

УДК 616.97-07-085+618.15-022.7

## АНАЛІЗ НЕВІДПОВІДНОСТЕЙ У ДІАГНОСТИЦІ ЕТІОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ХРОНІЧНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАПАЛЕНЬ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ В ПОДРУЖНИХ ПАРАХ

П.В.Федорич, В.І.Степаненко\*, Л.Я.Федорич, С.В.Горлова, І.В.Пермякова, С.Б.Зелений

\*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ  
Українська військово-медична академія, м. Київ

**Ключові слова:** урогенітальні інфекції, подружні пари, діагностика, метод полімеразної ланцюгової реакції.

**Актуальність теми.** Інфекції, що передаються переважно статевим шляхом (ПСС) посідають одне з провідних місць у сучасній практиці дерматовенерологів [12]. Урогенітальні інфекції є складовою групи ПСС та становлять одну з головних медико-соціальних проблем не тільки у контексті значної їх розповсюдженості, але й достатньо високої частоти обумовлених ними ускладнень та наслідків, які негативно впливають на демографічні показники і стан здоров'я населення в цілому [11].

За даними ВООЗ у світі щорічно реєструється більше 330 млн. хворих на урогенітальні інфекції, етіологічними чинниками яких найбільш часто є *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*. Достатньо високим є також рівень інфікування на урогенітальні інфекції серед населення України. Тенденції до зменшення цього показника поки що не реєструється [1, 11]. Згідно статистичних даних, на хламідіоз хворіють до 60% осіб, які страждають негонококовими запальними процесами сечостатевої системи, а на мікоплазмоз – до 70% [7, 10, 13]. Бактеріальний вагіноз (БВ) реєструється у 20% жінок дітородного віку, трихомоніаз – майже у 30% жінок, які звертаються до лікарів з приводу запалень сечостатевої системи [6, 14]. Відслідковується тенденція зростання кількості випадків рецидивів та реінфекції ПСС, що пов'язано з поліетіологічністю та багатоглибинністю запальних процесів, з відсу-

тністю обстеження та специфічного лікування постійних статевих партнерів, зокрема у подружніх парах [9]. Враховуючи вищесказане, важливою проблемою на сучасному етапі є удосконалення комплексної діагностики та раціонального лікування урогенітальних інфекцій в подружніх парах [2, 4]. Наявність цих інфекцій в подружніх парах достатньо часто призводить до ряду медико-соціальних наслідків, зокрема, порушень загального фізичного та нервово-психічного станів, розладів копулятивної та репродуктивної функцій, сімейних конфліктів, розлучень, тощо [3, 5]. На сучасному етапі проблема урогенітальних інфекцій в Україні сучасних умовах набуває особливого значення з огляду на незворотне поступове залучення цього медичного аспекту в площину платних медичних послуг.

Згідно наших спостережень, переважна більшість відповідних пацієнтів висловлюють побоювання щодо звертання та лікування у дерматовенерологів. Відповідні побоювання зумовлені невинуватим страхом, який склався історично, щодо можливості розголошення їх діагнозу (зокрема за місцем роботи), а також можливо-го примусового лікування в умовах спеціалізованого лікувального закладу. А відтак, значна кількість хворих на урогенітальні інфекції звертаються до лікарів-гінекологів і урологів, які фахово орієнтовані переважно на лікування, відповідно, тільки жінок чи тільки чоловіків. Лікування урогенітальних інфекцій в подружніх парах під спостереженням відповідних спеціалістів часто відбувається за умови неповноцінного обстеження та/або лікування

одного зі статевих партнерів. Відомі випадки, коли лікування одного з членів подружньої пари призначається взагалі без будь-якого обстеження, наприклад, лікування чоловіка призначається за результатами аналізів його дружини чи навпаки. Часто ігноруються рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо визначення критеріїв виліковності, які передбачають тривалий клініко-лабораторний контроль при лікуванні уrogenітальних інфекцій. Все це може призводити до негативних наслідків, зокрема, реінфекції, подальшої хронізації та поширення запального процесу, виникнення вогнищ екстрагенітальної локалізації, тощо. Ситуація, що склалась у теперішній час стосовно лікування уrogenітальних інфекцій в подружніх парах, не може не викликати занепокоєння. Але вирішення цієї складної та актуальної проблеми, яка встигла заволодіти певними поведінковими стереотипами як з боку хворих, так і з боку фахівців, на наш погляд, не може бути вирішена негайно.

На першому етапі вирішення окресленої проблеми, на нашу думку, доцільним є висвітлення аналізу розбіжності щодо виявлення збудників уrogenітальних інфекцій в подружніх парах, що і було метою дослідження.

#### **Матеріал і методи дослідження.**

Нами було проведено клініко-лабораторне дослідження 30 подружніх пар у віці від 24 до 46 років (середній вік  $35 \pm 3,5$ ), які у 2010-2011 р.р. звернулись за спеціалізованою медичною допомогою з приводу хронічних запалень сечостатевої системи. Для збереження чистоти експерименту в дослідну групу залучались лише пацієнти, які не мали на час дослідження захворювань, наявність яких передбачала б обов'язковий прийом будь-яких ліків. Спеціальне дослідження проводилось за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) на наявність у зішкребках із цервікального каналу та уретри у жінок, а також зішкребках із уретри та секреті передміхурової залози у чоловіків нижчезазначених найбільш розповсюджених збудників уrogenітальних інфекцій: *Mycoplasma*

*hominis*, *Ureaplasma species*, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Nisseria gonorrhoeae*, *Human cytomegalovirus*, *Human papillomavirus* (high risk), *Herpes simplex virus* 1-2 type, *Human herpes virus* 4 type (Epstein-Barr), *Human herpes virus* 6 type. Дослідні зразки після їх реєстрації зберігали в контейнерах типа "Еппендорф" із стандартним транспортним рідким середовищем при температурі  $-10^{\circ}\text{C}$  до постановки ПЛР [8]. Окрім значної поширеності вказаних збудників, нами урахувався високий ступінь очікування виявлення кожного з них, в разі зараження, в обох членів подружніх пар.

**Результати та їх обговорення.** У 4 (13,3%) з 30 досліджуваних жінок та у 6 (20%) з 30 досліджуваних чоловіків не було виявлено жодного з наведених вище збудників уrogenітальних інфекцій. Отже, подальші підрахунки щодо встановлення поширеності виявлених збудників уrogenітальних інфекцій проводились нами стосовно 50 пацієнтів. Виявлення збудників ПСШ у останніх було наступним: *Gardnerella vaginalis* – у 28 пацієнтів (56%); *Human papillomavirus* (high risk) – у 18 пацієнтів (36%); *Ureaplasma species* – у 12 пацієнтів (24%); *Chlamydia trachomatis* – у 5 осіб (10%); *Epstein-Barr virus* – у 8 пацієнтів (16%); *Mycoplasma hominis* – у 6 пацієнтів (12%); *Human Cytomegalovirus* – у 6 пацієнтів (12%); *Trichomonas vaginalis* – у 4 пацієнтів (8%), *Human Herpes virus* 6 type – у 4 пацієнтів (8%). Графічне зображення відповідних досліджень представлено на рис.1. *Nisseria gonorrhoeae* не було виявлено в жодного з досліджуваних пацієнтів. Останнє вкотре підтверджує істотне зменшення в сучасних умовах значення гонококової інфекції, як чинника запальних процесів сечостатевої системи людини. Відсутність у результатах обстеження досліджуваних пацієнтів *Herpes simplex virus* 1-2 type, на нашу думку, свідчить про те, що пацієнти свідомо не йшли на обстеження за наявності у них клінічної картини генітального герпесу, що супроводжується характерними суб'єктивними відчуттями та проявами, які можна побачити «неозброєним оком».

Привертає окрему увагу те, що повна відповідність виявлення зазначених вище збудників уrogenітальних інфекцій відзначалось лише в двох подружніх парах. Цей факт, на нашу думку, є яскравою ілюстрацією необхідності обов'язкового всебічного дослідження обох членів сімейних пар при обстеженні їх на уrogenітальні інфекції. Не зупиняючись на цьому, нами було проведено математичну обробку отриманих даних щодо невідповідності результатів спеціального лабораторного дослідження в подружніх парах. Обчислення проводилось за допомогою пакета прикладних програм на персональному комп'ютері. При цьому нами враховувалось позначення повної невідповідності результатів в подружніх парах як 100%. За результатами проведеної математичної обробки отриманих даних, невідповідність результатів спеціального лабораторного дослідження в подружніх парах склало близько 80%. Причому, більш інформативними (чисельними) по кількості виявлених за допомогою ПЛР збудників уrogenітальних інфекцій реєструвалось у обстежених жінок. Найбільшою відповідністю виявлення окремих збудників була стосовно *Human papillomavirus (high risk)*, *Gardnerella vaginalis* та *Chlamydia trachomatis*, найменшою – стосовно *Epstein-Barr virus*, *Human Herpes virus 6 type*, *Ureaplasma spesies* та *Mycoplasma hominis*.

Отримані нами результати вказують на необхідність обов'язкового, повноцін-

ного та всебічного обстеження обох статевих партнерів в подружніх парах. Враховуючи суттєву невідповідність результатів ПЛР досліджень (80%), слід наголосити на неприпустимості призначення лікування уrogenітальних інфекцій у подружніх парах за результатами обстеження лише одного з їх членів. Цілком правомірним, на нашу думку, є припущення про те, що ефективним за цих умов може бути лише таке лікування, яке передбачає урахування всіх виявлених етіологічних чинників уrogenітальних інфекцій у членів подружньої пари незалежно від того, чи у одного, чи у обох статевих партнерів ці мікроорганізми були діагностовані.

**Висновки.** Аналізуючи та підсумовуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що при обстеженні на наявність збудників уrogenітальних інфекцій в подружніх парах за допомогою ПЛР реєструється велика невідповідність результатів цих досліджень (до 80%), тобто існує значна розбіжність в діагностиці етіологічної структури хронічних запалень сечостатевої системи у постійних статевих партнерів. Звідси випливає необхідність обов'язкового, повноцінного, всебічного обстеження обох статевих партнерів та подальшого їх лікування, що урахує всі виявлені етіологічні чинники уrogenітальних інфекцій незалежно від того, чи у одного, чи у обох членів подружньої пари ці мікроорганізми були діагностовані.

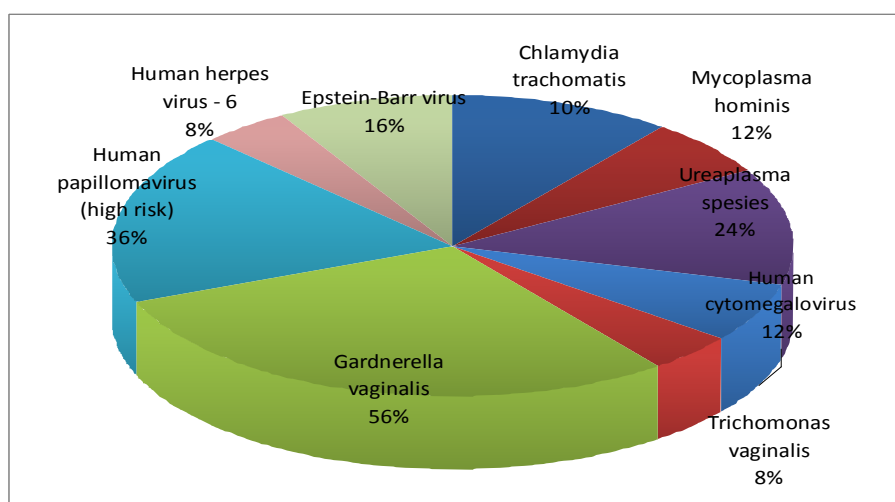


Рис. 1. Виявлення збудників уrogenітальних інфекцій у досліджуваних пацієнтів

**Список літератури**

1. Адашкевич В.П. Инфекции передаваемые половым путем. Уч. пособие // М.: Медицинская книга. – 2004. – С. 413.
2. Горпинченко И.И. Лечение неспецифических воспалительных заболеваний урогенитальной сферы у супружеской пары/ И.И.Горпинченко // Здоров'я України XXI сторіччя: Медична газета. - К: ООО "Здоров'я України XXI сторіччя". - 2006. - № 11/12. - С. 52-54.
3. Гурженко Ю.Н. Исследование эффективности современного комплексного лечения микст-инфекций, передающихся половым путем, у супружеской пары/ Ю.Н.Гурженко, В.Е.Луцицкий // Здоровье мужчины. - 2008. - № 1. - С. 167-170.
4. Использование препарата Кларитит в комплексной терапии воспалительных заболеваний гениталий супружеской пары/ И.И.Горпинченко, О.В.Ромашенко, С.Н.Мельников и др. // Здоровье мужчины: Всеукраинский научно-практический журнал. -Киев: Издательский центр и РА "Профессионал". - 2004. - № 2. - С. 137-140.
5. Исследование клинической эффективности и безопасности препаратов "Азимед" и "Орнизол" в лечении неспецифических воспалительных заболеваний урогенитальной сферы у супружеских пар / И.И.Горпинченко, Ю.Н.Гурженко, С.Н.Мельников, А.М.Корниенко // Медицинские новости: научно-практический информационно-аналитический журнал для врачей и руководителей здравоохранения, 2008. - № 2. - С. 64-68.
6. Коляденко В.Г., Степаненко В.І., Федорич П.В., Скляр С.І. Шкірні та венеричні хвороби. // Нова книга. – Вінниця. – 2006. – 424 с.
7. Мавров Г.И. Хламидийные инфекции: биология возбудителей, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. // Монография. – К. 2006. – 524 с.
8. Мавров І.І., Белозеров О.П., Тацька Л.С. та ін. Уніфікація лабораторних методів дослідження в діагностиці захворювань, що передаються статевим шляхом // Харків: "Факт". – 2001. – 120 с.
9. Мавров И.И. Половые болезни. Рук-во для врачей. – Харьков. Факты. - 2002. – 788 с.
10. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем: Практ. руководство // М.: МЕДпресс, 1999. – 361 с.
11. Степаненко В.І. Епідемічна ситуація із захворюваністю на інфекції, що передаються статевим шляхом. Проблеми та завдання дерматовенерологічної служби України. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2004. – № 2 (13). – С 5-7.
12. Centers of Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines // MMWR. – 2002. – Vol. 51. – P. 32-36.
13. Simms I, Eastick K, Mallinson H, Thomas K, Gokhale R, Hay P, Herring A, Rogers PA. Associations between Mycoplasma genitalium, Chlamydia trachomatis, and pelvic inflammatory disease. // Sex Transm Infect. 2003 Apr; 79 (2): 154-6.
14. Pirota M. Bacterial vaginosis - More questions than answers / M.Pirota, K.A.Fethers, C.S.Bradshaw // Aust. Fam. Physician. – 2009. – Vol. 38, № 6. – P. 394-397.

**АНАЛИЗ НЕСООТВЕТСТВИЙ ДИАГНОСТИКИ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ИНФЕКЦИОННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛЕНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В СУПРУЖЕСКИХ ПАРАХ**

П.В.Федорич, В.И.Степаненко, Л.Я.Федорич, С.В.Горлова, И.В.Пермякова, С.Б.Зелёный

Работа посвящена изучению этиологической структуры урогенитальных инфекций у постоянных половых партнеров (супружеские пары). Обнаружено до 80% несоответствий результатов таких исследований, выполненных при помощи ПЦР.

**ANALYSIS OF DIVERGENCES OF ETIOLOGIC STRUCTURE OF INFECTIOUS CHRONIC INFLAMMATIONS IN UROGENITAL SYSTEM IS IN MATRIMONIAL PAIR**

P.V.Fedorych, V.I.Stepanenko, L.Ya.Fedorych, S.V.Gorlova, I.V.Permiyakova, S.B.Zelenyi

Work is devoted to the study of etiologic structure of chronic inflammations of the urogenital system for permanent sexual partners (matrimonial pair). Found out to 80% lacks of coincidence of results of such researches, executed through method of polymeraza chain reaction.

УДК 616.97

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА (СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ)**О.А.Каденко<sup>1</sup>, М.В.Болотюк<sup>2</sup><sup>1</sup> Хмельницький обласний кожно-венерологічний диспансер<sup>2</sup> Подольський научно-медичинський центр

**Ключевые слова:** уrogenитальный трихомониаз, распространенность, эпидемиология, лабораторная диагностика.

**Актуальность темы.** Одним из наиболее распространенных заболеваний передающихся половым путем является уrogenитальный трихомониаз (УТ) [1, 2]. Возбудитель трихомониаза относится к роду Трихомонад. *Trichomonas vaginalis* (ТВ) паразитирует только в организме человека. Трихомонады обладают гидролазной активностью, содержат лизосоомобразные структуры. Клеточная поверхность принимает участие в процессах адгезии при взаимодействии с клетками хозяина. Эти функции выполняют белки и гликопротеины клеточной поверхности. Трихомонады обладают гемолитической активностью. Лизис эритроцитов опосредуется белковыми рецепторами на поверхности паразита и эритроцитов. Установлена возможность проникновения в цитоплазму паразита бактерий, эритроцитов, распадающихся клеток, сперматозоонов. При этом углубленные микроорганизмы способны сохранять свои жизненные функции внутри простейшего [16].

В мире за 2005 год число зарегистрированных случаев трихомониаза состав-

ляет 195 миллиона [3]. В среднем ежегодно около 250 000 больных только в Украине [4, 5, 6]. По данным МОЗ Украины за 2009 год заболеваемость на трихомониаз составляет 215,4/100000 населения [7, 8]. Трихомоноз, как и другие секс-трансмиссивные инфекции вызывает воспалительные заболевания мочеполовой сферы, соответственно, будучи распространенным заболеванием, влияет на состояние репродуктивной функции населения и соответственно на демографическую ситуацию. Заболеваемость среди женщин в приделах 5-30%, среди мужчин статистика указывает меньшие цифры, в популяции составляет от 2,8 до 17%, что связано с тем, что УТ у них очень часто протекает бессимптомно [12, 13]. Среди подростков процент заболеваемости составляет – 1,5. Инфицирование детей контактно-бытовым путем при трихомониазе составляет 26,1% [9, 10, 11]. Хронический УТ влечет за собой осложнения у мужчин – баланит, баланопостит, уретрит, парауретрит, куперит, эпидидимит, простатит, везикулит, цистит. У женщин – вульвит, кольпит, вестибулит, бартолинит, эндоцервицит, уретрит, парауретрит, цервицит, сальпингит, цистит [9].