

Г.И.Мавров^{1,2}, В.И.Каменев³, М.А.Ярошенко⁴

УДК 612.014.464:616.61-022.1

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ МИКСТ-ИНФЕКЦИЯМИ

Г.И.Мавров^{1,2}, В.И.Каменев³, М.А.Ярошенко⁴ ¹ГУ
«Институт дерматологии и венерологии НАМИ Украины», Харьков ²ГУ
«Харьковская медицинская академия последипломного образования»³
⁴ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая
академи», Полтава ⁴Частная клиника «Оптима-Фарм», Киев

Цель работы. Изучить особенности хронической микст-инфекции для разработки новых способов фармакологического и нефармакологического воздействия для санации, сокращения длительности лечения, предупреждения развития осложнений и рецидивов.

Материалы и методы. Под наблюдением было 161 больной, лечившийся амбулаторно. Выявлена микрофлора: трихомонады - у 119 больных (73,9%), хламидиоз - у 116 (72,1%), микоплазмоз - у 87 (54%), уреоплазмоз - у 74 (46%) и гарднереллез у 40 (24,8%) больных.

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов (до 87%) были в возрасте наибольшей социально-экономической и сексуальной активности. У мужчин чаще встречается хронический простатит и неспецифический уретрит, баланопостит - более 60% (61 больной) отмечали бесплодный брак на протяжении 2-3 лет. Практически все женщины 57 (95%) по данным акушерско-гинекологического анамнеза страдали гинекологическими заболеваниями, а 18 (30%) указывали на бесплодный брак на протяжении 2-3 лет.

Выводы. Микст-инфекции отличаются мало- или асимптомным длительным течением, многофокусным поражением, наличием трех или более микроорганизмов, которые поддерживают воспалительный процесс, а также наличием осложнений

Актуальность

В последние годы урогенитальные инфекции, передаваемые половым путем, как моноинфекция встречается редко и, как правило, представляет смешанный протозойно-бактериальный процесс [1, 7, 11]. При этом имеет место недостаточность иммунологического контроля со стороны макроорганизма, что приводит к хронизации с прогрессирующей деструкцией тканей и нарушением репродуктивной и копулятивной функций. При протозойно-бактериально-вирусной микст-инфекции в 80-90 % случаев наблюдаются хронические, многоочаговые поражения, требующие комплексной терапии, включающей антипротозойные, антибактериальные, противовирусные средства (этиотропная терапия), а также методы активно-го воздействия, основанные на коррекции

иммунологических нарушений (патогенетическое лечение) [2, 3, 4, 5, 10].

Цель работы

Изучить клинические особенности хронической микст-инфекции для разработки новых способов фармакологического и нефармакологического воздействия для обеспечения эффективной санации организма, сокращения длительности лечения, предупреждения развития осложнений и рецидивов [2, 3, 4, 5, 8, 9, 10].

Методы исследований

Под нашим наблюдением находилась 161 больной, лечившийся амбулаторно. Выявлена следующая патогенная микрофлора: трихомонады - у 119 больных (73,9%), хламидиоз - у 116 (72,1%), микоплазмоз - у 87 (54%), уреоплазмоз - у 74 (46%) и гарднереллез у 40 (24,8%) больных. Помимо этого в данной группе у 123

(77,2%) была бессимптомная вирусная инфекция: вирус простого герпеса 1 и 2 типа - у 118 (95,9%), цитомегаловирус - у 19 (15,45%) и вирус Эпштейн-Барр - у 8 (6,5%) больных. Патологический процесс мочеполовых органов, обусловленный четырьмя инфекциями (трихомонады, хламидии, микоплазмы и вирусы) диагностирован у 74 (46%), а хламидии, микоплазмы, гарднереллы и вирусы были выявлены еще у 41 (25,4%). Кроме того у 46 (28,6%) пациентов наблюдался симбиоз простейших с бактериями и вирусами. Таким образом, четырехкомпонентные ассоциации урогенитальных инфекций составили 115 (71,4%) наблюдаемых. По характеру проведенного лечения все больные (161 пациент) были разделены на три репрезентативные и сравнимые группы. В группу контроля (*I группа*) вошли 23(14,3%) больных, которым проводилась стандартизованная медикаментозная терапия по схемам клинических протоколов [6, 7, 8, 9]. В группу сравнения (*II группа*) вошли

53(32,9%) больных, которым кроме традиционной терапии по разработанной схеме вводились противопаразитарные препараты (альбендазол и мебендазол), а для купирования активации вирусной инфекции назначались местно свечи «Виферон» или «Генферон». В основной группе в комплексную терапию вошли разработанные методы общей и местной озонотерапии.

Результаты исследования

Распределение всех наблюдаемых больных по возрасту, полу и семейному положению представлено в таблице 1. Установлено, что во всех клинических группах большинство (до 87%) были в возрасте наибольшей социально-экономической и сексуальной активности. Гендерное распределение свидетельствовало, что мужчин во всех трех сравниваемых группах было от 56,5 % до 66 %, а женщин от 34 % до 43,5 %. При этом в браке — 33,5 % (54), разведенных — 20,5 % (33) и не состоящих в браке - 46 % (74).

Таблица 1. Распределение больных урогенитальной микст-инфекцией по

Показатели в сравниваемых группах		Вид и характер проведенного лечения			
		Г р. контроля I гр. п = 23	Г р.сравнения II гр. п = 53	Основная гр. III гр. п = 85	Итого
Возраст		15 (65,2%)	34 (64,2 %)	54 (63,5 %)	103 (64%)
	30-39 лет	5(21,8%)	12(22,6%)	20 (23,5 %)	37 (23 %)
	40-59 лет	3(13%)	7(13,2%)	11 (13 %)	21 (33%)
Половая принадлежность	Мужчины	13(56,5%)	35 (66 %)	53 (62,4 %)	101 (62,7%)
	Женщины	10(43,5%)	18(34%)	32 (37,6 %)	60 (37,3 %)
Семейное положение	Состоящие в браке (27 сем. пар)	8 (34,8 %)	18(34%)	28 (33 %)	54 (33,5 %)
	Разведенные	5(21,7%)	11 (20,8 %)	17(20%)	33 (20,5 %)
	Не состоящие в браке	10(43,5%)	24 (45,2 %)	40 (47 %)	74 (46 %)
Всего		23 (100%)	53 (100%)	85 (100%)	161 (100%)

По социальному положению пациенты распределились: учащиеся и студенты 64 (39,8%), служащие - 35(21,7%), предприниматели - 45(27,9%), рабочие - 12 (7,5%) и безработные - 5(3,1%). Данные в трех

клинических группах, как явствует из таблицы 2, были сопоставимы по количеству и виду микст-ассоциативной инфицированное™, т.е. лишь объем и характер проводимого лечения были различными.

Таблица 2. Вид протозойно-микробно-вирусных ассоциаций и объем проведенного лечения

Вид микст-ассоциаций	Количество лечившихся больных			
	Традиционно-стандартизированное лечение I гр.	Дополнительно иммунотерапия и усилители противо-протозойной терапии II гр.	Дополнительно озонотерапия III гр.	Всего
Трихомонады, хламидии, уреоплазмы, вирусы	11 (47,8%)	24 (45,3 %)	39 (45,9 %)	74 (46 %)
Хламидии, микоплазмы, гарднереллы, вирусы	6 (26,1 %)	13 (24,5 %)	22 (25,9 %)	41 (25,5 %)
Трихомонады, микоплазмы, вирусы	6 (26,1 %)	16 (30,2 %)	24 (28,2 %)	46 (28,5 %)
Итого	23 (100 %)	53 (100 %)	85 (100 %)	161(100%)

Проведенное углубленное изучение анамнеза, дополнительное обследование и консультации врачей других специальностей позволили выявить сопутствующую патологию у обследованных больных (таблица 3). Во всех трех клинических группах наиболее часто отмечались простудные заболевания верхних дыхательных путей (от 60,9 % до 75,3 %), детские инфекции

(от 39,1 % до 45,3 %), заболевания желудочно - кишечного тракта (от 30,2 % до 31,8%) и гнойно-воспалительные заболевания (от 17,4 % до 22,4 %). В тоже время существенных различий в частоте перенесенных заболеваний во всех трех клинических группах не выявлено, что также указывает на однородность подбора больных.

Таблица 3. Перенесенные и сопутствующие заболевания у пролеченных больных урогенитальной микст-инфекцией

Заболевания	Количество больных с микст-инфекцией					
	Перенесенные болезни			Сопутствующие заболевания		
	I гр.	II гр.	III гр.	I гр.	II гр.	III гр.
Желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит, панкреатит, колит)	7 (30,4 %)	16(30,2%)	27(31,8%)	5(21,7%)	12 (22,6 %)	18(21,2%)
Гнойно-воспалительные (аппендицит, фурункулез, отит)	4(17,4%)	11 (20,75%)	19(22,4%)	1 (4,35 %)	1 (1,89%)	2 (2,4 %)
Гинекологические (аднексит, нарушения менструального цикла, бесплодие, фибромиома)	2 (8,7 %)	4 (7,55 %)	8 (9,4 %)	2 (8,7 %)	4 (7,55 %)	7 (8,24 %)
Урологические (цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит, простатит, аденома)	1 (4,35 %)	2 (3,77 %)	5 (5,9 %)	1 (4,35 %)	4 (7,55 %)	6 (7,06 %)
Дыхательной системы (бронхиты, пневмония, бронхиальная астма, грипп, ОРЗ)	14(60,9%)	37 (69,8 %)	64 (75,3 %)	1 (4,35 %)	2 (3,77 %)	3 (3,53 %)
Сердечно-сосудистой системы (ИБС, стенокардия, гипертоническая болезнь)	1 (4,35 %)	2 (3,77 %)	2 (2,4 %)	1 (4,35 %)	1 (1,89%)	3 (3,53 %)
Детские инфекции	9 (39,1 %)	24 (45,3 %)	36 (42,4 %)	-	-	-
Кожные (микозы, угри, пиодермии)	3 (13 %)	6(11,3%)	11 (12,9%)	1 (4,35 %)	3 (5,66 %)	6 (7,1 %)

Основными жалобами у больных мужского пола были дискомфорт и зуд в уретре, который отмечали 76 (75,2 %) больных, кроме того, периодическую боль в паховых областях и мошонке наблюдали у себя 34 (33,7%) больных. Еще 27 (26,7 %) мужчин жаловались на ноющие боли в промежности и 28 (27,7 %) указывали на тупые, усиливающиеся в положении сидя, боли в пояснично-крестцовой области. Главными жалобами у женщин были различные по цвету и количеству выделения из половых органов у всех 60 (100 %) больных, с неприятным запахом - у 19 (31,7 %). Выделения из половых органов в большинстве случаев были скудными и имели у 27 (45 %) слизистый или слизисто-гноеный у 32 (53,3 %) характер. Примерно у одной трети обследованных женщин (18 больных — 30%) регистрировалась болезненность внизу живота и еще у 7 (11,7 %) и чувство дискомфорта. Зуд кожи и слизистых половых органов отмечали 16 (26,7%) больных, жжение — 9 (15%) и дизурические расстройства — 6 (10%) женщин. Большинство пациенток имели комбинацию двух и более жалоб. Рутинные лабораторные тесты при урогенитальной микст - инфекции существенно не изменялись. Лишь при осложнении основной патологии при активации сапрофитирующей неспецифической микрофлоры в ряде случаев отмечался умеренный нейтрофильный лейкоцитоз (лейкоциты до $8,6 \pm 1,2 \times 10^9$ л с увеличением палочкоядерных до $6,5 \pm 1,0$ % и СОЭ до $16 \pm 1,2$ мм/ч) и терминальная лейкоцитурия (до 12 ± 2 п/зр) с увеличением выделения слизи и умеренной бактериурией. Количество лейкоцитов в анализах мочи по Нечипоренко в среднем достигало 6000 ± 1000 в 1мл. Умеренные изменения биохимических тестов крови отмечены лишь у больных с сопутствующей патологией, указывая на ее выраженность. Во время обострений у отдельных больных зарегистрированы повышение в крови мочевины до 9,4 ммоль/л и креатинина до 160 мкмоль/л, активности органоспецифических ферментов: аспарат - аминотрансферазы (АСТ) до $1,02 \pm 0,23$

мкмоль/(ч.мл), аланин-аминотрансферазы (АЛТ) до $0,98 \pm 0,16$ мкмоль/(ч.мл) и щелочной фосфатазы (ЩФ) до $4,61 \pm 0,94$ мккат/л. У данного ограниченного контингента больных отмечено также повышение в плазме крови показателей углеводного обмена: фосфофруктокиназы (ФФК) до $14,26 \pm 1,2$ мкмоль/г белка, альдолазы (АД) до $3,67 \pm 0,46$ ЕД/мл и гексокиназы (ГК) до $14,6 \pm 1,32$ ЕД/мл, что учитывалось при проведении комплексной терапии. Диагностические лабораторные методы на маркеры урогенитальных инфекций выполнялись повторно, что позволяло провести как первичную диагностику урогенитальной смешанной инфекции, так и определить элиминацию инфекционных агентов в ближайший срок (через 2 недели) и в отдаленный срок (через 7-8 недель) после окончания лечения. Помимо лабораторно-клинической оценки больным выполнялись инструментальные методы диагностики - уретроскопия, кольпоскопия и ультразвуковое исследование мочеполовых органов. Уретроскопически у 29 (28,7 %) мужчин выявлены ограниченные зоны отека и гиперемии с щелевидными углублениями темно-красного цвета и грубыми складками, а у 7 (6,9 %) выявлена бледно-серая тусклая слизистая с грубыми складками и формированием рубцовых сужений уретры на уровне ее стволового отдела. Кольпоскопическое исследование, выполненное при гинекологическом обследовании всех 60 наблюдаемых совместно с гинекологами женщин, позволило диагностировать экзоцервицит у 28 (46,7 %) и эндоцервицит у всех обследованных. Ретенционные кисты с перифокальным воспалением (наботовые кисты или закрытые железы) выявлены у 10 (16,7 %) больных, а истинная эрозия шейки матки у 3 (5 %) обследованных женщин. Кольпоскопические данные позволяли судить о степени воспалительного повреждения эпителия и желез шейки матки. Ультразвуковое исследование мочеполовых органов у мужчин включало морфологическую оценку состояния кавернозных и пещеристого тел, предстательной железы и

органов мошонки. Ограниченные фиброзные изменения кавернозных тел обнаружены лишь у 3 (2,97 %) больных, и еще у 9 (8,9 %) обнаружены фиброзно - ретенционные изменения в яичках и особенно в придатках. Трансабдоминальное ультразвуковое исследование предстательной железы, проведенное всем обследованным мужчинам, выявило асимметричность за счет отека и фиброзно - фолликулярных изменений в основном в правой доле у 27(26,7%), а зоны повышенной эхогенности чаще отмечены в центральной части железы (у 21-20,8% обследованных) с образованием кальцификатов. Практически у всех мужчин, с урогенитальной микст-инфекцией, при ультразвуковом исследовании простаты отмечена диффузнонеоднородная эхогенность с чередованием зон повышенной и сниженной

эхогенности без четких границ. У женщин ультразвуковое исследование органов малого таза в 100% случаев выполнялось обзорное полипозиционное трансабдоминальное с наполненным мочевым пузырем и у 28 (46,7 %) для уточнения степени деструкции маточных труб и яичников трансвагинально. Наиболее часто у 22 (36,7 %) выявлен сальпингоофорит и у 14 (23,3%) аднексит, а также поликистозная дегенерация яичников установлена у 3 (5%) и эндометриоз - у 4 (6,7 %). При окончательном топическом и функциональном анализе инфекционно – воспалительных поражений мочеполовых органов у 101 мужчины и 60 женщин протозойно - микробно – вирусной этиологии выявлены следующие закономерности (таблицы 4 и 5).

Таблица 4. Частота поражения мочеполовых органов у мужчин, страдающих от урогенитальной микст - инфекции

Заболевания	Количество больных	
	Абсолютное число	%
Баланопостит, кавернит	24	3,76
Неспецифические уретриты	41	40,59
Хронический простатит	52	51,49
Орхоэпидидимит, патология яичек	19	18,81
Хронический цистит и пиелонефрит	13	12,87
Бесплодный брак	61	60,4

Как видно из данных в таблице 4, наиболее часто у данной категории мужчин встречается хронический простатит и неспецифический уретрит, а также баланопостит, по поводу которых они неоднократно лечились

у урологов, андрологов и дерматовенерологов. Более 60 % (61 больной) отмечал бесплодный брак на протяжении 2-3 лет при желании иметь детей и выявленных нарушениях сперматогенеза.

Таблица 5, Клинический диагноз поражений у женщин, страдающих от урогенитальной микст-инфекции

Заболевания	Количество больных	
	Абсолютное число	%
Уретрит, кольпит, эндоцервицит	18	30,0
Эндоцервицит, кольпит	10	16,7
Эндоцервицит, кольпит, эктопия шейки матки	11	18,3
Эндоцервицит, кольпит, сальпингоофорит	16	26,7
Кольпит, эндоцервицит, аднексит	15	25,0
Хронический цистит и пиелонефрит	17	28,3
Бесплодный брак	18	30,0

По данным, представленным в таблице 5, у женщин, заразившихся сочетанной урогенитальной инфекцией, отмечается многоочаговость поражения органов малого таза. При этом наиболее часто вовлекаются цервикальный канал и шейка матки с распространением воспалительного процесса как минимум на две топографические области: цервикальный канал и слизистую оболочку влагалища и уретры. Все это приводило у 14 (23,3 %) женщин к нарушениям менструального цикла с усилением болезненности внизу живота. Практически все женщины 57 (95%) по данным акушерско-гинекологического анамнеза

страдали гинекологическими заболеваниями и лечились у гинекологов, 18 (30 %) из них указывали на бесплодный брак на протяжении 2-3 лет.

Заключение

Особенности клинических проявлений микст - инфекций, передаваемых половым путем, определяются мало- или асимптомным длительным течением заболевания, многофокусным поражением, наличием трех или более микроорганизмов, которые поддерживают воспалительный процесс, а также наличие резидуальных явлений и осложнений.

Список литературы

1. Кисина В.И. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин и их связь с инфекциями, передаваемыми половым путем. Диагностика, лечение, профилактика. Часть II / В.И.Кисина, Е.Ю.Канишева // Вестник дерматологии и венерологии. -2002. - № 4. -С.16-23.
2. Козин Ю.И. Возможности озонотерапии в лечении хронической протозойно-урогенитальной инфекции и ее осложнений / Ю.И. Козин, И.Э. Лукьянов // Медицинский альманах,- 2013.- № 3 (27).- С. 167-168.
3. Лукьянов И.Э. Особенности процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных с сочетанной протозойно - уrogenитальной микст-инфекцией при озонотерапии / И.Э. Лукьянов, Ю.И. Козин, А.Н. Беловол // Международный медицинский журнал. — 2013, —Т. 19, №3. — С. 56-61.
4. Мавров Г.И. Проблема трихомониаза (современные подходы к диагностике, этиотропной и патогенетической терапии) / Г.И. Мавров, И.Н. Никитенко, А.Г. Клетной // Журнал дерматология та венерология. -2003.- №2(20).-С. 7- 11.
5. Нагорный А.Е. Патоморфоз клинических проявлений при генитальном герпесе, хламидиозе и трихомонозе / А.Е. Нагорный // Дерматология та венерология. - 2011. - № 3 (53). - С. 34-43.
6. Наказ МОЗ України № 312 від 08.05.2009 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання».
7. Научно-практическое издание «Дерматовенерология». Клинические рекомендации по кожным и венерическим болезням / Под ред. А.А. Кубановой. М., 2008. 297 с.
8. CDC. Sexual. Transmit. Diseases Treatm. GuidelineP. MMWR. 2010.- Vol.59 (No. RR-12).- 116p.
9. European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge / J. Sherrard, G.Donders, D.White, J.Skov-Jensen // Int. J. STD / AIDP.-2011.-Vol.22.-No.8.= P.42-49.
10. Schwebke J.R. Trichomoniasis / J.R. Schwebke, D. Burgess // Clin. Microbiol. Rev.-2004.- Vol. 17.- No.4.-P.794-803.
11. Trichomoniasis: clinical manifestations, diagnosis and management / H. Swygard, A.C. Sena, M.M. Hobbs, et al. // Sex. Transm. Infect.- 2004.- Vol.80.- No.2.- P.91-95.