

УДК 618.14

ПРОБЛЕМА ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ВЛАГАЛИЩА
У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА Г. ТУЛЫ

Т.В.ЗАХАРОВА*

В последнее десятилетие характер серьезной медико-социальной проблемы приобрели оппортунистические инфекции вследствие их широкого распространения и крайне неблагоприятного влияния на уровень общего и репродуктивного здоровья населения. К группе оппортунистических принято относить те инфекции, которые манифестно проявляют себя у лиц с иммунодефицитными состояниями любой природы [1, 3, 4]. Инфекции влагалища в настоящее время занимают не только лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости 45–86,9%, но и являются наиболее частой причиной нарушения репродуктивного здоровья женщин, создавая тем самым медицинские, социальные и экономические проблемы во всем мире [1, 2]. Тем не менее остаются до конца неясными вопросы о причинах возникновения тех или иных заболеваний, их влияние на развитие друг друга и иной гинекологической патологии, а также влияние влагалищных инфекций на репродуктивную функцию женщин. Особенностью нормальной микрофлоры половых путей у женщин является многообразие ее видового состава, в течение всей жизни представленной строгими и факультативными анаэробными микроорганизмами и в меньшей степени – аэробными и микроаэрофильными. Почти все микроорганизмы во влагалище могут принимать участие в воспалительном процессе. Публикации последних лет свидетельствуют об устойчивой тенденции к росту числа больных с оппортунистическими инфекциями влагалища, вызываемые условно-патогенными микроорганизмами (УПМ) и/или микроорганизмами, входящими в состав нормальной микрофлоры половых путей женщин [2,3]. Урбанизация, экологические проблемы, психологические стрессы, применение антибиотиков – эти мощные факторы активно вмешиваются в процессы, определяющие структуру и уровень заболеваемости. Научно-технический прогресс в области медицины привел к совершенствованию лабораторно-диагностических технологий, в частности к разработке молекулярно-биологических методов, что послужило поводом для пересмотра критериев диагностики многих заболеваний человека, подняв ее на качественно более высокий уровень. С микробиологических позиций стала очевидной несостоятельность сложившихся представлений о вагинальных инфекциях как о моноинфекциях. Классический постулат «один микроб – одно заболевание» в современных условиях часто не находит подтверждения в клинической практике. Все больше накапливается данных о значении в развитии вагинальных инфекций полимикробных ассоциаций с различной степенью этиологической значимости. Смешанные инфекции или инфекции, развившиеся на фоне выраженного дисбаланса состава микроценоза влагалища, наблюдаются в 20% случаев клинически выраженных инфекций влагалища [1, 3]. Выделение УПМ из патологического материала и индикация еще не является доказательством их этиологической роли, так как те же самые микроорганизмы колонизируют влагалище в норме. Только учет соотношений отдельных видов микроорганизмов в составе микроценоза может характеризовать состояние вагинального содержимого и степень его нарушения.

Цель – изучение распространенности оппортунистических инфекций влагалища и ИППП у женщин репродуктивного возраста (18–45 лет) г.Тулы.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинкомикробиологическое обследование 1100 женщинам в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст $27 \pm 1,4$ года), обратившихся в женскую консультацию №1 г. Тулы за период 2003–2006 года с целью подготовки к предстоящей беременности или по поводу различных гинекологических заболеваний. Обследование пациенток включало методы, предусматривающие анализ анамнестических данных, гинекологический осмотр, pH-метрию влагалищной среды, кольпоскопию, бактериоскопическое, бактериологическое и молекулярно-биологическое (ПЦР) исследование вагинального отделяемого. Выявление и количественную оценку *U.urealyticum* и *M.hominis* вели культуральным методом с помо-

щью питательных сред, выпускаемых в НИИ ЭМ им. Пастера г. Санкт-Петербурга. Верификацию диагноза БВ – по диагностическим критериям R.Amsel и соавт. (1984). Диагноз кандидоза ставили при выявлении мицелия дрожжеподобных грибов при микроскопии и выделения чистых культур грибов *Candida* – при бактериологическом. Использована оценка вагинального мазка и бактериологического посева вагинального отделяемого Nugent R.P. et al. (1991г.) в модификации Анкирской А.С. (2005) [1, 5].

Критериями диагностики бактериального вагиноза были признаки, выявленные при микроскопическом и бактериологическом исследовании: преобладают поверхностные клетки, иногда промежуточные. Наличие «ключевых» эпителиальных клеток. Лейкоциты отсутствуют или их количество не превышает 10 в поле зрения. Общее количество микроорганизмов – «массивное», реже «большое». Доминируют морфотипы строгих анаэробов и гарднерелл. Лактобациллы отсутствуют или выявлены единичные в поле зрения. Диагноз неспецифического кольпита ставился на основании обнаружения признаков: вагинальный эпителий чаще поверхностных слоев, промежуточных и даже парабазаальных клеток (пропорционально тяжести течения воспалительного процесса). Лейкоцитарная реакция – от 10–15 лейкоцитов до 30–50 лейкоцитов и более в поле зрения. Общее число микроорганизмов – «большое» и «умеренное». Доминируют морфотипы аэробных палочек и кокков. Лактобацилл нет или выявлены единичные в поле зрения.

В зависимости от концентрации грибов в отделяемом влагалища и сопутствующей микрофлоры вагинального биотопа выделяли 3 формы инфекции влагалища грибами рода *Candida*.

Кандидозный вагинит. Вагинальный эпителий преимущественно поверхностных слоев, может быть много промежуточных и даже парабазаальных клеток (пропорционально тяжести течения клинического воспалительного процесса). Лейкоцитарная реакция от умеренной (10–15 лейкоцитов в поле зрения) до выраженной (30–50 лейкоцитов и более лейкоцитов в поле зрения). Общее число микроорганизмов «умеренное» или «большое». Доминирует морфотип лактобацилл, присутствуют дрожжевые клетки, фрагменты псевдомицелия с бластоспорами.

Сочетание бактериального вагиноза и кандидозного вагинита. Вагинальный эпителий представлен клетками поверхностных слоев, м.б. промежуточные и парабазаальные клетки, «ключевые» эпителиальных клетки. Умеренная (10–15 лейкоцитов в поле зрения) или выраженная (30–50 лейкоцитов в поле зрения) лейкоцитарная реакция. Общее число микроорганизмов «массивное», реже – «большое». Доминируют морфотипы строгих анаэробов и гарднерелл; присутствуют дрожжевые клетки и/или фрагменты псевдомицелия гриба. Лактобацилл нет или выявлены единичные лактоморфотипы.

Бессимптомное носительство грибов. Вагинальный эпителий представлен клетками поверхностных слоев. Лейкоцитарная реакция не выражена, единичные лейкоциты в поле зрения. Общее число микроорганизмов – «умеренное». Доминируют морфотипы лактобацилл, дрожжеподобного гриба нет или единичные дрожжевые клетки в редких полях зрения.

Данные, статистически обработанные по программе Statistica 6.0 («StatSoft, Inc.»), США, представлены в виде средних значений и стандартного отклонения или абсолютных и относительных частот. Для количественного сравнения использовали непарный критерий t Стьюдента. Для выявления связи между непараметрическими параметрами использовался критерий Пирсона χ^2 . Разница считалась достоверной при $p < 0,05$.

Результаты собственных исследований. При комплексном обследовании 1100 женщин были разбиты на 4 группы. В I группу вошли женщины, которым на основании клинического обследования был поставлен диагноз кандидомикоз – 148 (13,5%), II – бактериальный вагиноз (БВ) 372 (33,8%), III – кольпит 396 (36%), IV – составили женщины с нормальным микробиocenозом влагалища 184 (16,7%). Исходя из возрастного деления, среди больных I группы, а также II группы преобладают женщины в возрасте от 25 до 34 лет (ср. возраст в I группе – $27 \pm 1,2$ года, во II группе – $29 \pm 1,3$ года) Анализируя группу IV группу женщин, установлено, что большее их число также приходится на возраст 25–34 года (ср. возраст в I группе – $28 \pm 1,4$ года). Среди женщин III группы (ср. возраст – $24 \pm 1,8$ года) наибольшая заболеваемость в возрасте 18–24 года (39,4%), хотя статистически значимой эта разница не была ($p > 0,05$)

* Тульский государственный университет

Большинство женщин обращались к врачу по поводу различных гинекологических заболеваний. Доброкачественные заболевания шейки матки и цервикального канала были крайне распространены среди женщин I (43,2%), II (53,2%) и III (44,9%) групп, причем частота встречаемости этой патологии примерно одинакова, в то время как в IV группе эта патология обнаруживается лишь в 11,4% случаев ($p < 0,001$). Хронический сальпинго-офорит выявлялся с частотой 22,8% в выбранной популяции женщин, при этом в группах I (26,4%) и II (23,7%) он был у каждой четвертой женщины, в III группе встречался у каждой третьей женщины (31,3%), а в IV группе было лишь 2 случая (1,1%) ($p < 0,001$). Вульвит был у каждой 10 обследованной, причем эта патология обнаружена лишь в I и III группах по 36,5% и 14,9% соответственно. ИППП (трихомониаз – 32 (2,9%), хламидиоз – 19 (1,7%) и гонорея – 6 (0,5%)), были выявлены лишь у 5,2% (57) обследованных женщин.

Микоплазмы и уреаплазмы встречались в I (1,3% и 2%), II (1,1% и 1,3%) и III (4,3% и 5,6%) группах практически с одинаковой частотой. Первичное и вторичное бесплодие отмечалось в малом количестве среди женщин I (4,7%), II (10,2%) и III (6,1%) групп, причем наиболее часто среди больных бактериальным вагинозом. Нарушения менструального цикла и миома матки отмечались во всех группах, при этом наряду с миомой матки были наиболее распространены в группах с кандидомикозом и бактериальным вагинозом, а в группе IV эти заболевания имели единичный характер.

Результаты, которые были получены при обследовании женщин с первичным и вторичным бесплодием, нарушениями менструального цикла, миомой матки, гиперпластическим процессом эндометрия и внутренним эндометриозом, не позволяют судить о связи этих заболеваний с возможностью развития на фоне вагинальных инфекций. В то же время нельзя не отметить, что среди женщин с нормальным биоценозом влагалища эти заболевания не встречались или были единичны.

При анализе структуры заболевания в I группе было отмечено, что кандидомикоз имеет несколько вариантов течения: у 66,2% женщин данной группы кандидозный кольпит является хроническим, у 28,4% отмечается острый кандидозный кольпит (с выраженной симптоматикой) и в 5,4% случаев выявлялось кандидоносительство (без симптомов заболевания).

Среди пациенток первой группы у 70 (47,3%) грибы рода *Candida* обнаружены в ассоциации с микроорганизмами, характерными для бактериального вагиноза. При детальном обследовании обнаружилось, что из 1100 обратившихся у 499 (45,4%) выявлены микроорганизмы, характерные для БВ, причем 372 (74,5%) женщин, у которых был диагностирован только БВ, у 70 (14%) была ассоциация БВ с кандидозом и у 57 (11,4%) БВ сочетался с неспецифическим кольпитом. В III группе – неспецифический кольпит, вызванный условно-патогенной микрофлорой, обнаружен у 339 (30,8%), причем чаще в 18–24 года.

Выводы. Установили частоту 78,1% (859) оппортунистических инфекций влагалища у женщин 18–45 лет г. Тулы. Нормальный микробиоценоз влагалища был выявлен только у 184 (16,7%) обследованных, что указывает на большую частоту инфекций влагалища среди обратившихся больных. Самой частой патологией влагалища был бактериальный вагиноз – 45,4%. В 25,5% бактериальный вагиноз выступал не как моноинфекция, а в сочетании с др. вагинальными инфекциями, являясь фоном для их развития. Кандидозный кольпит часто встречается как хроническая персистирующая грибково-бактериальная инфекция (47,3%), что затрудняет выбор схем лечения. ИППП (трихомониаз, хламидиоз, гонорея) не влияют на развитие инфекционных вагинитов и встречаются в 5,2% случаев.

Литература

1. Анкирская А.С. // Акуш-во и гинекол.–2005.– №3.– С. 10.
2. Кисина В.И. // Consil medicum.– 2001.– Т. 3, № 7.– С. 307.
3. Новиков А.И. и др. // Гинекол.– 2004.– Т. 6, № 4.– С. 169.
4. Прозорский С.В., Тартаковский И.С. // Клин. лаб. диагностика.– 1998.– Т. 2, № 24.– С. 33–35.
5. Nugent R. et al // J Clin Microbiol.– 1991.– Vol. 29 – P.297.

УДК 616.5-004.1111-008:61.849.19

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ХЛАМИДИЙНОГО ЦЕРВИЦИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРА НИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

О.А. ГИЗИНГЕР, К.Г. ИШПАХТИНА*

Урогенитальный хламидиоз является одним из самых распространенных заболеваний в мире среди болезней, передаваемых половым путем, что признается ВОЗ и теми исследователями, которые занимаются этой проблемой. Ежегодно в мире им заболевают около 50 млн. человек [1,11,13,17]. Среди инфицированных высок процент лиц молодого возраста. Хронизация заболевания ведёт к угнетению факторов местного иммунитета репродуктивного тракта, развитию вторичной иммуносупрессии [5,8,14]. Хламидийная инфекция имеет большое значение в инфицировании плода и возможном развитии осложнений у новорожденных [1]. Проблема лечения урогенитального хламидиоза в целом и хламидийного цервицита в частности осложняется тем, что нет четкого представления о состоянии иммунологических факторов цервикального канала и об уровне местной противомикробной защиты шейки матки, как месте наибольшей иммунологической активности репродуктивного тракта [8,14] и частой локализации хламидий [3,14].

Исследованиями последних лет доказано, что течение и эффективность лечения хламидийного процесса во многом зависят от состояния местной противомикробной защиты цервикального канала [3,10,14,16]. Одним из перспективных направлений в поиске патогенетически ориентированной терапии при хламидийном цервиците может явиться изучение иммунных реакций на локальном уровне, то есть непосредственно в очаге поражения и коррекция иммунологических дисфункций цервикального канала и шейки матки. Одним из наиболее часто встречающихся проявлений хламидиоза у женщин, является эндоцервицит [3,5,11]. Совершенствование методов лечения этого заболевания является актуальной задачей современного здравоохранения. Несмотря на достигнутые успехи она представляет определенные сложности. Схема лечения должна быть комплексной и включать в себя не только системные противохламидийные и иммуномодулирующие средства [5,7], но и местное воздействие на патологический очаг. Эти обстоятельства требуют поиска новых способов лечебного воздействия на организм больных на местном уровне. Одним из перспективных направлений в этой области, явилось местное применение иммунокорригирующих средств, одним из которых является низкоинтенсивный лазер (НИЛИ). Высокая эффективность НИЛИ известна, но, несмотря на теоретические, экспериментальные и клинические работы [4,6,9,14,15] его воздействие на механизмы антимикробной резистентности половой системы женщин практически не изучены.

Применение НИЛИ в терапии урогенитального хламидийного цервицита обусловлено рядом его биоэффектов: активизацией и повышением энергетического и пластического обмена клетки, микроциркуляции, окислительно-восстановительных процессов в клетках очага поражения [4,6].

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-иммунологическое обследование и лечение 200 пациенток репродуктивного возраста с цервицитом хламидийной этиологии. Набор в группы производился из числа обратившихся за помощью в Консультационно-диагностический центр ГОУ ВПО Челябинской ГМА, Областной кожновендиспансер. Возраст обследованных – 18–36 лет. Контрольную группу составили 80 женщин без хламидийной инфекции и гинекологической патологии.

Диагноз генитального хламидиоза ставился при выявлении возбудителей в цервикальном канале методами прямой иммунофлюоресценции (ООО «Лабдиагностика», Москва) и полимеразной цепной реакции (НПО «Литех»).

Материалом для исследования служили нейтрофилы цервикального секрета, которые составляют до 98% всех клеток исследуемого экзосекрета. Кроме того, шейка матки – место наибольшей иммунологической активности и более частой локализации хламидийной инфекции [8,14]. Забор цервикальной слизи осуществляли с помощью специальной градуированной пипетки. Слизь помещали в 1,0 мл физиологического раствора или среды 199, тщательно суспендировали. Затем к 0,2 мл слизи до-

* НИИ иммунологии Челябинской ГМА, МУЗ Областной кожно-венерологический диспансер, г. Челябинск