

11. Fitzpatrick S., Joks R., Silverberg J.I. Obesity is associated with increased asthma severity and exacerbations, and increased serum immunoglobulin E in inner-city adults. *Clin. Exp. Allergy*. 2012; 42 (5): 747—59.
12. Silverberg J.I., Silverberg N.B., Lee-Wong M. Association between atopic dermatitis and obesity in adulthood. *Br. J. Dermatol.* 2012; 166 (3): 498—504.
13. Medina-Santander C.E., Morales-Gómez M., Olivares-Romero G.J. Serum immunoglobulin E levels in patient with fatty liver, whether associated with alcohol consumption or not. *Invest. J. Clin.* 2001; 42 (4): 241—53.
14. Diagnostics and Treatment of a Metabolic Syndrome: the Russian Recommendations. *Kardiovasculjarnaya terapiya i profilaktika*. 2007; 6 (6), pril. 2: 2—15. (in Russian)
15. González-Quintela A., Vidal C., Gude F. Tomé S, Lojo S. et al. Increased serum IgE in alcohol abusers. *Clin. Exp. Allergy*. 1995; 25 (8): 756—64.
16. Chen Y., Rennie D., Cormier Y., Dosman J. Association between obesity and atopy in adults. *J. Int. Arch. Allergy Immunol.* 2010; 153 (4): 372—7.
17. Mineev V.N., Lalaeva T.M., Vasil'eva T.S., Trofimov V.I. Phenotype of bronchial asthma with obesity. *Pulmonologiya*. 2012; 2: 102—7. (in Russian)
18. Mujagić H., Prnjavorac B., Mujagić Z., Festa G. Alcohol in alcoholic liver disease is a causative factor for development of allergic skin manifestations. *Med. Arh.* 2003; 57 (5—6): 1273—8.

Поступила 14.04.14  
Received 14.04.14

© ГЕЙДАРОВА Н.Ф., 2014  
УДК 616.97-022.6-036.1-055.2-079.4

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Гейдарова Н.Ф.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

*Цель исследования — изучить клиническую симптоматику больных с достоверной персистирующей вирусной инфекцией (ПВИ).*

*Методы. Работа проведена среди 325 женщин с ПВИ, выявленной при обследовании 1119 женщин. Из 325 женщин с верифицированным диагнозом ПВИ у 151 была беременность, у 64 — невынашивание беременности, у 81 — преждевременные роды и у 29 — бесплодие, соответственно 635, 74, 33 и 52 женщины были без них. У наблюдаемых женщин фиксировали разнообразные клинические симптомы: патологические выделения из половых путей, гнилостный запах выделений, раздражение, зуд, жжение половых органов, болезненный половой акт, нарушение менструальной функции, дизурические явления, тянущая боль внизу живота.*

*Результаты. Анализ клинического материала позволяет ведущей клинической симптоматикой при ПВИ считать патологические выделения из половых путей, сопровождающиеся гнилостным запахом, раздражением, зудом и жжением половых органов, так как эти симптомы имелись у от 59,4±2,7 до 76,9±2,3% женщин. По крайней мере, у каждой женщины с ПВИ имеет место 2 из 3 этих клинических симптомов, что можно считать дифференциально-диагностическим показателем этого заболевания. Четко выделяются 4 клинические формы заболевания: бессимптомная (в среднем 14,5±2,0%), легкая (34,8±2,1%), среднетяжелая (32,6±2,6%) и тяжелая (18,2±2,1%). Бессимптомная форма наиболее часто встречается у больных, не использовавших антибиотикотерапию (47,7±6,2%). Среди подобных больных высока доля и тяжелой формы заболевания (34,4±6,1%). При наличии в урогенитальном тракте патогенной микрофлоры, хламидий и трихомонад повышается частота среднетяжелых и тяжелых клинических форм ПВИ, которая варьирует от 23,6±4,1 до 32,2±6,1%, что свидетельствует о необходимости подбора и использования лечебных средств, одновременно эффективных против всех этих патогенов.*

*Вывод: ПВИ у беременных и женщин с репродуктивной патологией присуща специфичная клиническая картина, имеющая клинико-диагностическую значимость.*

*Ключевые слова: вирусные инфекции; беременность.*

### CLINICAL FEATURES OF PERSISTENT VIRAL INFECTIONS IN WOMEN. DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS

Geidarova N.F.

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

*Aim. To study clinical symptoms in patients with persistent viral infection (PVI). Methods. The study included 325 women with PVI diagnosed during examination of 1119 women. 151 of them with verified diagnosis of PVI presented with pregnancy, 64 with miscarriage, 89 with premature delivery, and 29 suffered infertility. These conditions were not detected in 635, 74, 33 and 52 women respectively. A variety of clinical symptoms included pathological vaginal discharge with putrefactive odor, irritation, itchy and burning genitalia, painful intercourse, menstrual disorders, dysuria, drawing pain in the lower abdomen. Results. Analysis of clinical data showed that vaginal discharge with putrefactive odor, irritation, itchy and burning genitalia were the leading symptoms of PVI documented in 59.4±2.7—76.9±2.3% of the examined patients. Each woman with PVI had at least 2 or 3 of these symptoms which allows to regard them as markers of this condition. We distinguished 4 clinical forms of PVI: asymptomatic (14.5±2.0%), mild (34.8±32.1%), moderate (32.6±2.6%) and severe (18.2±2.1%). Asymptomatic form largely occurs in the patients using no antibiotics (47.7±6.2%) although the same group very frequently suffer severe PVI (34.4±6.1%). The presence of pathogenic microflora, Chlamydia and Trichomonads in the genital tract increases the frequency of moderate and severe forms of PVI up to 23.6±4.1 and 32.2±6.1% which suggests the necessity of adequate choice and application of pharmaceuticals acting on all the above pathogens. Conclusion. PVI in pregnant women and patients with reproductive pathology shows up a specific clinical picture of diagnostic significance.*

*Key words: viral infections; pregnancy.*

Снижение заболеваемости беременных и новорожденных и улучшение репродуктивной функции женщин являются одной из ведущих проблем органов

здравоохранения многих стран мира [1, 2]. В аспекте этого экспертами ВОЗ приоритетной задачей органов здравоохранения признаны выявление факторов, отя-

гощающих течение беременности и ухудшающих репродуктивную функцию женщин и их устранение [6]. Вирусные инфекции — одно из наиболее частых заболеваний, передающихся половым путем, у беременных и женщин детородного возраста, оказывающих выраженное отягчающее воздействие на течение беременности и репродуктивную патологию [3—5]. Высокая частота встречаемости возбудителей персистирующих вирусных инфекций (ПВИ) с различными представителями микрофлоры, расплывчивость клинических симптомов и частое их отсутствие долгое время были основными причинами неадекватного отношения к этим заболеваниям. Поэтому своевременное выявление и эффективное лечение инфицированных женщин приобретают исключительно важное значение.

Цель исследования — изучить клинические симптомы у больных с достоверными ПВИ и их дифференциально-диагностические особенности.

### Материал и методы

При обследовании 1119 женщин ПВИ выявлены у 325 (29±1,4%), из которых у 151 была беременность, у 64 — невынашивание беременности, у 81 — преждевременные роды и у 29 — бесплодие; соответственно 635, 74, 33 и 52 женщины были без ПВИ. Этиологическую структуру ПВИ определяли у 325 женщин, из них

у 143 выявлена моноинфекция, у 182 — полиинфекция, в том числе у 148 с двумя видами вирусов, у 15 — с тремя видами, у 19 с 3 видами.

У всех женщин изучали клинический анамнез. У наблюдаемых женщин описывали клиническую симптоматику, специфичную для ПВИ: патологические выделения из половых путей, гнилостный запах выделений, раздражение, зуд, жжение в области половых органов, болезненный половой акт, нарушение менструальной функции, дизурические явления, тянущая боль внизу живота. На основании обобщения полученных результатов по частоте и степени выраженности клинических симптомов выделены 3 формы: бессимптомная (у 47 женщин с ПВИ и 578 женщин без ПВИ), легкая (соответственно у 113 и 169 женщин), среднетяжелая (у 106 и 37 женщин) и тяжелая (у 59 и 10 женщин). Помимо этого, частота и степень выраженности указанных форм сопоставляли с результатами микробиологического исследования урогенитального тракта у 325 женщин с ПВИ, в результате которого у 158 женщин выявлена нормальная микрофлора, у 144 — условно-патогенная, у 158 — патогенная микрофлора, у 35 — хламидии и у 44 — трихомонады. Лабораторная диагностика ПВИ определялась выявлением специфических фрагментов ДНК вирусов методом полимеразной цепной реакции. Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили общепринятыми методами вариационной

**Таблица 1. Клиническая симптоматика в разных группах женщин с ПВИ (M±m)**

Симптом	Беременность (n = 151)		Невынашивание беременности (n = 64)		Преждевременные роды (n = 81)		Бесплодие (n = 29)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Патологические выделения из половых путей	102	67,5±3,8	58	90,6±3,7	65	80,2±4,5	25	86,2±6,5
Гнилостный запах выделений	77	51,0±4,1	47	73,4±4,4	57	70,4±5,1	21	72,4±8,4
Раздражение, зуд, жжение в области половых органов	72	47,7±4,1	45	70,3±5,8	55	67,9±4,4	21	72,4±8,4
Болезненный половой акт	45	29,8±3,7	33	61,6±6,3	36	44,4±5,6	16	55,2±9,4
Нарушение менструального цикла	—	—	30	46,9±6,3	38	46,9±5,6	13	44,8±9,4
Дизурические явления	42	27,8±3,1	35	54,7±6,3	45	55,6±5,6	14	48,3±9,4
Тянущая боль внизу живота	31	20,5±3,3	29	45,3±6,3	37	45,7±5,6	16	55,2±9,4
Нет жалоб	33	21,8±3,4	5	7,8±3,4	7	8,6±3,1	2	6,9±4,8

**Таблица 2. Клиническая симптоматика в разных группах женщин без ПВИ (M±m)**

Симптом	Беременность (n = 635)		Невынашивание беременности (n = 74)		Преждевременные роды (n = 33)		Бесплодие (n = 52)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Патологические выделения из половых путей	76	12,0±1,3	18	24,3±5,0	11	33,3±8,3	15	28,8±6,3
Гнилостный запах выделений	47	7,4±1,0	15	20,3±4,7	10	30,3±8,1	13	25,0±6,1
Раздражение, зуд, жжение в области половых органов	66	10,4±1,2	16	21,6±4,8	10	30,3±8,1	14	26,9±6,2
Болезненный половой акт	45	7,1±1,0	10	13,5±4,0	2	6,1±4,2	3	5,8±3,3
Нарушение менструального цикла	—	—	10	13,5±4,0	4	12,1±5,8	6	11,5±4,5
Дизурические явления	69	10,9±1,2	8	10,8±3,6	2	6,1±4,2	5	9,6±4,1
Тянущая боль внизу живота	50	7,9±1,1	9	12,2±3,8	3	9,1±5,1	5	9,6±4,1
Нет жалоб	485	76,4±1,7	45	60,8±5,7	19	57,6±8,7	29	55,8±7,0

статистики на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Office Excel 2007.

### Результаты и обсуждение

При обследовании больных выявлены как вирусные моноинфекции (у 44%), так и сочетания инфекций (у 56%). Наиболее часто обнаруживали герпесвирусы — у 126 (38,7%) женщин, цитомегаловирус — у 111 (34,3%), реже — энтеровирусы — у 88 (27%).

Перечень выявленных клинических симптомов и их частота анализируются отдельно для аналогичных групп женщин с ПВИ и без ПВИ (табл. 1 и 2).

На фоне ПВИ показатели клинической симптоматики выражены существенно больше. Убедительность этой разницы подтверждается достоверным значением критерия Ван-дер-Вардена при сравнении рядов показателей во всех группах женщин с ПВИ и без ПВИ ( $X = 4,08-6,13; p < 0,001$ ).

На фоне ПВИ от 6,9±4,8 до 8,6±3,1% ( $\chi^2 = 0,09; p > 0,05$ ) женщин с невынашиванием беременности, преждевременными родами и бесплодием не предъявляли каких-либо жалоб. У беременных частота подобных случаев была несколько выше — 21,8±3,4% ( $\chi^2 = 6,45; p < 0,02$ ). В отсутствие ПВИ частота случаев без предъявления каких-либо жалоб на клиническую симптоматику у женщин с репродуктивной патологией резко возрастает ( $\chi^2 = 35,63; p < 0,01$ ) и варьирует от 55,8±7,0 до 60,8±5,7% ( $\chi^2 = 0,32; p > 0,05$ ).

У женщин с репродуктивной патологией на фоне ПВИ наиболее часто имели место патологические выделения из половых путей — от 80,2±4,5 до 90,6±3,7% ( $\chi^2 = 2,93; p > 0,05$ ). С несколько меньшей частотой ( $\chi^2 = 0,94; p > 0,05$ ) выделения сопровождалась гнилостным запахом — от 70,4±5,1 до 73,4±4,4% ( $\chi^2 = 0,10; p > 0,05$ ), раздражением, зудом и жжением в области половых органов от 67,9±4,4 до 72,4±8,4% ( $\chi^2 = 0,21; p > 0,05$ ). Хотя частота таких клинических симптомов, как болезненный половой акт, нарушение менструального цикла, дизурические явления и тянущая боль внизу живота, уступала таковой патологических выделений из половых органов ( $\chi^2 = 11,33; p < 0,01$ ), она также была довольно высока и варьировала от 44,4±5,6 до 55,6±5,6% ( $\chi^2 = 2,02; p > 0,05$ ).

У беременных на фоне ПВИ перечисленные клинические симптомы также были сильно выражены, но в

несколько меньшей степени, чем у женщин с репродуктивной патологией. Так, на патологические выделения из половых органов указали 67,5±3,8% беременных, на их гнилостный запах — 51,0±4,1% ( $\chi^2 = 8,57; p < 0,01$ ), на раздражение, зуд, жжение в области половых органов — 47,7±4,1% ( $\chi^2 = 0,33; p > 0,05$ ), а частота жалоб на болезненный половой акт, дизурические явления и тянущую боль внизу живота уменьшалась ( $\chi^2 = 10,17; p < 0,01$ ) и варьировала от 20,5±3,3 до 29,8±3,7% ( $\chi^2 = 3,45; p > 0,05$ ). Как видно, на фоне ПВИ у женщин всех групп клиническая симптоматика очень сильно выражена и имеет сходный характер, поэтому для более четкого ее разграничения мы сочли целесообразным проанализировать ее частоту для всей группы обследованных женщин (табл. 3).

Приведенные показатели частоты клинических симптомов явно преобладают у женщин с ПВИ, что подтверждается достоверным значением критерия Ван-дер-Вардена ( $X = 4,62; p < 0,01$ ). Патогенетическая роль вирусов особенно проявляется тем, что только 14,5±2% женщин с ПВИ не предъявляли каких-либо жалоб, тогда как в отсутствие этого заболевания женщин, не предъявляющих жалоб на нарушение деятельности урогенитального тракта, было подавляющее большинство — 72,8±1,6% ( $p < 0,001$ ). Анализ собранного клинического материала позволяет ведущими клиническими симптомами ПВИ считать патологические выделения из половых путей, сопровождающиеся гнилостным запахом, раздражением, зудом и жжением в области половых органов, так как их отметили от 59,4±2,7 до 76,9±2,3% женщин ( $t = 4,93; p < 0,001$ ). У каждой женщины с ПВИ имеет место два указанных клинических симптома, что можно считать дифференциальным показателем этого заболевания.

В несколько меньшей степени ( $t = 4,61; p < 0,001$ ) роль дифференциального клинического маркера могут играть и такие симптомы, как болезненный половой акт, дизурические явления и тянущая боль внизу живота, отмечаемые от 34,8±2,6 до 41,8±2,7% женщин ( $t = 1,87; p > 0,05$ ), а также нарушение менструального цикла у женщин с репродуктивной патологией — 24,9±2,4% ( $t = 2,80; p < 0,01$ ). Указанная симптоматика, по нашему мнению, имеет большую клинко-дифференциальную значимость при ПВИ, так как она довольно редка при

**Таблица 3. Обобщенные показатели частоты клинических симптомов у беременных и женщин с репродуктивной патологией с ПВИ и без ПВИ**

Симптом	С ПВИ (n = 325)		Без ПВИ (n = 794)		t	p
	абс.	%	абс.	%		
Патологические выделения из половых путей	250	76,9±2,3	120	15,1±1,3	23,41	< 0,001
Гнилостный запах выделений	202	62,2±2,3	85	10,7±1,1	20,20	< 0,001
Раздражение, зуд, жжение в области половых органов	193	59,4±2,7	106	13,4±1,2	15,59	< 0,001
Болезненный половой акт	130	40,0±2,7	60	7,6±0,9	11,37	< 0,001
Нарушение менструального цикла	81	24,9±2,4	20	2,5±0,6	9,07	< 0,001
Дизурические явления	136	41,8±2,7	84	10,6±1,1	10,68	< 0,001
Тянущая боль внизу живота	113	34,8±2,6	67	8,4±0,9	9,60	< 0,001
Нет жалоб	47	14,5±2,0	578	72,8±1,6	22,77	< 0,001

других воспалительных инфекционных заболеваниях уrogenитального тракта, тогда как патологические выделения из половых путей, сопровождающиеся гнилостным запахом и раздражением, зудом, жжением в области половых органов, сопутствуют многим воспалительным инфекционным заболеваниям уrogenитального тракта. Возможно, в случаях с этой симптоматикой мы имеем дело с заболеваниями, вызванными ассоциацией вирусов с различными представителями патогенной микрофлоры уrogenитального тракта.

В пользу высказанного мнения о клинико-дифференциальной значимости перечисленных симптомов свидетельствует то, что у женщин без ПВИ они были представлены очень незначительно — от  $7,6 \pm 0,9$  до  $15,1 \pm 1,3\%$  ( $t = 4,75$ ;  $p < 0,001$ ) и не имели какой-либо выраженной приуроченности. Клиническая картина ПВИ столь многогранна и расплывчата, что учесть и систематизировать все ее проявления практически невозможно. Поэтому данные литературы, посвященной клинической картине ПВИ, неконкретны и противоречивы. В наших наблюдениях также имела место чрезвычайно широкая гамма клинических симптомов (нарушения функции желудочно-кишечного тракта, диспепсические явления, простудные заболевания и многое другое), но они скорее всего обусловлены общим состоянием здоровья женщин. Со всей вероятностью можно предположить, что ПВИ, ослабляя защитные функции организма, благоприятствуют развитию различных заболеваний, клинические проявления которых накладываются на проанализированную клинико-дифференциальную симптоматику. К тому же, до сих пор не произведено и четкое разграничение степени выраженности клинических симптомов ПВИ.

Чтобы внести определенную ясность в указанную проблему, мы решили сгруппировать клинические симптомы ПВИ по степени выраженности и посмотреть их приуроченность к разным группам женщин детородного возраста. Тщательный анализ клинического анамнеза, полученного при анкетировании 325 беременных с невынашиванием беременности, преждевременными родами и бесплодием с ПВИ, позволили выделить следующие формы: бессимптомную, легкую, среднетяжелую и тяжелую.

Приведенные данные убедительно свидетельствуют о клинической выраженности ПВИ. В частности, у обследованных женщин удельный вес бессимптомной формы составил  $14,5 \pm 2\%$ . При этой форме никаких клинических проявлений заболевания не отмечается. Удельный вес легкой формы ПВИ составил  $34,8 \pm 2,1\%$ . Эта форма характеризуется тем, что наблюдаются выделения из половых путей, часто сопровождающиеся гнилостным запахом и раздражением, зудом, жжением в области половых органов. Все это беспокоит женщин, они начинают более тщательно соблюдать гигиену половых путей, но все же серьезные лечебные меры принимают редко и также редко обращаются в медицинские учреждения. Значительно выше удельный вес среднетяжелой формы ПВИ ( $32,6 \pm 2,6\%$ ), характеризу-

ющейся обильными выделениями, гнилостным запахом и раздражением, зудом, жжением в области половых органов. Нередко у женщин наблюдается 1 или 2 симптома: болезненный половой акт, нарушение менструального цикла (исключая беременных), дизурические явления или тянущая боль внизу живота. Почти все женщины с этой формой ПВИ принимают антибиотики, но чаще самостоятельно, среди них повышается обращаемость в медицинские учреждения. Видимо, качество оказания медицинской помощи женщинам низкое, так как во многих случаях наблюдаются рецидивы, что обуславливает проведение повторных курсов антибиотикотерапии. Наконец, удельный вес тяжелой формы ПВИ оказался также довольно высоким: у  $18,2 \pm 2,1\%$  женщин с этой формой отмечались все перечисленные симптомы. Общее состояние женщин также неудовлетворительное, они подавлены, нервозны, полностью отказываются от сексуальных связей, часто госпитализируются, но даже стационарное лечение не во всех случаях приводит к желаемому результату. Поэтому в этой группе женщин многократность повторных курсов антибиотикотерапии очень высока.

Принимая во внимание, что, по данным литературы, вирусы во многих случаях обитают в уrogenитальном тракте совместно с разными представителями микрофлоры, важное значение имело выяснение, в какой степени подобные ассоциации отражаются на клинической картине ПВИ. У всех 325 женщин с выявленными ПВИ определяли и микрофлору уrogenитального тракта. Во всех случаях высевались микроорганизмы: у 158 ( $48,6 \pm 2,8\%$ ) нормальная микрофлора, у 144 ( $44,3 \pm 2,8\%$ ) условно-патогенная, у 158 ( $48,6 \pm 2,8\%$ ) патогенная, у 35 ( $10,8 \pm 1,7\%$ ) женщин были выявлены хламидии и у 44 ( $13,5 \pm 1,9\%$ ) — трихомонады, т. е. во всех случаях, помимо вирусов, высевалось более двух групп микроорганизмов. Как оказалось, при наличии в уrogenитальном тракте нормальной микрофлоры в 42,6±7,3% случаев ПВИ протекает в бессимптомной форме, довольно высока частота этой формы заболевания и при наличии условно-патогенной микрофлоры —  $31,9 \pm 6,9\%$  ( $\chi^2 = 1,14$ ;  $p > 0,05$ ). При наличии в уrogenитальном тракте патогенной микрофлоры, хламидий и трихомонад частота бессимптомной формы ПВИ существенно снижается ( $\chi^2 = 6,35$ ;  $p < 0,05$ ) и варьирует от  $6,4 \pm 3,6$  до  $10,6 \pm 4,5\%$  ( $\chi^2 = 0,55$ ;  $p > 0,05$ ).

Ситуация изменяется при легкой форме ПВИ, когда частота выявляемости из уrogenитального тракта всех групп микроорганизмов практически выравнивается и варьирует от  $27,5 \pm 3$  до  $59,6 \pm 4,5\%$  ( $\chi^2 = 0,62$ ;  $p > 0,05$ ). Совершенно иная ситуация складывается при среднетяжелой форме ПВИ. В частности, частота выявляемости нормальной и условно-патогенной микрофлоры существенно снижается — соответственно до  $11,3 \pm 2,5$  и  $12,3 \pm 2,7\%$  ( $\chi^2 = 0,20$ ;  $p > 0,05$ ) и столь же существенно возрастает ( $\chi^2 = 4,61$ ;  $p < 0,05$ ) частота выявляемости патогенной микрофлоры, хламидий и трихомонад — от  $23,6 \pm 4,1$  до  $28,3 \pm 4,4\%$  ( $\chi^2 = 0,61$ ;  $p > 0,05$ ). Еще более заметны различия показателей при тяжелой форме

ПВИ. В частности, частота выявляемости нормальной и условно-патогенной микрофлоры снижается до очень минимального уровня — соответственно  $3,4 \pm 2,4$  и  $5,1 \pm 2,9\%$  ( $\chi^2 = 0,21$ ;  $p > 0,05$ ), а частота высеваемости патогенной микрофлоры, хламидий и трихомонад достигает максимального уровня ( $\chi^2 = 11,80$ ;  $p < 0,01$ ) и варьирует от  $28,8 \pm 5,9$  до  $32,2 \pm 6,1\%$  ( $\chi^2 = 0,16$ ;  $p > 0,05$ ).

На первый взгляд, некоторая хаотичность приведенных показателей не дает четкого представления о выраженности клинической картины ПВИ, протекающей в ассоциации с разными группами микроорганизмов, которые в свою очередь являются возбудителями воспалительных инфекционных заболеваний урогенитального тракта, однако позволяет сделать некоторые выводы. Крайние формы ПВИ — бессимптомная и тяжелая — выявляются при всех группах микроорганизмов как при нормальной и условно-патогенной микрофлоре, представители которых являются обычными обитателями урогенитального тракта, так и при столь выраженных патогенах, каковыми являются патогенные микроорганизмы, хламидии и трихомонады, что свидетельствует о самостоятельности клинической симптоматики ПВИ. Более частая выявляемость тяжелых форм ПВИ (ассоциации с патогенной микрофлорой,

хламидиями и трихомонадами) скорее всего связана с накладыванием клинических проявлений каждого из них друг на друга. Естественно, при подобных патогенных ассоциациях тактика лечения должна предусматривать эффективное воздействие на всех сочленов.

### Заключение

Персистирующим вирусным инфекциям у беременных и женщин с репродуктивной патологией присуща специфичная клиническая картина, имеющая клинико-диагностическую значимость. Четко выделяются 4 клинические формы заболевания: бессимптомная (в среднем  $14,5 \pm 2\%$ ), легкая ( $34,8 \pm 2,1\%$ ), среднетяжелая ( $32,6 \pm 2,6\%$ ) и тяжелая ( $18,2 \pm 2,1\%$ ). Бессимптомная форма наиболее часто встречается у первичных больных, не использовавших антибиотикотерапию ( $47,7 \pm 6,2\%$ ). У подобных больных высока доля и тяжелой формы заболевания ( $34,4 \pm 6,1\%$ ). При наличии в урогенитальном тракте патогенной микрофлоры, хламидий и трихомонад повышается частота (от  $23,6 \pm 4,1$  до  $32,2 \pm 6,1\%$ ) среднетяжелых и тяжелых форм, что свидетельствует о необходимости подбора и использования лечебных средств, эффективных одновременно против всех этих патогенов.

### Сведения об авторе:

Гейдарова Натаван Фатах гызы — гл. врач женской консультации № 1, Баку; e-mail: khalatli@mail.ru

### ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова В. В., Аксенов О. А. Влияние вирусных инфекций на течение беременности и состояние здоровья детей. *Педиатрия*. 2006; 10: 68—73.
2. Казанцев А.П., Попова Н.И. *Внутриутробные инфекционные заболевания у детей и их профилактика*. М.: Медицина; 2007.
3. Кицак В.Я., Цинзерлинг В.А., Куликова Н.А. Плацентиты, вызванные вирусными инфекциями. *Архив патологии*. 2009; 1: 26—8.
4. Ритова В.В. *Роль вирусов в перинатальной и постнатальной патологии человека*. М.: Медицина; 2008.
5. Barbara J. Stroll. The Global Impact of Neonatal Infection. *Clin. in Perinatol.* 2005; 24 (1): 1—21.
6. World Health Organization. *Coverage of maternity care, a listing of available information — Geneva, Switzerland: maternal and newborn health motherhood*. WHO/RHT/MSM/ 2007: 145—8.

Поступила 31.01.14  
Received 31.01.14