

**ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС
В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ ИНФЕКЦИИ
И НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

В. В. ЧЕБОТАРЕВ, В. А. АКСЕНЕНКО,
А. О. КОРОБЕЙНИКОВА, Н. В. ЧЕБОТАРЕВА,
И. А. БАЗИКОВ

Показана низкая эффективность лечения беременных, больных сифилисом, бензатин-бензилпенициллином в сравнении с натриевой солью бензилпенициллина. Установлена причина неэффективности лечения бензатин-бензилпенициллином, заключающаяся в недостаточной средней концентрации пенициллина в амниотической жидкости независимо от сроков беременности.

Экономический ущерб лечения беременных, больных сифилисом, бензатин-бензилпенициллином при наступлении серорезистентности выразился в сумме 826 тыс. 978 руб. 88 коп. в расчете на 100 больных.

Ключевые слова: сифилис врожденный, беременные, серорезистентность, лечение, экономический ущерб

**CONGENITAL SYPHILIS DURING
THE EPIDEMIC
AND POOR THERAPY**

CHEBOTAREV V. V., AKSENENKO V. A.,
KOROBEGINIKOVA A. O., CHEBOTAREVA N. V.,
BAZIKOV I. A.

The low efficiency of the treatment of pregnant patients with syphilis with benzathine benzylpenicillin, in comparison with the sodium salt of benzylpenicillin is shown. The cause of treatment failure with benzathine benzylpenicillin is determined; it consists in the lack of high concentrations of penicillin in the amniotic fluid, regardless of gestation terms.

Economic loss at treatment of the pregnant patients with syphilis with benzathine benzylpenicillin, at the occurrence of seroresistance put in the amount of 826 thousand 978 rubles 88 kopecks per 100 patients.

Key words: congenital syphilis, pregnant women, seroresistance, treatment and economic loss

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.62-002:616.6.9:618.1

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

Т. И. Деревянко¹, Э. В. Рыжкова³, И. И. Куценко²

¹Ставропольская государственная медицинская академия

²Кубанский государственный медицинский университет

³Городской диагностический центр, г. Ставрополь

Проблема хронической инфекции нижних мочевых путей у женщин, особенно хронического рецидивирующего цистита, является весьма актуальной вследствие высокой распространенности, длительного рецидивирующего течения, приводящего к снижению работоспособности и качества жизни женщины [2]. В возрасте 20–40 лет частота заболевания составляет 25–35 %, около 30 % женщин на протяжении своей жизни хотя бы раз сталкиваются с острым циститом. В России ежегодно диагностируется до 36 миллионов случаев заболевания. У 50 % девочек и 21 % женщин хронический цистит сопровождается вульвитом или вульвовагинитом. Хронический вульвовагинит в сочетании с нефроурологической патологией имеет место у 42,2 %

больных. У 66,7 % женщин с вульвовагинитом в моче обнаруживаются те же микроорганизмы, что и во влагалище.

Женская гипоспадия как причина хронического рецидивирующего цистита освещается в урологической литературе редко, и хирургическому лечению этого заболевания не уделяется должного внимания. Пациентки с данной аномалией нередко страдают не только хроническими рецидивирующими инфекциями нижних мочевых путей, но и зачастую репродуктивными проблемами [2].

Цель исследования: повышение эффективности диагностики и лечения хронических рецидивирующих циститов у женщин с влагалищной эктопией наружного отдела уретры, снижение процента рубцовых осложнений послеоперационной области.

Материал и методы. Под наблюдением находились 82 пациентки женского пола в возрасте от 16 до 58 лет, страдающие рецидивирующим хроническим циститом. 52 пациенткам произведено хирургическое лечение, 30 больных получали консервативную терапию. Длительность заболевания составила от 1 года до 28 лет. Начало заболевания во всех случаях совпало с началом половой жизни, а обострения возникали после полового акта. У всех больных были выявлены влагалищная эктопия наружного отверстия уретры и хроническая урогенитальная инфекция нижних мочевых путей следующего спектра: Chlamydia trachomatis,

Деревянко Татьяна Игоревна, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой урологии, детской урологии-андрологии с курсом рентгенологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)713538, e-mail: derevyanko2007@mail.ru.

Рыжкова Элеонора Валерьевна, врач-акушер-гинеколог городского диагностического центра г. Ставрополя, тел. 89624464050, e-mail: alya1985@mail.ru.

Куценко Ирина Игоревна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Кубанского государственного медицинского университета, тел. 89882420460, e-mail: kucenko@mail.ru.

Mycoplasma genitalium, *Ureaplasma urealiticum*, *Mycoplasma hominis*, грибы рода *Candida*, *Gardnerella vaginalis*, присутствовала кишечная палочка. В 95 % (78) случаев у пациенток отмечалась врожденная аномалия в виде эктопии наружного отверстия уретры и хронический рецидивирующий цистит в течение многих лет. У 4 (5 %) пациенток возникновение явлений хронического рецидивирующего цистита, регулярно обостряющегося после полового акта, было диагностировано после родов через естественные родовые пути. Роды осложнились разрывами и образованием рубцовых тканей, находящихся близко к наружному отверстию уретры, наружное отверстие уретры было фиксировано к передней стенке влагалища, определялась его влагалищная эктопия.

Все пациентки отмечали обострения и рецидивы хронического цистита с увеличением интенсивности и частоты половой жизни.

План обследования включал в себя анализ жалоб пациенток, анамнез заболевания, а также анализ спектра урогенитальных инфекций.

При заборе материала из цервикального канала, уретры и в моче методом молекулярной диагностики (ПЦР) определялись *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealiticum*, *Mycoplasma hominis*, проводилось микроскопическое и бактериологическое исследование содержимого влагалища для определения *Trichomonas vaginalis*, грибов рода *Candida*, *Gardnerella vaginalis* и другой аэробной и анаэробной условно-патогенной микрофлоры.

Лейкоцитурия присутствовала у всех обследуемых женщин. У 72 (89 %) женщин фертильного возраста, активно живущих половой жизнью, при молекулярно-биологическом исследовании мочи было выявлено наличие влагалищной условно-патогенной микрофлоры и инфекционных агентов в клинически значимых титрах: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealiticum*, *Mycoplasma hominis* в сочетании с кишечной палочкой и другими грамотрицательными бактериями, а также *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis* грибов рода *Candida*. Патогенная микрофлора мочи, уретры и соскоба из влагалища, как правило, была идентичной.

Бактериурия, представленная кишечной палочкой *E. coli.*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella* и *Proteus mirabilis* без сочетания с патогенной микрофлорой влагалища, присутствовала у 18 (22 %) больных с эктопией наружного отверстия уретры.

Всем пациенткам для подтверждения диагноза эктопии наружного отверстия уретры выполнялось пальцевое исследование по методике О'Доннел-Хиршхорна.

Доказанная связь влагалищной эктопии наружного отверстия уретры с рецидивирующим течением хронического цистита диктует необходимость оперативного вмешательства в виде транспозиции дистального отверстия уретры.

Пациенткам с диагностированной женской гипоспадией в виде влагалищной эктопии наружного отверстия уретры выполнялось хирургическое лечение: транспозиция наружного отверстия уретры и её дистального отдела в типичное место по методике, предложенной М. Ю. Гвоздевым с соавторами. Хирургическое лечение выполнялось в плановом порядке после предварительной санации области наружного отверстия уретры и влагалища и адекватной противовоспалительной терапии. Наряду с антибиотиками и антимикотиками использовался препарат Лонгидаза 3000 МЕ с целью увеличения биодоступности этиотропной те-

рапии и профилактики рубцовых послеоперационных осложнений.

Пациентки, подвергшиеся хирургическому лечению, были разделены нами на 2 группы.

Первая группа (30 человек) – больные, которым в раннем послеоперационном периоде проводилась активная профилактика послеоперационных осложнений в виде разрастания патологической соединительной ткани (рубцовых изменений) препаратом Лонгидаза 3000 МЕ по схеме: 5 инъекций в/м 1 раз в пять дней, затем 10 суппозиторияев, ректально 1 раз в 3 дня. Вторую группу составили 22 женщины, у которых хирургическое лечение по той же методике не сопровождалось активной профилактикой послеоперационных рубцовых осложнений.

Результаты и обсуждение. Пациентки наблюдались в течение 4 лет после оперативного лечения. Все 30 больных, перенесших хирургическое лечение в виде транспозиции наружного отверстия уретры с активной послеоперационной профилактикой послеоперационных рубцовых осложнений препаратом Лонгидаза 3000 МЕ, рецидивов хронического цистита не отмечали. Эта группа больных была полностью удовлетворена качеством мочеиспускания, в контрольных анализах мочи методом ПЦР патологических возбудителей урогенитальной инфекции не было выявлено. В ближайшем и отдаленном периодах наблюдения ни у одной пациентки не отмечено образования грубых рубцовых изменений в послеоперационной области. Транспозированный периферический отдел уретры и миатус сохраняются в месте пересадки, кровоснабжение их не нарушено, диаметр не изменен, обострения хронического цистита и дизурии не отмечались.

У 9 пациенток второй группы отмечались разрастания соединительной ткани в виде тонких рубцов послеоперационной области, фиксирующих и подтягивающих миатус к месту изначального атипичного расположения. В отдаленном послеоперационном периоде у 4 пациенток этой группы возник рецидив хронического цистита, в связи с чем был проведен повторный курс противогрибковой терапии, так как при исследовании мочи у них было выявлен патогенный возбудитель инфекции – *Candida alb.* в количестве более 104 КОЕ/мл, аналогичный влагалищной флоре.

Выводы

1. Урогенитальные инфекции (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealiticum*, *Mycoplasma hominis*, грибы рода *Candida*, *Gardnerella vaginalis*) – причина хронического рецидивирующего цистита при гипоспадии у женщин.
2. Урогенитальная инфекция ретроградно попадает в уретру и мочевого пузырь из влагалища, поэтому радикальным методом лечения хронического цистита является оперативное лечение – транспозиция дистального отдела уретры и её наружного отверстия в типичное место.
3. Для улучшения результатов лечения целесообразно в дополнение к антибиотико-антимикотикотерапии применять препарат Лонгидаза.

Литература

1. Деревянко, И. М. Эктопия уретры у женщин / И. М. Деревянко, Т. Н. Деревянко, В. В. Рыжков // Медицинская газета. – 2003. – № 96–97. – С. 11.
2. Хроническая тазовая боль. Руководство для врачей / под ред. А. Н. Беловой, В. Н. Крупина. – М., 2007. – 572 с.

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 гипоспазией 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.