

**УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ –
ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОГО
РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА
ПРИ ГИПОСПАДИИ У ЖЕНЩИН**

Т. И. ДЕРЕВЯНКО, Э. В. РЫЖКОВА,
И. И. КУЦЕНКО

Обследовано 82 пациентки в возрасте от 16 до 58 лет с женской гипоспадией в виде эктопии наружного отверстия уретры в область преддверия влагалища и передней его стенки, все они страдали хроническими рецидивирующими циститами. Идентификация урогенитальной инфекции проводилась методом ПЦР содержимого наружного отверстия уретры и влагалища.

Всем пациенткам после предварительной санации выполнено хирургическое лечение – транспозиция наружного отверстия уретры и её дистального отдела в типичное место. Отдаленные результаты лечения были лучше у пациенток, которым в раннем послеоперационном периоде проводилась активная профилактика рубцовых изменений препаратом лонгидаза.

Ключевые слова: женская гипоспадия, эктопия наружного отверстия уретры, хронический рецидивирующий цистит, лонгидаза

**UROGENITAL INFECTION
AS THE CAUSE
OF CHRONIC RECURRENT CYSTITIS
AND FEMALE HYPOSPADIAS**

DEREVYANKO T. I., RYZHKOVA E. V.,
KUTSENKO I. I.

82 patients with female hypospadias and ectopic external urethral opening aged from 16–58 years were examined. All patients suffered from chronic recurrent cystitis. PCR identification of urogenital infection in urethral and vaginal content was performed.

Preliminary sanitation and surgical treatment – transposition of urethra meatus and urethra distal part – were performed. Long-term results were better in patients treated with Longidaza for scar prevention.

Key words: female hypospadias, ectopic external urethral opening, chronic recurrent cystitis, longidaza

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616-002. 6:616-036.2:615

СИФИЛИС И БЕРЕМЕННОСТЬ. ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

**В. А. Аксененко, В. В. Чеботарев, А. О. Коробейникова,
Н. В. Чеботарева, Л. Е. Старокожко**
Ставропольская государственная медицинская академия

Сифилис остаётся важной проблемой общественного здравоохранения во всём мире. Последнее десятилетие XX века характеризовалось чрезвычайно высокой заболеваемостью в России, странах Восточной Европы и США. По оценкам ВОЗ, в мире ежегодно выяв-

ляется примерно 12 млн новых случаев заболевания сифилисом [4].

Сифилис у беременных представляет угрозу не только в плане возможного рождения детей с врожденным сифилисом (ВС), но и других неблагоприятных исходов. В частности, самопроизвольные выкидыши наблюдаются в 10,5–16,4 % случаев, преждевременные роды и мертворождение – в 21–54,9 % [1]. Сифилис, как и любая другая инфекция, может быть причиной синдрома задержки развития плода (СЗРП), перинатальной энцефалопатии, тяжёлой внутриутробной асфиксии с реализацией в асфиксию новорожденного

Цель исследования: повысить эффективность лечения, улучшить перинатальные исходы у беременных с сифилитической инфекцией путём использования этиологически и патогенетически обоснованной комплексной терапии.

Материал и методы. Проведена оценка эффективности комплексной терапии 74 беременных, больных сифилисом и получавших медицинскую помощь в Ставропольском краевом клиническом перинатальном центре и Ставропольском краевом кожно-венерологическом диспансере. В результате проведенного обследования и в зависимости от наличия лечения и его объёма все пациентки были разделены на группы:

- 1-я группа – 24 женщины, не получившие адекватного специфического лечения сифилиса или не лечившиеся вообще;

Аксененко Виктор Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)716323, e-mail: akg@stgma.ru.

Чеботарев Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)287922, e-mail: sgmakvd@mail.ru.

Коробейникова Анастасия Олеговна, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Ставропольской государственной медицинской академии, тел.: (8652)287922, 89283215812, e-mail: anasnasia7906@rambler.ru.

Чеботарева Наталья Вячеславовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)287922, e-mail: sgmakvd@mail.ru.

Старокожко Леонид Евгеньевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой физиотерапии, восстановительной медицины и курортной реабилитации Ставропольской государственной медицинской академии, тел. 89283518794, e-mail: eflaem@rambler.ru.

- 2-я группа – 32 женщины с впервые выявленным во время беременности сифилисом или сифилисом в анамнезе и сероположительностью на момент беременности, получившие адекватное специфическое лечение;
- 3-я группа – 18 женщин, получивших адекватное специфическое и профилактическое лечение сифилиса (у всех отмечено 4-кратное уменьшение титров или негативация серологических реакций), лечение фето-плацентарной недостаточности (ФПН) и иммунокоррекцию.

В лечении беременных, больных сифилисом, руководствовались нормативными документами [2, 3, 5].

Контрольную, 4-ю группу составили 20 условно здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью, без сопутствующих экстрагенитальных заболеваний и фоновой гинекологической патологии, любых клинических и лабораторных признаков осложнений беременности.

Результаты и обсуждение. Комплексная терапия проведена 18 пациенткам 3-й группы. Все беременные до 20–22 недель беременности получали в условиях кожно-венерологического диспансера полноценное антибактериальное лечение: при первичном сифилисе вводили прокаин-пенициллин в дозе 1,2 млн МЕ в/м 1 раз в день в течение 10 дней; при вторичном и раннем скрытом сифилисе длительность лечения составила 20 дней. Курс профилактического лечения проведён 10 женщинам (55,6 %) до 30 недель беременности прокаин-пенициллином в дозе 1,2 млн МЕ в/м 1 раз в день в течение 10 дней.

После обследования в сроке 20–22 недели беременности проводился первый курс терапии, корригирующей функции фетоплацентарной системы. У 18 пациенток проведён амбулаторно в течение 2 недель курс профилактической терапии, включающий: гинипрал (в качестве токолитика) – 0,5 мг 3–4 раза в день; актовегин – 5–10 мл (в качестве препарата с антигипоксическим действием) – в 200–300 мл основного раствора (0,9 % раствор хлорида натрия или 5 % раствор декстрозы) скорость введения около 2 мл/мин; кардиомагнил (в качестве антиагреганта) – 75 мг 1 раз в день. Иммунокорригирующая терапия проведена вифероном по 1 млн МЕ в 24–28 недель беременности по 1 свече через 12 часов ректально 10 дней. В комплексную терапию включали системную энзимотерапию вобэнзимом в 28–32 недели беременности: 3 таблетки 3 раза в сутки курс 10–14 дней.

После проведения УЗИ, КТ и гормонального исследования в сроке беременности 34–36 недель 18 пациенткам проведён второй курс терапии гинипралом, актовегином, вифероном в амбулаторных условиях.

В ходе анамнестического обследования было установлено преобладание скрытого сифилиса – у 39 (53 %) и вторичного сифилиса – у 29 (39 %) беременных. Более половины – 38 (51,4 %) беременных женщин с сифилитической инфекцией были в возрасте 18–25 лет. Подавляющее большинство этих женщин были социально дезадаптированы: 54 (73 %) не состояли в браке и не имели постоянного полового партнёра, 27 (36,5 %) не работали и не имели постоянного источника материальных средств к существованию, часто (у 57 %) отмечены вредные привычки.

Преобладали городские жительницы – 39 (53 %). У 45 (92 %) повторнобеременных анамнез отягощён самопроизвольными прерываниями беременности, медицинскими абортми и искусственными прерываниями беременности на поздних сроках. Более по-

ловины – 39 (53 %) – женщин не состояли на учёте по беременности. Большинство имели среднее образование – 34 (46 %), среднеспециальное – 32 (43,2 %), неполное среднее – 6 (8,1 %) и лишь 2 (2,7 %) – высшее.

У 50 женщин 2-й и 3-й групп прослежена негативация серологических реакций с учётом различных клинических форм инфекции. Из них у 45 (90±4,2 %) наблюдалась негативация серологических реакций в течение одного года после полноценного лечения сифилиса. Полная негативация серологических реакций в течение года произошла у всех женщин с первичным сифилисом, у 14 (87,5 %) из 16 с вторичным и у 25 (89,3 %) из 28 беременных со скрытым сифилисом. Все женщины 1-й группы на момент родоразрешения являлись сероположительными (по формам у 4 – скрытый сифилис, у 2 – вторичный и у 1 – первичный).

У 60 (81 %) наблюдаемых женщин сифилис выявлен акушерами-гинекологами. При обследовании у 52 (70 %) беременных с сифилитической инфекцией выявлены сопутствующие инфекции, передающиеся половым путем: трихомониаз – у 24 (32,4 %), хламидиоз – у 8 (10,8 %), генитальный герпес – у 3 (4 %), уреоплазменная – у 3 (4 %) и микоплазменная инфекция – у 1 (1,35 %). У 23 (31 %) женщин гестационный процесс осложнился угрозой прерывания беременности и/или угрозой преждевременных родов. Преждевременные роды произошли у 14 (19 %) женщин. Путём операции кесарева сечения родоразрешены 8 (10 %) женщин.

Изучение спонтанной продукции провоспалительных цитокинов мононуклеарами (МНК) периферической крови выявило значительное превышение физиологических норм у беременных с сифилитической инфекцией (в 1-й и 2-й группах) – в 9 и более раз ($p < 0,001$) ИЛ1 β и в 7 и более раз ФНО α ($p < 0,001$). Повышение индуцированной продукции ИЛ1 β и ФНО α МНК периферической крови женщин 1–2-й групп в 1,9–2,4 раза (в норме увеличение в 3 раза и более) указывает на достижение максимального уровня их активации и служит одним из признаков иммунодефицитного состояния. Спонтанная продукция определяемых цитокинов в ткани плаценты достоверно возрастает ($p < 0,001$) в 1-й и 2-й группах. В большей степени повышается содержание ФНО α – в 9 раз ($p < 0,001$). При отсутствии комплексной терапии беременных с сифилитической инфекцией (1-я и 2-я группы) не наблюдалось достоверного увеличения ($p > 0,05$) индуцированной продукции ИЛ1 β и ФНО α в ткани плаценты. Однако в отличие от периферической крови это увеличение было менее выражено (всего в 1,2–1,3 раза). Спонтанная и индуцированная продукция цитокинов достоверно не отличалась ($p > 0,05$) от данных у здоровых в 3-й группе адекватно леченных женщин. Отмечено снижение цитокинов у пациенток, получавших только антибактериальную терапию (2-я группа), но их продукция оставалась более высокой по сравнению со здоровыми и женщинами 3-й группы.

В большей степени происходило повышение концентрации цитокинов в тканях, что обуславливает их преимущественно местное действие. Можно утверждать, что повышение концентрации цитокинов в гомогенате плаценты обуславливает ряд морфологических изменений в последе, предопределяет нарушения в гомеостазе плаценты, усугубляя нарушения в фето-плацентарном кровотоке (ФПК).

При доплерометрическом обследовании выявлены патологические изменения маточно-плодово-

плацентарного кровотока (МППК) у женщин 1–3-й групп. У обследованных женщин 4-й группы нарушений МППК не выявлено. По результатам обследования не выявлено случаев критического (III ст.) нарушения кровотока. При проведении профилактических мероприятий, направленных на улучшение МППК (3-я группа), отмечены преходящие нарушения кровотока (IA, IB ст.), тогда как без данной терапии (2-я группа) имели место нарушения как I, так и II ст. Наиболее выраженное зарегистрированное нарушение кровотока – II ст. – выявлено у 3 пациенток 2-й группы, получивших во II триместре полноценное специфическое лечение по поводу вторичных форм сифилиса.

Согласно фетометрическим данным, чаще всего выявлен СЗРП в 1-й группе – у трети обследованных. У леченых пациенток (2-я и 3-я группы) СЗРП встречается достоверно реже ($p < 0,01$) в сравнении с нелечеными пациентками 1-й группы. Причём в 3-й группе выявлены минимальные отклонения нормативных показателей – зарегистрированы 16,7 % случаев СЗРП I ст. Форма СЗРП во 2-й группе (смешанная) свидетельствует о нарушении функционирования ФПК, несмотря на адекватное антибактериальное лечение. Частота выявления СЗРП в группе леченых женщин (2-я группа), в два раза ($p < 0,05$) превышающая показатели в группе здоровых женщин (4-я группа), свидетельствует о наличии нарушений в ФПК у беременных с сифилитической инфекцией.

Росто-весовые показатели новорожденных 1-й и 2-й групп были достоверно ниже ($p < 0,001$; $p < 0,05$), чем в 3-й группе, что закономерно обусловлено наличием преждевременных родов и СЗРП. Достоверных различий антропометрических данных новорожденных 3-й группы по отношению к 4-й группе не выявлено ($p > 0,05$).

Достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечалась в этих группах новорожденных асфиксия лёгкой (5–6 баллов по Апгар) и средней степени (3–4 балла по Апгар) тяжести при рождении (23,5 % – 1-я группа и 13,3 % – 2-я группа), что связано с высокой частотой преждевременных родов (33 % в 1-й и 16 % во 2-й группах) и постнатально доказанной субкомпенсированной ФПН.

Гистологические исследования установили изменения в ворсинах плаценты в виде виллузитов, васкулитов, нарушения созревания и дифференцировки ворсин. Минимальные гистологические (склероз стромы ворсин, единичные мелкоочаговые лимфоцитарные инфильтраты) и клинические (преждевременные роды в 5,5 % случаев, удовлетворительное состояние новорожденных) проявления ФПН выявлены у женщин 3-й группы после проведения комплексной терапии.

Роды завершились рождением 65 живорождённых и 10 (7 из 1-й и 3 из 2-й групп) антенетально погибших (одна двойня). В 3-й группе случаев ante- и интранатальной гибели плодов не зарегистрировано, что объясняется своевременными и адекватными лечебными мероприятиями.

Анализ перинатальных исходов свидетельствует, что проведённое адекватное специфическое и профилактическое лечение сифилиса предотвратило развитие раннего ВС во 2-й и 3-й группах во всех случаях вне зависимости от стадии сифилиса. Случаев подтверждённого раннего врождённого сифилиса – 4 (из них активный – 1, скрытый – 3). Эти дети рождены матерями 1-й группы при отсутствии специфического лечения у трёх беременных и позднем его начале у одной. Профилактическое лечение получили в полном объёме

12 детей, рождённые матерями 1-й группы. Среди сопутствующей неспецифической патологии у новорожденных, рождённых матерями из 1-й группы, отмечалось в 65 % случаев постгипоксическое поражение ЦНС (в виде гипервозбудимости или угнетения), в 25 % – синдром двигательных нарушений, в 14 % – дисбактериоз кишечника, в 3 % – гепатоспленомегалия, гипертензионный синдром, гипотрофия, кандидоз кожи и слизистых. В дальнейшем на протяжении 6–12 месяцев был прослежен катамнез 28 детей из 1–3-й групп. К шестимесячному возрасту отмечена негативация серологических реакций у всех детей, а к году благодаря проведению адекватных мероприятий удавалось купировать выраженную неврологическую симптоматику.

По анализу серологических результатов лечения наблюдаемых нами беременных и перинатальных исходов можно утверждать, что использование в качестве антибиотика прокаин-пенициллина высокоэффективно в плане профилактики внутриутробного инфицирования плода сифилитической инфекцией и лечения внутриутробного пациента.

Заключение. Наличие сифилиса у беременных приводит к осложнённому течению гестационного процесса, создаёт высокий риск патологии плода вплоть до его антенатальной гибели и возникновения врождённого сифилиса. Изучение перинатальных исходов у беременных, перенесших сифилитическую инфекцию, позволило утверждать, что своевременная и полноценная антибиотикотерапия (2-я группа) не способна предотвратить неспецифические нарушения структуры и функции системы мать – плацента – плод, реализующиеся в виде плацентарной недостаточности. При сопоставлении патологических изменений в последах выявлено, что характер и степень выраженности патологических изменений последа зависели от длительности течения, стадии сифилитической инфекции, отсутствия или наличия адекватного комплексного лечения. Наиболее типичные изменения развиваются в ворсинах плаценты в виде виллузитов, васкулитов, нарушения созревания и дифференцировки ворсин. После проведенной комплексной терапии воспалительная реакция купируется, но в 30 % случаев сохраняются склеротические изменения в строме ворсин и единичные мелкоочаговые лимфоцитарные инфильтраты, что соответствует компенсированной ФПН. Комплексное лечение, включающее антибактериальную терапию препаратами пенициллина средней дурантности, нормализацию функционирования ФПК и иммунокоррекцию, позволило предотвратить ВС и улучшить перинатальные исходы.

Литература

1. Иванова, М. А. Развитие эпидемиологической ситуации по ИППП в России за последние 10 лет (1994–2004) / М. А. Иванова, О. К. Лосева // Рос. журнал кож. и вен. болезней. – 2006. – № 3. – С. 55–56.
2. Лечение и профилактика сифилиса : методические рекомендации. – М., 1993. – 31 с.
3. Лечение и профилактика сифилиса : методические указания. – М., 1999. – 19 с.
4. Национальное руководство по дерматовенерологии / В. В. Чеботарев, Н. В. Фриго, Ю. К. Скрипкин, Э. А. Баткаев. – М., 2011. – С. 543–596.
5. Приказ от 25 июля 2003 г. № 327 «Об утверждении протокола ведения больных «сифилис». – М., 2003. – 160 с.

**СИФИЛИС И БЕРЕМЕННОСТЬ.
ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ**
В. А. АКСЕНЕНКО, В. В. ЧЕБОТАРЕВ,
А. О. КОРОБЕЙНИКОВА, Н. В. ЧЕБОТАРЕВА,
Л. Е. СТАРОКОЖКО

Отмечен высокий риск поражения плода и послеста при сифилисе у беременных. Высокий риск невынашивания беременности, антенатальной гибели плода во втором и третьем триместрах беременности, хроническая плацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, врожденный сифилис – это состояния наиболее часто выявляемые у беременных с сифилисом. Показана высокая эффективность комплексного лечения сифилиса с применением специфической антибактериальной терапии, профилактики плацентарной недостаточности с использованием антигипоксантов, иммунокорректирующей терапии.

Установлена выраженная эффективность прокаи-пенициллина в плане профилактики внутриутробного инфицирования плода сифилитической инфекцией и лечения внутриутробного пациента.

Ключевые слова: сифилис, беременность, хроническая плацентарная недостаточность, лечение

**SYPHILIS AND PREGNANCY.
PREVENTION OF PERINATAL LOSS**
AKSYONENKO V. A., TCHEBOTARYOV V. V.,
KOROBENIKOVA A. O., TCHEBOTARYOVA N. V.,
STAROKOZHKO L. E.

A high risk of transplacental fetus infection was registered in women with pregnancy complicated by syphilis. Miscarriage, antenatal fetal death, chronic placental insufficiency, intrauterine fetal growth restriction and congenital early syphilis are the most common complications diagnosed in women with syphilis. A high efficiency of the complex treatment including prevention of the intrauterine fetal growth restriction by antihypoxic drugs, specific antibacterial therapy and immune correction has been shown.

Procaine penicillin high efficacy has been established in prevention and treatment of transplacental fetus infection.

Key words: syphilis, pregnancy, chronic placental insufficiency, treatment

© Алексеенко С. Н., Соболева Н. П., 2012
УДК 616-084:614.2

СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИОННО-ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ

С. Н. Алексеенко, Н. П. Соболева

¹ Кубанский государственный медицинский университет

² Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения

Одной из наиболее важных задач в области укрепления и сохранения здоровья является создание единого информационного пространства для формирования у людей установок на здоровый образ жизни. Основой должна стать многоуровневая система единого информационного обеспечения, включающая в себя:

- нормативно-правовые и законодательные акты;
- социальную и экономическую политику;
- участие общественности и межсекторальную политику;
- образование и информирование населения в области здорового образа жизни (ЗОЖ).

Внедрение информационных технологий позволит пересмотреть общепринятую в стране традиционную форму профилактического обслуживания, упорядочить и привести в систему профилактическое обеспечение, устранить недостатки в преемственности профилактического обслуживания населения

Алексеенко Сергей Николаевич,
кандидат медицинских наук,
ректор Кубанского государственного медицинского
университета, тел. (8612)423142.

Соболева Надежда Петровна, кандидат медицинских наук,
ведущий научный сотрудник Центрального
научно-исследовательского института организации
и информатизации здравоохранения,
тел.: (8495)6181614, 89163019791.

в лечебно-профилактических учреждениях различного типа.

Поскольку особенность неинфекционных заболеваний (НИЗ) состоит в том, что большинство факторов, способствующих их развитию, лежит в состоянии окружающей среды, социальном окружении и в образе жизни самого человека, то, чтобы переломить тренд роста неинфекционных заболеваний, необходимо направлять политическую волю и организационные усилия на массовые профилактические программы, формирование привычки к здоровому образу жизни, переориентировать здравоохранение на работу с еще здоровыми людьми.

Целью данной публикации является научное обоснование подходов к модернизации информационной системы в профилактике, позволяющей решать вопросы стратегического и текущего планирования её в медицинских учреждениях территориального уровня с учетом государственной и региональной систем медицинской информации.

Информационная система представляет собой систему, элементами которой являются не материальные объекты, а те или иные виды данных (информации), которые взаимодействуют и преобразуются в процессе ее функционирования [3]. Примером информационной системы может служить не только информация, например о ЗОЖ, но и планирование и управление профилактикой.