

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

И.О. Малова, Д. Рагчаа

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д. м. н., проф. И.В. Малов, кафедра дерматовенерологии ФПК и ППС, зав. — д. м. н., проф. И.О. Малова)

Резюме. С целью изучения клинико-лабораторной характеристики уреаплазменной моноинфекций УГТ обследованы 485 женщин репродуктивного возраста. Проведено комплексное клинико-лабораторное исследование. Определено, что уреаплазменная моноинфекция УГТ у женщин встречается редко (у 8,0%), основным клиническим проявлением этой инфекции является вагинит, который у большинства пациенток (61,6%) сопровождается цервицитом.

Ключевые слова: уреаплазма, вагинит, цервицит.

С тех пор, когда генитальные микоплазмы и, в частности, *Ureaplasma urealyticum*, были отнесены к условно-патогенным микроорганизмам, взгляд на характер патологии, обусловленной этими бактериями, значительно изменился [4,2,7,8]. Известно, что, как правило, в развитии воспалительных заболеваний мочеполового тракта генитальные микоплазмы встречаются в различных ассоциациях с патогенными (*T. vaginalis*, *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*) и условно-патогенными (дрожжеподобные грибы рода *Candida*, анаэробная и аэробная микрофлора) микроорганизмами, потенцируя воспалительный потенциал [1,3,6].

Мы поставили перед собой задачу выяснить, могут ли *Ureaplasma urealyticum* в виде «моноинфекции» вызывать воспалительные процессы в области УГТ у женщин репродуктивного возраста и каков характер клинических проявлений этих воспалительных процессов.

Материалы и методы

В 2004 — 2006 гг. мы обследовали 485 женщин репродуктивного возраста на наличие урогенитальных инфекций. Диагноз уреаплазменной «моноинфекции» был поставлен 39 (8,0%) из них. Исследование проводилось на базе Иркутского городского Центра молекулярной диагностики и Иркутского городского кожно-венерологического диспансера.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием t-критерия Стьюдента. Значимыми считались значения при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Ни у одной из 39 пациенток не было выявлено патогенов, а условно-патогенная микрофлора была представлена традиционными микроорганизмами: *E. faecalis* в виде монокультуры выделен у 19 пациенток в концентрации 10^1 – 10^2 КОЕ/мл, *Staph. epidermidis* — у 10 больных в концентрации 10^1 – 10^3 КОЕ/мл. По 2 условно-патогенных микроорганизма было выделено у 10 больных в следующих сочетаниях: *E. faecalis* + *Staph. epidermidis* — у 4, *E. faecalis* + *E. coli* — у 2, *E. faecalis* + *Staph. haemolyticus* — у 3, *E. coli* + *Staph. epidermidis* — у 1 больной в титрах 10^1 – 10^3 КОЕ/мл.

Возраст пациенток варьировался от 20 до 40 лет и составлял в среднем $26,7 \pm 0,8$ лет.

На момент обращения субъективные симптомы были представлены жалобами на выделения из половых путей различного характера (у 25 больных —

64,1%), на зуд, чувство дискомфорта в области наружных половых органов (у 9 — 23,1%), на нарушение менструального цикла (у 10 — 25,6%), на дисурические расстройства (у 3 — 7,7%), на периодические боли внизу живота (у 3 больных). 11 (28,2%) пациенток не предъявляли никаких жалоб.

У обследованных пациенток детально изучен акушерско-гинекологический анамнез. Средний возраст менархе — $12,9 \pm 0,2$ лет, при цикле в 21–30, по 3–5 дней, *menses* умеренные, безболезненные. У 28 (71,8%) пациенток беременностей в анамнезе не было. Из них у 5 (12,8%) женщин установлено бесплодие. У 11 (28,2%) пациенток в анамнезе отмечены беременности (25 беременностей): 6 беременностей закончились родами, которые у всех пациенток протекали благополучно, 19 — медицинскими абортами.

Из гинекологической патологии в прошлом на первом месте встречалась эрозия шейки матки — у 17 (43,6%) пациенток. Наиболее часто в анамнезе больные отмечали уреамикоплазменную инфекцию (43,6%), урогенитальный трихомоноз (28,2%), кандидоз (15,4%), бактериальный вагиноз (12,8%).

У большинства пациенток (у 61,5%) не имелось заболеваний внутренних органов и ЦНС. 12,8% женщин страдали хроническим тонзиллитом, 10,3% — хроническим гастритом, 7,7% — хроническим пиелонефритом, у 7,7% при УЗИ установлена дискинезия желчевыводящих путей.

У 36 (92,4%) женщин отмечался вагинит, при этом обращало на себя внимание, что у большинства пациенток при вагините гиперемия стенок влагалища имела неярко выраженный характер, отечность слизистой была мало выражена. Выделения во влагалище были чаще умеренными (у 31 — 79,5% пациенток) и слизистыми (у 27 — 69,2%), слизисто-гнойными (у 9 — 23,1%). Сочетание вагинита с эндо/эктоцервицитом встречалось у 20 (51,3%) пациенток, с эктоцервицитом — у 4 (10,3%). У 3 (7,7%) пациенток были выявлены признаки только эндо/эктоцервицита (табл. 1–2).

Таблица 1

Клинические проявления воспалительного процесса у пациенток с уреаплазменной инфекцией УГТ (n=39)

Клинические проявления	Абс, чел.	%
Вагинит	12	30,8
Эндо/эктоцервицит	3	7,7
Вагинит + эктоцервицит	4	10,3
Вагинит + эндо/эктоцервицит	20	51,3
Уретрит	3	7,7

Таблица 2

Объективные клинические симптомы со стороны нижнего отдела УГТ у пациенток с уреаплазменной моноинфекцией (n=39)

Клинические проявления	Показатели		Влагалище		Цервикаль- ный канал	
			Абс, чел.	%	Абс, чел.	%
Выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала	Скудные		-	-	14	35,9
	Умеренные		31	79,5	9	23,1
	Обильные		5	12,8	-	-
	Слизистые		27	69,2	17	43,6
	Слизисто-нойные		9	23,1	6	15,4
Лейкоциты (в поле зрения)	Уретра		Влагалище		Цервикаль- ный канал	
	Абс, чел.	%	Абс, чел.	%	Абс, чел.	%
До 10	36	92,3	-	-	7	18,0
10-20	3	7,7	3	7,7	9	23,0
20-40	-	-	8	20,5	6	15,4
40-60	-	-	21	53,9	10	25,6
61 и более	-	-	7	18,0	7	18,0

У пациенток с симптомами эндоцервицита выделения из цервикального канала были преимущественно слизистыми (у 43,6%) и скудными (у 35,9%). Слизисто-гнойные выделения из цервикального канала отмечены у 15,4% пациенток с эндоцервицитом, в заднем своде влагалища — у 23,1% пациенток с вагинитом.

При микроскопическом исследовании отделяемого из заднего свода были выявлены признаки воспаления (увеличение количества лейкоцитов, эпителиальных клеток). У 21 (53,9%) женщин лейкоцитоз составил 40 — 60 клеток в поле зрения, больше 61 — у 7 (18,0%) пациенток. Лейкоцитоз (40 — 60 клеток в поле зрения и более) в цервикальном канале определялся у 10 (25,6%) пациенток, больше 61 — у 7 (18,0%).

Значение pH вагинального содержимого у 20 (51,3%) пациенток превышало (от 5,0 до 6,0) пока-

затели нормы. Повышение этого показателя было выявлено в основном у больных с эктопией шейки матки (у 17 — 43,6%). По данным литературы, у женщин с эктопией шейки матки pH цервикальной слизи имеет более высокие показатели, чем у здоровых женщин, что, возможно, обуславливает и более высокие значения pH влагалищной среды [5].

С другой стороны, генитальные микоплазмы как условно-патогенные микроорганизмы в условиях дисбиоза влагалища, сопровождающегося повышением pH, размножаются до пороговой концентрации и могут вызвать воспалительный процесс [7].

Симптомы уретрита выявлены у 3 (7,7%) пациенток: дизурия, учащенное мочеиспускание, при микроскопическом исследовании отделяемого из уретры определялся лейкоцитоз (10 — 20 лейкоцитов в поле зрения).

Таким образом, при анализе уреаплазменной моноинфекции УГТ у 39 женщин репродуктивного возраста мы установили, что уреаплазменная моноинфекция встречается редко (у 8,0% больных), клиническая симптоматика уреаплазменной инфекции не отличается разнообразием и не имеет специфических симптомов, основными субъективными симптомами являются жалобы на выделения из половых путей, реже — дискомфорт и зуд в области наружных половых органов, основным проявлением уреаплазменной моноинфекции является вагинит, который у большинства больных (61,6%) сопровождается цервицитом, уреаплазменный вагинит сопровождается гиперемией, реже — отеком слизистой влагалища, умеренными слизистыми или слизисто-гнойными выделениями, лейкоцитозом во влагалище и повышением pH влагалищной среды, цервицит, сочетанный с уреаплазменным вагинитом, часто развивается на фоне эктопии шейки матки и сопровождается умеренными слизистыми или слизисто-гнойными выделениями из цервикального канала и лейкоцитозом в канале шейки матки.

THE CLINICAL AND LABORATORIAL CHARACTERISTIC OF UREAPLASMA MONOINFECTIONS OF THE UROGENITAL TRACT IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

I.O. Malova, D. Ragchaa
(Irkutsk State Medical University)

With the purpose of studying the clinical and laboratory characteristic of ureaplasma monoinfections of the urogenital tract in 485 women of reproductive age have been surveyed. The complex of clinical-laboratorial research was conducted. It has been defined, that the monoinfection of ureaplasmas of urogenital tract in women is seldom met (at 8,0 %), the basic clinical manifestation of this infections is vaginitis, which in the majority of patients (61,6 %) is accompanied with cervicitis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем // Н. Новгород: Изд-во НГМА; М.: Мед. книга, 2004. — 416 с.
2. Баишмакова М.А., Савичева А.М. Генитальные микоплазмы и микоплазменные инфекции // Трудный пациент. — 2006. — № 2, Т. 4. — Internet: www.t-pacient.ru/archive/n2-2006/n2-2006_90.html
3. Бутков Ю.С. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2002. — 400 с.
4. Кисина В.И., Шишова Е.В. Существует ли связь генитальных микоплазм с патологией органов мочеполовой системы? // Consilium medicum. — 2005. — Т. 7, № 7. — С. 533-541.
5. Кузьмина И.Ю., Гречанин Б.Е. Состояние цервикальной

слизи у женщин с эрозией шейки матки // Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции у женщин: Сб. науч. тр. — Х.: ХМИ, 1986. — С. 46 — 48.

6. Наволоцкая Т.И., Сидорович С.Ю. и др. Выявление *M. hominis* и *U. urealyticum* в монокультуре и в ассоциациях у больных с воспалительными заболеваниями уrogenитального тракта // Тез. науч. работ IX Всерос. съезда дерматовенерологов. — М., 2005. — Т. 2. — С. 42.

7. Раковская И.В. Микоплазмы человека и микоплазменные инфекции Лекция, Часть 1 // Клиническая лабораторная диагностика. — 2005. — № 2. — С. 25-32.

8. Савичева А.М., Баишмакова М.А., Новикова Л.Н. Микоплазмы и микоплазменные инфекции гениталий // ЗППП. — 1996. — № 2. — С. 28-32.