УДК 618. 39-06:616.89-008.441.13

Стан імунного гомеостазу і мікробіоценозу статевих шляхів жінок із опіоїдною залежністю. Профілактика, лікування, організація надання медичної допомоги

М.В. Зеленська

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті представлено результати досліджень стану імунного гомеостазу і мікробіоценозу статевих шляхів жінок із опіоїдною залежністю. Вивчено та висвітлено основні причини та особливості патогенезу виникнення порушень мікробіоценозу статевих шляхів на тлі опіоїдної залежності. Проведені дослідження частоти виникнення інфекцій, що передаються статевим шляхом, у даної категорії пацієнток та зроблено висновки щодо найбільш поширених нозологій.

Надано рекомендації стосовно проведення профілактики, діагностики, лікування та організації надання медичної допомоги на етапі прегравідарної підготовки та вагітності хворим із опіоїдною залежністю. Представлено інформацію щодо заходів, які вжито з метою законодавчого та нормативного врегулювання питань організації надання медичної допомоги жінкам із опіоїдною залежністю.

Ключові слова: *мікробіоценоз піхви, імунний гомеостаз, інфекції, що передаються статевим шляхом, групи ризику щодо інфікування ВІЛ, ВІЛ-інфекція, опіоїдна залежність, репродуктивне здоров'я, прегравідарна підготовка, вагітність, профілактика, організація надання медичної допомоги, замісна підтримувальна терапія.*

Нормальний мікробіоценоз статевих шляхів та збереження імунного гомеостазу є передумовою фізіологічного функціонування репродуктивної системи жінки. Патологічні чинники (інфекційні захворювання, різні види залежностей та інше) призводять до виникнення порушень сенситивних механізмів регуляції жіночої репродуктивної системи, відіграють негативну роль та є одними з основних факторів, які негативно впливають на здоров'я жінок та народжених ними дітей. Порушення оваріально-менструального циклу, хронічні запальні захворювання органів малого таза, безпліддя, ускладнення перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду – це перелік лише основних патологічних станів, основою яких є саме порушення мікробіоценозу статевих шляхів та імунного гомеостазу.

Сьогодні в Україні ці проблеми набувають особливого значення серед жінок, які відповідно до наказу МОЗ України від 8 лютого 2013 року № 104, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України (26 лютого 2013 р. за № 323/22855), належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ. Згідно з цим наказом до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ належать споживачі ін'єкційних наркотиків, особи, які надають сексуальні послуги за винагороду та їхні клієнти, статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків. Крім того, за умови застосування однієї з форм небезпечної поведінки до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ можуть бути віднесені особи, що перебувають у складних життєвих обставинах, а саме: особи, які утримуються в установах виконання покарань, бездомні, іммігранти, звільнені від відбування покарань у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк, безпритульні та бездоглядні діти, включно діти з сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, а також діти, які не отримують належного батьківського піклування. Визначення переліку груп ризику щодо інфікування ВІЛ здійснено МОЗ України з урахуванням критеріїв та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Критеріями віднесення осіб до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ є наступні форми поведінки: вживання наркотичних та психотропних засобів ін'єкційним способом з використанням спільних шприців, голок для ін'єкцій та наркотичних засобів, статеві стосунки більш ніж з одним партнером без використання засобів захисту, в тому числі за винагороду, анальні статеві стосунки без використання засобів захисту, в тому числі за винагороду.

Необхідно зазначити, що за даними аналізу офіційної статистики МОЗ України, починаючи з 2008 року по теперішній час, відзначається тенденція збільшення саме статевого шляху передачі ВІЛ серед уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції з 53,1% до 65,7%. Якщо розглядати цей показник за статевою ознакою, стає зрозумілим, що серед жінок у віці 15–49 років показник інфікування ВІЛ статевим шляхом за цей час збільшився з 77,2% до 85,6% [1].

Для більш детального розуміння масштабів проблеми слід зазначити факт поступового збільшення частки жінок, залучених у епідемію ВІЛ-інфекції. У 2013 році частка жінок серед уперше зареєстрованих 20 000 ВІЛ-інфікованих осіб досягла 44,7%, з них 88% це особи молодого, репродуктивного віку. Дана тенденція спостерігається протягом останніх п'яти років та знаходить своє відображення у щорічному збільшенні показника поширення ВІЛ серед вагітних в Україні, який у 2013 році становив 0,39% (за даними первинного обстеження). Протягом року діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений 6455 жінкам репродуктивного віку, причому 2262 вперше під час вагітності (код 109.1). Ситуація визнана найгіршою у Європі (За даними ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України»).

Рівень ВІЛ-інфекції серед жінок, які є споживачами опіатних ін'єкційних наркотиків складає 22,4%. Аналогічний показник серед чоловіків складає 18,8,% відповідно (2013 р.). Необхідно звернути увагу також на той факт, що саме жінки–споживачі внутрішньовенних опіоїдних наркотиків практикують небезпечну сексуальну поведінку. Так, за даними Гармонізованого звіту України щодо ефективності заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу 2012 року лише 51,2% жінок, які є споживачами опіатних ін'єкційних наркотиків, повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту [2].

Особливості поведінки вагітних, які є споживачами опіатних ін'єкційних наркотиків, та їхнього оточення призводять до підвищеного ризику інфікування ВІЛ інших осіб, як статевим так і парентеральним шляхом. У 2011 році 151 особа (3,5%) з 4351 ВІЛ-інфікованих вагітних активно споживали наркотики під час вагітності.

Таблиця 1

Середній вік вагітних

Вік	Показник у групі, %	
	I група, n=30	II група, n=30
До 18 років	-	26,7
19-25 років	36,6	43,3
26-30 років	30	20,0
31-35 років	23,4	20,0
Більше 35 років	10	10,0
Середній вік	28,5±2,1	30±2,2

Таблиця 2

Видовий склад мікрофлори піхви

Факультативні мікроорганізми	Анаеробні мікроорганізми
Грампозитивні коки Staphylococcus epidermidis Staphylococcus aureus Group D Streptococcus b-Hemolitic Streptococcus Інші види стрептококів	**Грампозитивні коки** Peptococcus species Peptococcus anaerobius Peptococcus asaccharolyticus Peptococcus varibilis Peptostreptococcus species Peptostreptococcus anaerobius
Грампозитивні палички Lactobacillus species Corinebacterium species	**Грампозитивні палички** Veilonella species Acidominococcus fermentas
Грамнегативні палички Echerichia coli Klebsiella species Інші види сімейства Enterobacteriaceae	**Грамнегативні палички** Bacteroides melaninogenicus Bacteroides vulgaris Bacteroides species Fusobacterium species Leptotrichia species Campilobacter specie

Усе це свідчить про актуальність проблеми та необхідність пошуку нових підходів до збереження репродуктивного здоров'я, насамперед серед жінок, які відносяться до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Мета нашого дослідження:

– вивчити та порівняти у двох групах жінок: стан мікробіоценозу піхви та імунного гомеостазу; частоту виникнення та особливості інфекцій що передаються статевим шляхом; вплив на репродуктивне здоров'я;

– розробити рекомендації щодо профілактики порушень мікробіоценозу статевих шляхів та імунного гомеостазу, заходи з попередження інфекцій, що передаються статевим шляхом, насамперед серед жінок, які відносяться до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ;

– вивчити вплив внутрішньовенного споживання опіоїдних наркотиків на функціонування репродуктивної системи жінки та роль замісної підтримувальної терапії, як фактора впливу на ефективність профілактичних заходів та якість лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, насамперед під час вагітності.

Для реалізації мети дослідження було відібрано дві групи жінок:

• I група – вагітні (n=30), що належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та є споживачами опіатних ін'єкційних наркотиків;

• II група – вагітні (n=30), які належать до загального населення та не мають шкідливих звичок та будь-яких залежностей.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При проведенні оцінювання середнього віку досліджуваних жінок достовірних розходжень між групами виявлено не було (I – 22,4±2,1; II – 26,2±2,2), тобто переважна більшість жінок були у віці 19–25 років (табл. 1).

Під час оцінювання приналежності вагітних до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, відповідно до критеріїв, затверджених наказом МОЗ від 8 лютого 2013 року № 104, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України (26 лютого 2013 р. за №323/22855), встановлено наступне. 100% вагітних I групи були віднесені до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ за критерієм «активне внутрішньовенне споживання опіатних наркотиків під час вагітності», 23 жінки (77%) зазначили, що їх статевий партнер під час проведення дослідження також активно споживав наркотичні речовини.

Крім того, 18 (60%) жінок I групи зазначили, що не мають постійного статевого партнера та не перебувають у шлюбі.

Застосування презервативів під час статевих контактів відзначили лише 7 (23,3%) вагітних I групи та 5 вагітних (16,6%) II групи відповідно.

Жодна пацієнтка I групи не була залучена до програми замісної підтримувальної терапії до вагітності, причому 24 (80%) з них, не мали інформації щодо закладів охорони здоров'я, в яких можливо отримати ці послуги.

У I групі стаж наркотичної залежності більше ніж 10 років мали 3 жінки (10%), більше ніж 5 років – 21 жінка (70%), до двох років – 6 жінок (20%). Необхідно зазначити, що 5 жінок (16,6%) з I групи зазначали епізодичне залучення до комерційного сексу з метою отримання наркотиків та 3 жінки (10%) мали проблеми із вчиненням правопорушень внаслідок наркоспоживання.

Відповідно до отриманих результатів проведеного аналізу клінічної характеристики вагітних I та II групи нами були дотримані основні критерії відбору та принципу рандомізації, що є обов'язковою умовою для адекватної трактовки отриманих результатів.

За даними наукової літератури [3–7], на сучасному етапі нормальну мікрофлору розглядають як сукупність мікробіоценозів, які мають особисті екологічні ніші на шкірі та слизових оболонках та не перевищують певних фізіологічних концентрацій. Видовий склад мікрофлори піхви наведено у табл. 2.

Таблиця 3

Мікроскопічна характеристика біоценозу піхви за типом біоценозу

Тип біоценозу, характеристика мазка	I група (вагітні СІН)	II група
Нормоценоз (домінування лактобактерій; відсутність грамнегативні мікрофлори, спор, псевдогіфів; відсутність лейкоцитів, поодинокі епітеліальні клітини)	-	25 (83,3%)
Проміжний тип (помірна/знижена до не менш ніж 10*4 кількість лактобактерій; наявність грампозитивної мікрофлори; наявність лейкоцитів, моноцитів, макрофагів; епітеліальні клітини у помірній кількості)	6 (20%)	3 (10%)
Дисбіоз піхви (кількість лактобактерій менша ніж 10*4; значна поліморфна грам позитивна та грамнегативна мікрофлора; наявність «ключових клітин»; відсутність або незавершеність фагоцитозу)	17 (56,6%)	2 (6,7%)
Вагініт (запальний тип мазка) – велика кількість лейкоцитів, макрофагів, відсутність лактобактерій	7 (23,4%)	1 (3%)

Таблиця 4

Біохімічні показники секреторного вмісту піхви у вагітних I (n=30) та II (n=30) груп

Показник	II група	I група (вагітні СІН)
Маса секреторного вмісту піхви, г/добу	1,1±0,09	2,51±0,09
pH, од.	4,01±0,5	5,82±0,10
Осмолярність, мосмоль/л	300,01±5,83	345,24±8,03
Аміновий тест, од.	0,2±7,63	2,52±0,43
Перекис водню, мкмоль/л	219,41±20,04	145,68±9,74
Сечовина, моль/л	21,65±1,37	16,71±1,11
Загальний білок, г/л	1,59±0,07	2,92±0,09
Глюкоза, моль/л	4,34±0,56	1,67±0,52
Молочна кислота, мкмоль/л	5,0±0,005	2,98±0,13
Холестерин, моль/л	6,24±0,38	4,13±0,025
Тригліцериди, моль/л	5,33±0,52	5,05±0,11
Амілаза, од/л	57,24±11,22	154,79±68,17
ЛДГ, од/л	123,96±28,82	521,1±98,2
Лужна фосфатаза, од/л	86,57±25,59	257,3±62,38
Креатинінкіназа, од/л	26,48±9,31	49,97±11,05
Залізо, мкмоль/л	374,59±29,58	197,81±15,96
Мідь, мкмоль/л	22,64±2,03	3,34±0,67
Магній, ммоль/л	0,35±0,02	0,28±0,01
Кальцій, мкмоль/л	9,01±0,53	6,34±0,34
Натрій, мкмоль/л	91,36±3,71	167,81±4,92
Калій, мкмоль/л	29,26±2,32	41,27±3,93
Хлориди, мкмоль/л	92,11±3,25	193,56±4,32
Фосфати, мкмоль/л	6,22±0,69	5,73±0,33

Нами було проведено дослідження бактеріологічного посіву вмісту піхви пацієнток I та II груп та зроблено порівняння отриманих результатів видового складу мікрофлори піхви

За результатами проведеної роботи встановлене наступне. У пацієнток II групи аналіз бактеріологічного посіву вмісту піхви відповідав нормальному видовому складу мікрофлори піхви здорової жінки. Кількісний її склад не перевищував припустимих концентрацій, тобто коливався у межах, що не перевищують $n \leq 10^4$.

Дані аналізів, які було отримано під час виконання аналогічних досліджень у жінок I групи, також виявили наявність мікроорганізмів, наведених у табл. 2, однак деякі з них були виявлені у концентраціях 10^5–10^7, які перевищують припустимий рівень. Отримані результати представлено наступним чином: Staphylococcus epidermidis у 10 (33,3%) вагітних; Staphylococcus saprophytic + Candida albicans – у 5 (16,6%); Staphylococcus aureus – у 2 (6,7%); E. coli – у 4 (13,3%); candida albicans + Staphylococcus aureus – у 4 (13,3%); Staphylococcus saprophytic + E. coli – у 3 (10%); Candida albicans + Staphylococcus saprophytic – у 2 (6,7%) жінок відповідно. Отримання наведених вище результатів свідчить про порушення мікробіоценозу та про активацію умовно-патогенних мікроорганізмів.

З метою відображення отриманих нами результатів мікроскопічної характеристики досліджень біоценозу піхви ми використали класифікацію Е.Ф. Кира 2005 року, детальна інформація наведена у табл. 3.

Зниження концентрації паличок Додерлейна до рівня менше ніж 10^4 мк/мл вважається індикатором наявності дисбактеріозу. У нормі в 1,0 мл вагінального секрету здорових жінок міститься близько 10^6–10^9 паличок Додерлейна. За результатами проведеного нами дослідження цього показника встановлено, що у переважної більшості жінок II групи – у 25 (83,3%) спостерігався нормальний вміст лактобацил Додерлейна у концентрації більше ніж 10^4, у той самий час серед пацієнток I групи помірний їх вміст був встановлений лише в 6 (20%) жінок.

Необхідно зазначити, що вміст секрету піхви формується внаслідок транссудації, пропотівання капілярів слизової оболонки піхви та процесів аутолізу клітин епітелію. Домішками до

цієї рідини є секрет залоз матки та шийки матки. Фізіологічна норма секреторного вмісту піхви в середньому складає 1 мл. У жінок, які мають порушення мікробіоценозу піхви кількість цієї рідини значно збільшується, що, зазвичай, супроводжується появою скарг на патологічні виділення зі статевих шляхів [8].

Нами було проведене дослідження загальноприйнятих біохімічних показників секреторного вмісту піхви у вагітних I та II груп. Детальна інформація щодо отриманих результатів, наведена у табл. 4.

Аналіз отриманих результатів підтверджує наявність порушень деяких біохімічних процесів, які впливають на формування секреторного вмісту піхви. Так, у пацієнток I групи було встановлено збільшення показників низки ферментів: амілази, лужної фосфатази, креатинінкінази, з одночасним зменшенням концентрації деяких мікроелементів: заліза, міді, кальцію тощо. Також наявний позитивний результат амінного тесту, який супроводжувався появою «ключових» кліток та збільшенням кількості патологічних виділень з піхви дозволяли зробити висновки, що переважна більшість жінок, які є споживачами опіатних внутрішньовенних наркотиків мали порушення мікробіоценозу статевих шляхів та ознаки бактеріального вагінозу.

Відповідно до даних наукової літератури піхва здорової жінки має природні функціональні механізми, які забезпечують її постійне фізіологічне очищення. Кінцевим продуктом цього процесу є молочна кислота. Фізико-хімічні властивості цієї кислоти дозволяють підтримувати фізіологічний біоценоз піхви. Провідну роль грає глікоген плоского епітелію піхви. Глікоген під впливом діастатичного ферменту розщеплюється до дисахариду мальтози. Останній під дією ферменту мальтози розщеплюється до моносахариду глюкози. Дія лактобацил на моносахариди глюкози забезпечує їхній розпад до молочної кислоти. Наявність достатньої її кількості забезпечує кислий pH вмісту піхви, який в нормі дорівнює 4,0–5,8 [8].

При проведенні власних досліджень встановлено, що у пацієнток I групи pH вмісту піхви коливався в межах 5,8–6,5, у пацієнток II групи відзначалися коливання показника від 4,0 до 4,5 тобто були близькі до норми.

Величина pH залежить від функції яєчників. Гіпофункція яєчників призводить до зниження концентрації діастатичного ферменту, що є одним з головних чинників збільшення pH більше ніж 6, та супроводжується активацією патогенної та умовно-патогенної мікрофлори. Клінічно цей процес проявляється порушенням мікробіоценозу піхви та збільшенням частоти запальних процесів органів малого таза.

Споживання опіоїдних наркотиків призводить до гіпофункції яєчників внаслідок блокування овуляції як наслідок зниження преовуляторного викиду гонадотропних гормонів, пригнічення секреції ЛГ та ФСГ. Клінічним проявом є порушення оваріально-менструального циклу, розвитком гіпофункції яєчників з поступовим збільшенням кількості ановуляторних циклів, у важких випадках спостерігається стійка аменорея [9].

У нашому дослідженні у пацієнток I групи, які внутрішньовенно споживали опіоїдні наркотики, порушення оваріально-менструального циклу за типом оліго-, опсоменореї до вагітності, було відзначено в 6 (19%) випадках. Ступінь важкості патології був пропорційний стажу споживання наркотичних речовин. 4 вагітні з опсоменореєю мали стаж споживання наркотичних речовин понад 5 років.

У пацієнток II групи порушення оваріально-менструального циклу за даними анамнезу зустрічалися у 3 жінок (6,6%) та були зумовлені недостатністю II фази менструального циклу. Жінки зазначали на перенесені запальні захворювання органів малого таза, які ймовірно слугували основною причиною, яка призвела до порушення діяльності яєчників.

Тривалий вплив опіоїдів сприяє розвитку гормонального дисбалансу, порушенню мікробіоценозу статевих шляхів та супроводжується поступовим розвитком неповноцінності рецепторного апарату матки, яєчників, що є передумовою виникнення патології вагітності.

Вивчення питання найбільш поширених інфекцій, що передаються статевим шляхом, дозволило встановити наступне. За результатами бактеріоскопії виділень з піхви у 3 вагітних (10%) I групи діагностовано трихомонадний кольпіт, у II групі ця патологія зустрічалася у 1 вагітної (3,3%). Наявність хламідіозу було встановлено за результатами ПЛР в 4 вагітних (13,3%) I групи, відповідних випадків у II групі жінок не спостерігалося.

Імунологічна резистентність статевих шляхів забезпечується гуморальним та клітинним ланцюгами імунної системи. Неспецифічний імунітет піхви формується імуноглобулінами A та G. Останні або синтезуються слизовою оболонкою піхви, або надходять з крові. Місцевий імунітет формується секреторним імуноглобуліном A, який синтезується плазматичними клітинами, що розташовані в субепітеліальному шарі маткових труб, ендо- та ектоцервіксі, матки та піхві. Антитіла перешкоджають адгезії патогенних мікроорганізмів до стінок піхви, активують каскад системи комплементу, стимулюють процеси фагоцитозу. Важливу роль у системі імунної відповіді відіграють клітини Лангерганса, які розташовані у парабазальному шарі епітелію піхви та виконують антигенпрезентувальну роль для Т-лимфоцитів. Клітинний імунітет забезпечується лімфоцитами та клітинами макрофагально-фагоцитарного ряду шляхом реалізації механізму інфільтрації лейкоцитами стінок піхви під впливом патогенних факторів. [8]

Результати дослідження вмісту секреторного імуноглобуліну A піхви у вагітних I групи встановили їх підвищений рівень за наявності порушення мікробіоценозу у жінок зі стажем наркотичної залежності менше ніж 2 роки. У жінок зі стажем наркотичної залежності більше ніж 5 років спостерігалося суттєве зниження імунологічної реактивності та відповідне зменшення кількості секреторного імуноглобуліну.

Важливими складовими імунологічного благополуччя піхви є лактоферин та трансферин, які відносяться до сидерофілінів. Основна їхня функція зумовлена обмеженням доступності заліза бактеріям. У свою чергу залізо, яке зв'язане з лактоферином, відіграє провідну роль в генерації активних форм кисню лактобактеріями. В умовах сидеропенії мікроорганізми продукують сидерохроми, що призводить до порушення метаболізму епітеліальних клітин та до виникнення дистрофічних процесів у слизовій оболонці піхви. Доведено, що вірулентність мікроорганізмів значною мірою залежить від спроможності сидерохромів конкурувати з сидерофілінами організму за залізо, яке присутнє у тканинах та біологічних рідинах. Саме цим пояснюється факт тридцятикратного підвищення при бактеріальному вагінозі вмісту трансферину у вагінальній секреторній рідині.

Проведені нами комплексні дослідження та отримані результати свідчать саме про наявність у жінок I групи порушень метаболізму епітеліальних клітин та хронічних дистрофічних процесів у слизовій оболонці піхви, що підтверджується зниженням концентрації мікроелементів, насамперед заліза, глюкози, підвищення білкових фракцій.

ВИСНОВКИ

Таким чином, з метою збереження репродуктивного здоров'я жінок, насамперед груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, необхідним є реалізація організаційних, профілактичних, лікувально-діагностичних заходів.

I. Вжити заходів щодо забезпечення доступу жінок до профілактики, діагностики та лікування порушень мікробіоценозу статевих шляхів, інфекцій, що передаються статевим шляхом, на базі закладів охорони здоров'я фахівцями акушерсько-гінекологічної, дерматологічної та служб профілактики і боротьби зі СНІДом. Фахівці інших спеціальностей повинні у разі виникнення у пацієнток підозри на наявність запальних за-

хворювань органів малого таза перенаправити хвору до закладу охорони здоров'я, на базі якого надаються відповідні послуги.

З метою забезпечення доступу пацієнтів груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, насамперед споживачів опіоїдних ін'єкційних наркотиків, до якісних послуг із діагностики інфекцій, що передаються статевим шляхом з наступним їх перенаправленням для лікування у відповідні заклади охорони здоров'я на регіональному рівні забезпечити використання «мобільних пунктів та амбулаторій», діяльність яких затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 114 «Про організацію надання послуг консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, гепатити В і С, інфекції, що передаються статевим шляхом, у мобільних пунктах та мобільних амбулаторіях».

Забезпечити доступ жінок – споживачів опіоїдних ін'єкційних наркотиків до замісної підтримувальної терапії з метою профілактики та попередження поширення ВІЛ-інфекції, інфекцій, що передаються статевим шляхом, та гемотрансмісивних інфекцій серед споживачів ін'єкційних наркотиків та їх статевих партнерів; забезпечення доступу до медичного нагляду; запобігання вживанню «вуличних наркотиків», вилучення жінки з кримінального середовища та зниження рівня криміналізації. Замісну підтримувальну терапію проводити відповідно до наказу МОЗ 27.03.2012 № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 05 червня 2012 року за № 889/21201.

II. Лікувальні заходи

При порушенні мікробіоценозу статевих шляхів рекомендовано проведення санації статевих шляхів з урахуванням чутливості до антибактеріальних препаратів з наступним застосуванням пробіотиків.

Лікування розладів гормональної регуляції органів репродуктивної системи проводити з урахуванням патологічного фактора, що її спричинив.

Лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, з виключенням синдромного підходу.

III. Профілактичні заходи

– попередження інфекцій, що передаються статевим шляхом;

– підготовка до вагітності та медичне спостереження вагітності, відповідно до протоколів МОЗ України;

– припинення споживання опіоїдних наркотичних речовин; індивідуальний підхід щодо призначення замісної підтримувальної терапії;

– використання засобів індивідуального захисту при статевих контактах; (презервативи, фемідоми тощо);

– безпечна поведінка;

– повноцінне харчування та вітамінотерапія.

Состояния иммунного гомеостаза и микробиоценоза половых путей женщин с опиоидной зависимостью. Профилактика, лечение, организация медицинской помощи

М.В. Зеленская

В статье представлены данные исследований состояния иммунного гомеостаза и микробиоценоза половых путей женщин, употребляющих опиоидные инъекционные наркотики. Изучены и представлены основные причины и особенности патогенеза возникновения нарушений микробиоценоза половых путей на фоне наркотической зависимости. Проведены исследования частоты возникновения инфекций, передающихся половым путем, и сделаны выводы касательно наиболее распространенных. Даны рекомендации по организации и проведению профилактики, диагностики, лечения на этапах подготовки к беременности и наблюдения за беременностью. Представлена информация о мерах, которые были приняты с целью нормативного урегулирования вопросов организации профилактики и оказания медицинской помощи женщинам с наркотической зависимостью.

Ключевые слова: *микробиоценоз влагалища, иммунный гомеостаз, инфекции, передающиеся половым путем, группы повышенного риска касательно инфицирования ВИЧ, ВИЧ-инфекция, опиоидная зависимость, репродуктивное здоровье, прегравидарная подготовка, беременность, профилактика, организация оказания медицинской помощи, заместительная поддерживающая терапия.*

The state of immune homeostasis microbiocenosis and genital tract of women with opioid dependence. Prevention, treatment, the organization of health care

M.V. Zelenska

The article presents the research on the state of immune homeostasis and microbiocenosis of the genital tract in women who use opioid injectable drugs. We studied and are the main causes and features of the pathogenesis of occurrence of violations microbiocenosis genital tract on the background of drug addiction. Investigations of the incidence of infections, sexually transmitted infections, and the conclusions about the most common. We proposed some recommendations on the organization and conduct of prevention, diagnosis, treatment in preparation for pregnancy and prenatal care. The information on the measures that have been taken to address issues of regulatory organization of prevention and care for women with drug dependence.

Key words: *microbiocenosis vaginal immune homeostasis, sexually transmitted infections, high risk groups about HIV infection, HIV infection, opioid dependence, reproductive health, pregravid preparation, pregnancy, prevention, organization of care, substitution maintenance therapy.*

Сведения об авторе

Зеленская Марина Владимировна – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04210, г. Киев, проспект Героев Сталинграда, 16, тел.: (044) 411-87-61

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 41, Київ, 2014.
2. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу, Київ 2012 рік, 240 с.
3. Инфекции в акушерстве и гинекологии / Под ред. О.В. Макарова, В.А. Алешкина, Н.Т. Савченко. – М.: МЕДпресс-информ, 2007.
4. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. – СПб.: ООО «Нева-Люкс», 2001.
5. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология: Выпуск 2 / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
6. Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А., Саркисов С.Э. и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. – М., 1999.
7. Кудрявцева Л.В., Ильина Е.Н., Говорун В.М., Минаев В.И., Зайцева С.В., Лилова Е.В., Баткаев Э.А. Бактериальный вагиноз (Пособие для врачей). – М., 2001.
8. Русакевич П.С. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. – Минск: Вышэйшая школа. – 1998.
9. Schmittner J., Schroeder J. Menstrual cycle length during methadone maintenance //National Institute on Drug Abuse. – Research report. – 2005. – Vol. 100. – P. 829–836.

Статья поступила в редакцию 01.12.2015