая боль	92%	8,76%	79%	7,89%	69,7%	7,5%
Зуд вульвы	71,8%	1,8%	68,75%	3,03%	96,05%	4,10%
Обильные выделения	94,63%	0,7%	81,25%	2,56%	92,10%	1,42%
Неприятный запах выделений	62,41%	1,07%	87,5%	2,38%	93,42%	2,81%
Болезненное мочеиспускание	12,08%	0	12,5%	0	11,84%	0
Жжение	73,15%	0	27,08%	0	23,68%	0
Дискомфорт	96,6%	2,8%	95,8%	2,17%	94,7%	2,8%
Диспареуния	87,9%	1,5%	66,7%	3,1%	64,5%	2,04%

терапии, что позволяет уменьшить курс лечения с 21 до 10 дней путем активизации персистирующей инфекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований позволяют выделить три возрастные группы женщин фертильного возраста, у которых наблюдалось возникновение урогенитальной инфекции:

1-я группа – 17–22 лет; 2-я группа – 23–27 лет; 3-я группа – 28–35 лет. Общее количество исследуемых женщин 273, которые были разделены на возрастные группы: 1-я группа – 52 женщины – 19,04%, 2-я группа – 123 женщины – 45,05%; 3-я группа – 98 женщин – 35,89% (рис. 1).

Всем пациенткам проведено общеклиническое и лабораторное обследование (рис. 2, таблица). У женщин собирали детальную информацию о жалобах и моменте их возникновения. В ходе опроса выяснилось, что период урогенитальной инфекции колебался от 6 мес до 2–3 лет.

При гинекологическом осмотре определяли наличие и степень воспалительного процесса, который подтверждался или опровергался путем взятия материала для диагностики.

Были определены критерии выбора антибактериального препарата:

- полимикробная этиология воспаления требовала приема препаратов широкого спектра действия, лекарственное средство должно оказывать универсальное действие независимо от локализации патологического процесса;
- выбор препарата в полной мере соответствовал антибиотикограмме с учетом возможного риска уже имеющейся резистентности, желательность с бактерицидным эффектом;
- лекарственные средства имели максимально широкий спектр действия, позволяющий назначать их пациентам с сочетанными поражениями урогенитальной сферы;
- достигалась максимальная тканевая концентрация антибактериального препарата в очаге воспаления.

В этих группах на фоне иммуномодулирующей терапии использовали такие схемы лечения:

1. Макролидный антибиотик для перорального применения + комплексный антибактериальный и противогрибковый препарат интравагинально + антибиотик группы линкозамидов местно.

2. Антибиотик из группы макролидов перорально + антисептический и противомикробный препарат интравагинально + антибиотик группы линкозамидов местно.

Роль урогенітальної інфекції в підготовці жінок фертильного віку М.В. Макаренко, Д.О. Говсєєв, А.С. Поповський

Урогенітальна інфекція, безумовно, найбільш часто причина звернення жінок репродуктивного віку до лікарів акушерів-гінекологів у наш час. Для неї характерна полімікробна етіологія, так звана мікст-інфекція (змішана), що викликається двома або кількома видами патогенів, які переважно передаються статевим шляхом. Це представляє значні труднощі в плані діагностики і раціональної етіопатогенетичної терапії, оскільки наявність декількох мікроорганізмів дають змішану клініку захворювання і вимагають широкої спрямованості в лікуванні.

Ключові слова: урогенітальна інфекція, репродуктивний вік, імунomodulatory терапія.

3. Антибиотик аминогликозидного ряда широкого спектра действия перорально + противомикробное средство группы нитрофуранов перорально + антибиотик группы линкозамидов местно.

Положительный клинический результат был получен у всех пациенток. Препараты назначали на фоне иммуномодуляции, до вовлечения новых клеток в патологический процесс, что позволило улучшить результат и сократить срок лечения. Оценка эффективности проведенного лечения базировалась на динамике объективных клинических признаков, данных бактериоскопии и контрольного бактериологического исследования, ИФА и ПЦР.

Партнеры проходили обследование и терапию у врачей урологов в силу специфики лечения инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, у мужчин.

На фоне лечения пациентки в 20 – 7,3% случаев отмечали повышение температуры тела до 37,8 °С, тошнота несмотря на прием пробиотиков отмечена в 35 – 12,7% случаев.

Не менее чем через 30 дней после принятия последней дозы препарата проводили взятие материала для контроля элиминации возбудителя.

В течение двух менструальных циклов женщины воздерживались от половых контактов для восстановления защитных механизмов влагалища. Отделяемые бели не превышали 2 мл/сут, в которых доминировали лактобактерии. Установление кислой среды, отсутствие грамотрицательной микрофлоры, спор, мицелия, псевдогрибов, лейкоцитов свидетельствует о типичном состоянии нормального состояния влагалища.

ВЫВОДЫ

Этот опыт дал возможность определить, что наибольшее число женщин репродуктивного возраста, переносящих урогенитальную инфекцию, находятся в возрасте 22–27 лет (45,05%).

Поскольку симптоматика урогенитальных инфекций неспецифична, установление диагноза сопровождалась использованием бактериоскопического и культурального исследования, ИФА и ПЦР.

Лечение начинали до поражения новых клеток патологическим процессом на фоне проводимой иммуномодулирующей терапии, посредством чего курс лечения составлял 10 дней.

Ликвидация хронического воспалительного процесса органов малого таза оказала положительное влияние на репродуктивную систему с последующим планированием беременности через 3–6 мес после лечения.

Value of urogenital infection for preparation to pregnancy in fertile age woman M.V. Makarenko, D.A. Govseev, A.S. Popovskiy

Urogenital infection, certainly, is one of the most common reason for treatment by gynecologists today. It is characterized by polymicrobial etiology, so-called multi-infection, which is caused by two or more types of sexually transmitted pathogen. For this reason it is really difficult to diagnose and to make rational etiopathogenetic therapy due to several pathogens which evoke mixed clinic and require extensive treatment.

Key words: sexually transmitted infection, fertile age, immunomodulated therapy.

Сведения об авторе

Макаренко Михаил Васильевич – Киевский городской родильный дом № 5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2

Говсєєв Дмитрий Александрович – Киевский городской родильный дом № 5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2

Поповський Андрей Станиславович – Киевский городской родильный дом № 5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2.

E-mail: popovskiy@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Berg T.G., Philpot K.L., Welsh M.S., et al. Ureaplasma/Mycoplasma-infected amniotic fluid: pregnancy outcome in treated and nontreated patients // J Perinatol. – 2009. – Vol. 19, № 4. – P. 275–277.
2. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. – М., 2003. – С. 100–102.
3. Прилепская В.Н. НоваРинг – контрацепция, анатомия, сексология // Гинекология, 2005, № 6. – С. 306–308.
4. Рудакова Е.Б. Влагалищный дисбиоз и патология шейки матки. – журн. патология шейки матки // Генитальные инфекции, 2006, № 1. – С. 52–55.
5. Veres S. и соавт. A comparison between the vaginal ring and oral contraceptives. Obstet Gynecol 2004; 104 (3):555–563.
6. Novak A, de la Loge C, Abetz L, van der Meulen EA The combined contraceptive vaginal ring NuvaRing: an international study of user acceptability. Contraception 2003; 67:187–94.
7. Demenkova Patogeneticheskoe obosnovaniye profilaktiki rasprostraneniya patologicheskogo protsessa pri provedenii immunostimulatsii_KRSU/2006; с. 10–19.
8. Салехов С.А., Алайк Т.Ю., Деменкова С.В. Состояние иммунной системы слизистых оболочек в патогенезе урогенитальной хламидийно-микоплазменно-уреаплазменной инфекции // Клиническая медицина. – Великий Новгород–Алматы, 2004. – Т. 10. – С. 40–41.
9. Деменкова С.В. Профилактика распространения воспалительного процесса на фоне активизации воспалительного процесса. // Мат. научной конференции НовГУ «Актуальные проблемы современной медицины». – Великий Новгород, 2006. – Т. 8. – С. 211–213.

Статья поступила в редакцию 04.12.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

УЧЕНЫЕ РАССКАЗАЛИ, КОГДА БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ БЕЗОПАСНО ЛЕТАТЬ

Безопасный период для полетов во время беременности составляет срок до 37 недель, а для многоплодной беременности – до 32 недель, сообщают британские специалисты из Королевского колледжа акушеров и гинекологов.

Однако специалисты предупреждают, что есть ряд рекомендаций относительно перелетов женщин в период беременности. Например, после 28 недели беременности женщина должна получить справку от врача общей практики перед полетом. Кроме того, многие авиакомпании имеют свои собственные

правила относительного того, до какого времени могут летать беременные женщины. Это нужно учесть и поинтересоваться. Также важно обсудить любые проблемы со здоровьем или осложнения беременности со своим врачом, прежде чем лететь.

Несмотря на то, что во время полета все пассажиры подвергаются небольшому излучению, нет никаких доказательств, что это может быть причиной выкидыша, преждевременных родов или отхода вод у женщины. Изменение давления воздуха и снижение влажности на борту самолета также не представляет

угрозы для здоровья женщины и плода. Если беременность протекает нормально, то полет на самолете не представляет никакой опасности.

Ранее женщинам с многоплодной беременностью рекомендовалось воздержаться от полетов после 34 недели, теперь эти рекомендации изменены Международной ассоциацией воздушного транспорта до 32 недель беременности. После 37 недели беременности схватки у женщины могут начаться в любой момент, отметили специалисты.

www.medicinform.net