

© 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.Ярошенко⁴¹ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», Харьков²ГУ «Харьковская медицинская академия последипломного образования»³
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», Полтава⁴Частная 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 активного 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 исследования

Под нашим наблюдением находился 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 возрасту, полу и семейному положению

Показатели в сравниваемых группах		Вид и характер проведенного лечения			
		Гр. контроля I гр. n = 23	Гр. сравнения II гр. n = 53	Основная гр. III гр. n = 85	Итого
Возраст больных	18–29 лет	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 (13 %)
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 инфицированности, т.е. лишь объем и характер проводимого лечения были различными.

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

Вид микст-ассоциации	Количество лечившихся больных			
	Традиционно-стандартизованное лечение I гр.	Дополнительно иммунотерапия и усилители противопротозойной 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-гнойный 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: аспартат-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 мочеполювых органов. Уретроскопически у 29 (28,7 %) мужчин выявлены ограниченные зоны отечности 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 мочеполювых 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, сурогенитальной микст-инфекцией, при ультразвуковом исследовании простаты отмечена диффузно-неоднородная эхогенность с чередованием

зон повышенной и сниженной эхогенности без четких границ. У женщин ультразвуковое исследование органов малого таза в 100% случаев выполнялось обзорное полупозиционное 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 лечи-

лись 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-урогенитальной 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 гер-

- песе, 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.

РЕЗЮМЕ

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА І КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ХВОРИХ НА УРОГЕНІТАЛЬНУ МІКСТ-ІНФЕКЦІЮ

Г.І.Мавров, В.І.Каменєв, М.О.Ярошенко

Мета роботи. Вивчити клінічні особливості хронічної мікст-інфекції для розробки нових способів фармакологічного і нефармакологічного впливу для санації, скорочення тривалості лікування, попередження розвитку ускладнень і рецидивів.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 161 хворий, яких лікували амбулаторно. Ви-явлена мікрофлора: трихомонади - у 119 хворих (73,9%), хламідіоз - у 116 (72,1%), міко-плазмоз - у 87 (54 %), уреоплазмоз - у 74 (46%) і гарднерельоз у 40 (24,8%) хворих.

Результати та обговорення. Більшість пацієнтів (до 87%) були у віці найбільшої соціально-економічної та сексуальної активності. У чоловіків частіше зустрічається хронічний простатит і неспецифічний уретрит, баланопостит і понад 60% (61 хворий) відзначали безплідний шлюб протягом 2-3 років при бажанні мати дітей. Практично всі жінки 57 (95%) за даними акушерсько-гінекологічного анамнезу страждали гінекологічними захворюваннями, а 18(30%) з них вказували на безплідний шлюб протягом-нді 2-3 років.

Висновки. Мікст-інфекції відрізняються мало - або асимптомним тривалим перебігом, мно-гофокусною поразкою, наявністю трьох або більше мікроорганізмів, які підтримують запальний процес, а також наявністю ускладнень.

SUMMARY

MEDICO-SOCIAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS
OF PATIENTS WITH UROGENITAL MIXED INFECTION

G.I.Mavrov, V.I.Kamenev, M.A.Iaroshenko

Objective. To study the clinical features of chronic urogenital mixed infections of new methods of pharmacological and unpharmacological influence, reduction of duration of treatment, warning of development of complications and relapses.

Materials and methods. Under a supervision it was a 161 patient treating oneself ambulatory. Microflora: trichomonads - at 119 patients (73,9%), clamidiosis - at 116 (72,1%), mycoplasmosis - at 87 (54 %), ureoplasmosis - at 74 (46%) and gardnerellesis at 40 (24,8%) patients.

Results and discussion. Most patients (to 87%) were in age most socio-economic and sexual activity. Men have of chronic prostatitis and heterospecific urethritis more often, balanopostitis and more than 60% (61 patient) sterile marriage during 2-3 at a desire to have children. Practically all women 57 (95%) from data of obstetric-gynaecological anamnesis suffered gynaecological diseases, and 18 (30%) specified on sterile marriage during 2-3.

Conclusions. Mixed infections differ a little- or asymptomatic long-term course, the set-giacconi lesion, the presence of three or more microorganisms that support the inflammatory process and the presence of complications/