

Частота заболеваемости ВБИ в БСМП г. Набережные Челны с 1992 по 2000 г.

| Группы больных | Частота заболеваемости ВБИ в случаях на 10 тысяч госпитализированных | | | | | | |
|---|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|
| | до 19 лет | 20—29 лет | 30—39 лет | 40—49 лет | 50—59 лет | 60 и старше | в среднем |
| Мужчины | 5,4 | 6,5 | 4,7 | 6,0 | 6,2 | 8,5 | 6,1 |
| Женщины | 5,8 | 7,8 | 6,5 | 11,7 | 15,7 | 22,4 | 10,9 |
| Оба пола | 5,6 | 7,2 | 5,6 | 8,6 | 9,9 | 15,6 | 8,4 |
| Число заболевших женщин в % от числа мужчин | 107 | 120 | 138 | 195 | 253 | 264 | 179 |

29 лет наиболее часто переносили оперативное вмешательство, причем сложные и длительные операции. Такие больные составляют контингент риска по ВБИ. Мужчин данной возрастной группы наиболее часто госпитализируют и оперируют по причине полученных травм. Продолжительность пребывания в стационаре с данной патологией значительна, что является дополнительным фактором риска возникновения ВБИ. Женщин данной возрастной группы наиболее часто госпитализируют и оперируют по поводу гинекологической патологии.

Сравнение ВБИ у мужчин и женщин показало, что у последних ее частота выше на 79%. Более высокая частота ВБИ у женщин наблюдается во всех возрастных группах. Кроме того, прослеживается ярко выраженная тенденция к увеличению соотношения частоты ВБИ между женщинами и мужчинами. Так, если в возрастной группе до 19 лет частота ВБИ у женщин выше на 7 %, то в группе 60 лет и старше — уже на 164 %. Это позволяет утверждать, что женщины значительно больше подвержены ВБИ, чем мужчины. Выяснение причин данного факта требует проведения дальнейших исследований.

УДК 618.177:579.835.12

Н.К. Минулина, П.В. Мочалов (Казань). Роль кампилобактерной инфекции в возникновении женского бесплодия

По статистическим данным, в 95% случаев у здоровой женщины, желающей иметь ребенка, беременность наступает в течение 13 месяцев. Американское общество контроля за рождаемостью считает пару бесплодной, если беременность при отсутствии контрацепции не наступила в течение года половой жизни. Приблизительно 10% супружеских пар бесплодно по критерию «по меньшей мере 1 год половой жизни без контрацепции». Бесплодные супружеские пары составляют около 15% от числа всех супружеских пар. Приблизительно в 15% случаев причины бесплодия остаются невыясненными.

В настоящее время, несмотря на широкое применение антибактериальных препаратов, инфекционные заболевания и осложнения, обусловленные микробными агентами, по-прежнему

занимают доминирующее положение в патологии женской половой сферы (ЖПС). Значительную долю среди заболеваний женских половых органов занимают воспалительные процессы шейки матки (ШМ), в частности эндоцервициты (от 15 до 80,3%), для которых характерна тенденция к затяжному, рецидивирующему, бессимптомному течению.

В цервикальном канале имеется слизистая пробка, обладающая бактерицидной, протеолитической активностью за счет содержащихся в ней sIgA, лизоцима, лактоферрина. Однако под влиянием микробных агентов происходит нарушение защитной функции слизи, что может привести к развитию воспалительных процессов в ШМ. В норме в ШМ содержится до 60 штаммов бактерий. При нарушении равновесия микрофлоры развивается воспалительный процесс в цервикальном канале — одна из наиболее частых причин бесплодия. Эндоцервициты приводят к нарушению транспорта сперматозондов, а также играют большую роль в формировании антиспермального иммунитета, который является причиной иммунологического бесплодия.

В последнее время в связи с ухудшением экологической обстановки, снижением иммунитета, беспорядочной половой жизнью, бесконтрольным приемом и необоснованным назначением антибактериальных препаратов значительно изменилась этиологическая структура инфекционных заболеваний ЖПС. Возросла роль инфекционных агентов, которые ранее не были значимыми. Наибольший интерес, по нашему мнению, представляют кампилобактеры, имеющие широкое географическое распространение, интенсивно циркулирующие среди людей и животных, вызывая высокую заболеваемость и принося этим значимый социально-экономический ущерб. *

Большое количество выполняемых исследований посвящено кампилобактерной инфекции в гастроэнтерологии. Роль данной инфекции в области акушерства и гинекологии изучена мало.

Цель данной работы — подтвердить возможность участия кампилобактеров в возникновении бесплодия.

Поскольку кампилобактеры относятся к антирозоонозам, заболевают и являются носите-

* Прим. ред. См. статью Р.А. Абдулхакова в этом номере журнала.

лами как животные, так и люди. Группу повышенного риска в отношении кампилобактерной инфекции составляют женщины со сниженным иммунитетом, беременные, дети. Кампилобактерная инфекция может передаваться от человека к человеку (контактно-бытовой путь, половой, вертикальный) и от животного к человеку. Кампилобактеры способны к внутриклеточному размножению, тропны к цилиндрическому и плоскому эпителию, могут трансформироваться в кокковидную форму и длительно персистировать в месте локализации.

Благодаря выработке ряда ферментов и токсинов кампилобактеры обладают выраженными патогенными свойствами. По способности образовывать каталазу кампилобактеры делятся на две группы: патогенные для человека - каталазоположительные, непатогенные — каталазоотрицательные. Каталаза и супероксиддисмутаза ингибируют антибактериальный эффект нейтрофилов и препятствуют фагоцитозу. Протеаза, липаза, оксидаза, щелочная фосфатаза, глутаминтрансфераза, каталаза, фосфолипазы А и С, липид А, супероксиддисмутаза, цитохромоксидаза, цитотоксин способны разрушать протены, липиды, фосфолипиды эпителия. Протеазы и липазы оказывают деструктивное действие на слизистую оболочку желудка, тем самым изменяя поверхностную гидрофобность слизистой, способствуя адгезии и колонизации кампилобактеров. Глютаминтранспептидаза трансформирует лейкотриен С₄ в лейкотриен D₄, что, подобно гистамину, вызывает трофические изменения слизистой оболочки желудка в результате сосудосуживающего эффекта. Протеазы и липазы разрушают также гликопротеины желудочной слизи до гликопротеидов, которые снижают вязкость слизи и ослабляют ее барьерную функцию. Внеклеточные протеазы и липазы являются основными факторами патогенности, вызывая язвенный дефект слизистой.

Следовательно, аналогичное действие названные ферменты могут оказывать на слизь и слизистую оболочку цервикального канала.

Отсутствие в литературе данных о влиянии кампилобактерной инфекции на возникновение, течение и поддержание хронических процессов в эндоцервиксе побудило нас к выполнению настоящего исследования.

Кампилобактерная инфекция была обнаружена у 45 женщин с хроническим рецидивирующим эндоцервицитом, обследованных методами иммуноцитохимии и полимеразной цепной реакции. 10 (22%) женщин страдали бесплодием, причем 8 (17,5%) - первичным и 2 (4,5%) - вторичным. Длительность бесплодия у 4,5% пациенток была до 5 лет, у 1,5% - 5 лет. Эти женщины неоднократно лечились по поводу хронического рецидивирующего эндоцервицита, но проводимая терапия давала временный нестойкий эффект. У 4 из них при обследовании был установлен иммунологический фактор бесплодия, у 6 женщин причина бесплодия не выявлена. 10 женщинам с монокампилобактерной инфекцией в цервикальном канале и бесплодием в анамнезе проведена патогенетическая терапия: до начала лечения в течение 10 дней осуществлялась провокация путем смазывания цервикального канала 2% раствором нитрата серебра. С учетом наибольшей чувствительности кампилобактеров к антибиотикам группы макролидов в схему терапии был включен антибиотик вильпрафен (джозамицин) по 500 мг 3 раза в день в течение 10 дней. В дни приема вильпрафена цервикальный канал смазывали 2% раствором нитрата серебра. Были назначены метронидазол по 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней внутрь, затем интравагинально в виде геля 2 раза в день в течение 5 дней, нистатин по 500 тыс. ед. 4 раза в день, метилурацил по 0,5 г 3 раза в день в течение 10 дней и поливитамины на один месяц. Для восстановления биоценоза влагалища был предписан ацилакт интравагинально в свечах сроком на 7 дней.

Через один месяц после лечения наблюдалось клиническое излечение, подтвержденное результатами иммуноцитохимического метода и метода полимеразной цепной реакции. Через 2 месяца после лечения у 3 женщин и через 3 месяца еще у одной пациентки наступила беременность. Таким образом, полученные результаты позволяют предположить, что кампилобактерная инфекция может являться причиной возникновения бесплодия. Мероприятия по обнаружению кампилобактерной инфекции (иммуноцитохимический метод, ПЦР) мы рекомендуем включать в диагностическую программу при неясной причине бесплодия у женщин.