

Медико-социальная и клиническая характеристика больных урогенитальными микст-инфекциями

Мавров Г. И., Лукьянов И. Э.

*ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»
Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины
Коммунальное учреждения здравоохранения «Областной клинический кожно-венерологический диспансер № 1» (Харьковская обл.)*

Предпринято изучение клинических особенностей хронической венерической урогенитальной микст-инфекции для последующей разработки новых способов эффективной санации организма, сокращения длительности лечения, предупреждения развития осложнений и рецидивов заболевания. Установлено, что микст-инфекции отличаются мало- или асимптомным длительным течением, многофокусным поражением, наличием трех или более микроорганизмов, которые поддерживают воспалительный процесс, а также наличием осложнений.

Ключевые слова. Урогенитальные микст-инфекции, клиника, течение, осложнения, озонотерапия, бензимидазолы.

В последние годы урогенитальные инфекции, передаваемые половым путем, как моноинфекция встречаются редко и, как правило, представляют собой смешанный протозойно-бактериальный процесс [1, 7, 11]; при этом часто имеет место недостаточность иммунологического контроля со стороны макроорганизма, что приводит к хронизации процесса с прогрессирующей деструкцией тканей и нарушением репродуктивной и копулятивной функций. При протозойно-бактериально-вирусной микст-инфекции в 80-90 % случаев наблюдаются хронические, многоочаговые поражения, требующие комплексной терапии, включающей антипротозойные, антибактериальные, противовирусные средства (этиотропная терапия), а также методы активного воздействия на организм, основанные на коррекции иммунологических нарушений (патогенетическое лечение) [2-5, 10].

Цель исследования – изучение клинических особенностей хронической микст-инфекции для последующей разработки новых способов фармакологического и нефармакологического воздействия для обеспечения эффективной санации организма, сокращения длительности лечения, предупреждения развития осложнений и рецидивов заболевания [2-5, 8, 9, 10].

Методы исследования. Под нашим наблюдением находился 161 больной, лечившийся амбулаторно на базе:

- Медицинского центра «Экомед» (Лицензия МОЗ Украины серия АВ № 53911 от 25 марта 2010 г.);

- Медицинского центра «ДНК» (Лицензия МОЗ Украины серия АВ № 526240 от 11 февраля 2010 г.).

Была выявлена следующая патогенная микрофлора:

- трихомонады – у 119 (73,9 %) больных;
- хламидиоз – у 116 (72,1 %);
- микоплазмоз – у 87 (54 %);
- уреоплазмоз – у 74 (46 %);
- гарднереллез – у 40 (24,8 %) больных.

Помимо этого, в данной группе у 123 (77,2 %) больных была бессимптомная вирусная инфекция:

- вирус простого герпеса 1 и 2 типа – у 118 (95,9 %) больных;

- цитомегаловирус – у 19 (15,45 %);
- вирус Эпштейн–Барр – у 8 (6,5 %) больных.

Патологический процесс мочеполовых органов, обусловленный четырьмя инфекциями (трихомонады, хламидии, микоплазмы и вирусы) диагностирован у 74 (46 %) больных, а хламидии, микоплазмы, гарднереллы и вирусы были выявлены еще у 41 (25,4 %). Кроме того, у 46 (28,6 %) больных наблюдался симбиоз простейших с бактериями и вирусами. Таким образом, четырехкомпонентные ассоциации урогенитальных инфекций составили 115 (71,4 %) наблюдаемых больных.

По характеру проведенного лечения все наблюдаемые больные (161 пациент) были разделены на три репрезентативные и сравнимые группы:

- в группу контроля (1 группа) вошли 23 (14,3 %) больных, которым проводилась стандартизованная медикаментозная терапия по схемам клинических протоколов [6-9];

- в группу сравнения (2 группа) вошли 53 (32,9 %) больных, которым кроме традиционной терапии по разработанной схеме вводились противопаразитарные препараты (альбендазол и мебендазол), а для купирования активации вирусной инфекции назначались местно свечи «Виферон» или «Генферон»;

- в основную группу больных в состав комплексной терапии вошли разработанные нами методы общей и местной озонотерапии.

Результаты исследования. Распределение всех наблюдаемых больных по возрасту, полу и семейному положению представлено в Табл. 1. Установлено, что во всех клинических группах большинство (до 87 %) больных были в возрасте наибольшей социально-экономической и сексуальной активности. Гендерное распределение свидетельствовало, что мужчин во всех трех сравниваемых группах было от 56,5 % до 66 %, а женщин – от 34 % до 43,5 %; при этом в браке состояли 54 (33,5 %) пациентов, разведенных было 33 (20,5 %) и не состоящих в браке – 74 (46 %) пациентов.

По социальному положению пациенты распределились следующим образом:

- учащиеся и студенты – 64 (39,8 %);
- служащие – 35 (21,7 %);
- предприниматели – 45 (27,9 %);
- рабочие – 12 (7,5 %);
- безработные – 5 (3,1 %).

Данные в трех клинических группах, как явствует из Табл. 2, были сопоставимы по количеству и виду микст-ассоциативной инфицированности (т. е. лишь объем и характер прово-

димого лечения были различными).

Проведенное углубленное изучение анамнеза, дополнительное обследование и консультации врачей других специальностей позволили выявить сопутствующую патологию у обследованных больных (Табл. 3). Во всех трёх клинических группах наиболее часто отмечались:

- простудные заболевания верхних дыхательных путей (от 60,9 % до 75,3 %);
- детские инфекции (от 39,1 % до 45,3 %);
- заболевания желудочно-кишечного тракта (от 30,2 % до 31,8 %);
- гнойно-воспалительные заболевания (от 17,4 % до 22,4 %).

В то же время существенных различий в частоте перенесенных заболеваний во всех трёх клинических группах не выявлено, что также указывает на однородность подбора больных.

Основными жалобами были:

- у больных мужского пола:

- 1) дискомфорт и зуд в уретре – у 76 (75,2 %) больных;
- 2) периодическая боль в паховых областях и мошонке – у 34 (33,7 %);
- 3) ноющие боли в промежности – у 27 (26,7 %);

Таблица 1 - Распределение больных урогенитальной микст-инфекцией по возрасту, полу и семейному положению

Показатели в сравниваемых группах		Вид и характер проведенного лечения			
		Группа контроля 1 группа, n=23	Группа сравнения 2 группа, n=53	Основная группа 3 группа, n=85	Всего
Возраст больных	18–29 лет	15 (65,2 %)	34 (64,2 %)	54 (63,5 %)	103 (64 %)
	30–39 лет	5 (21,8 %)	12 (22,6 %)	20 (23,5 %)	37 (23 %)
	40–59 лет	3 (13 %)	7 (13,2 %)	11 (13 %)	21 (13 %)
Половая принад- лежность	Мужчины	13 (56,5 %)	35 (66 %)	53 (62,4 %)	101 (62,7 %)
	Женщины	10 (43,5 %)	18 (34 %)	32 (37,6 %)	60 (37,3 %)
Семейное положе- ние	Состоящие в браке (27 семейных пар)	8 (34,8 %)	18 (34 %)	28 (33 %)	54 (33,5 %)
	Разведённые	5 (21,7 %)	11 (20,8 %)	17 (20 %)	33 (20,5 %)
	Не состоящие в браке	10 (43,5 %)	24 (45,2 %)	40 (47 %)	74 (46 %)
ИТОГО		23 (100 %)	53 (100 %)	85 (100 %)	161 (100 %)

Таблица 2 - Вид протозойно-микробно-вирусных ассоциаций и объем проведенного лечения

Вид микст-ассоциации	Количество лечившихся больных			Всего
	Традиционно- стандартизованное лечение 1 группа	Дополнительно иммунотерапия и усилители про- тивопротозойной терапии 2 группа	Дополнительно озонотерапия 3 группа	
Трихомонады, хламидии, уреоплазмы, вирусы	11 (47,8%)	24 (45,3%)	39 (45,9%)	74 (46%)
Хламидии, микоплазмы, гарднереллы, вирусы	6 (26,1%)	13 (24,5%)	22 (25,9%)	41 (25,5%)
Трихомонады, микоплазмы, вирусы	6 (26,1%)	16 (30,2%)	24 (28,2%)	46 (28,5%)
ИТОГО	23 (100%)	53 (100%)	85 (100%)	161 (100%)

Таблица 3 - Перенесенные и сопутствующие заболевания у пролеченных больных урогенитальной микст-инфекцией

Заболевания	Количество больных с микст-инфекцией					
	Перенесенные болезни			Сопутствующие заболевания		
	1 группа	2 группа	3 группа	1 группа	2 группа	3 группа
Желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит, панкреатит, колит)	7 (30,4 %)	16 (30,2 %)	27 (31,8 %)	5 (21,7 %)	12 (22,6 %)	18 (21,2 %)
Гнойно-воспалительные (аппендицит, фурункулез, отит)	4 (17,4 %)	11 (20,8 %)	19 (22,4 %)	1 (4,4 %)	1 (1,89 %)	2 (2,4 %)
Гинекологические (аднексит, нарушения менструального цикла, бесплодие, фибромиома)	2 (8,7 %)	4 (7,6 %)	8 (9,4 %)	2 (8,7 %)	4 (7,6 %)	7 (8,2 %)
Урологические (цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит, простатит, аденома)	1 (4,4 %)	2 (3,8 %)	5 (5,9 %)	1 (4,4 %)	4 (7,6 %)	6 (7,1 %)
Дыхательной системы (бронхиты, пневмония, бронхиальная астма, грипп, ОРЗ)	14 (60,9 %)	37 (69,8 %)	64 (75,3 %)	1 (4,4 %)	2 (3,8 %)	3 (3,5 %)
Сердечно-сосудистой системы (ИБС, стенокардия, гипертоническая болезнь)	1 (4,4 %)	2 (3,8 %)	2 (2,4 %)	1 (4,4 %)	1 (1,9 %)	3 (3,5 %)
Детские инфекции	9 (39,1 %)	24 (45,3 %)	36 (42,4 %)	–	–	–
Кожные (микозы, угри, пиодермии)	3 (13 %)	6 (11,3 %)	11 (12,9 %)	1 (4,4 %)	3 (5,7 %)	6 (7,1 %)

4) тупые, усиливающиеся в положении сидя, боли в пояснично-крестцовой области – у 28 (27,7%);

- у больных женского пола:

1) различные по цвету и количеству выделения из половых органов – у всех 60 (100 %) больных; выделения с неприятным запахом – у 19 (31,7 %); в большинстве случаев выделения из половых органов были скудными и имели слизистый характер – у 27 (45%) или слизисто-гнойный характер – у 32 (53,3%) больных;

2) болезненность внизу живота – у 8 (30 %);

3) чувство дискомфорта – у 7 (11,7 %);

4) зуд кожи и слизистых половых органов – у 16 (26,7%);

5) жжение – у 9 (15%);

6) дизурические расстройства – у 6 (10 %) больных.

Большинство пациенток имели комбинацию двух и более жалоб.

Рутинные лабораторные тесты при урогенитальной микст-инфекции существенно не изменялись. Лишь при осложнении основной патологии при активации сапрофитирующей неспецифической микрофлоры в ряде случаев отмечались:

- умеренный нейтрофильный лейкоцитоз (лейкоциты до $8,6 \pm 1,2 \times 10^9$ л с увеличением палочкоядерных до $6,5 \pm 1,0$ % и СОЭ – до $16 \pm 1,2$ мм/ч);

- терминальная лейкоцитурия (до 12 ± 2 п/зр) с увеличением выделения слизи и умеренной бактериурией.

Количество лейкоцитов в анализах мочи по Нечипоренко в среднем достигало 6000 ± 1000 в 1 мл. Умеренные изменения биохимических тестов крови отмечены лишь у больных с сопутствующей патологией, указывая на ее выраженность. Во время обострений у отдельных больных зарегистрированы повышение в крови:

- мочевины – до 9,4 ммоль/л;

- креатинина – до 160 мкмоль/л,

а также активности органоспецифических ферментов:

- аспаргат-аминотрансферазы (АСТ) – до $1,02 \pm 0,23$ мкмоль/(ч.мл),

- аланин-аминотрансферазы (АЛТ) – до $0,98 \pm 0,16$ мкмоль / (ч. мл);

- щелочной фосфатазы (ЩФ) – до $4,61 \pm 0,94$ мккат/л.

У данного ограниченного контингента больных отмечено также повышение в плазме крови показателей углеводного обмена:

- фосфофруктокиназы (ФФК) – до $14,26 \pm 1,2$ мкмоль / г белка;

- альдолазы (АД) – до $3,67 \pm 0,46$ ЕД/мл;

- гексокиназы (ГК) – до $14,6 \pm 1,32$ ЕД/мл, – что учитывалось при проведении комплексной терапии.

Диагностические лабораторные методы на маркеры урогенитальных инфекций выполнялись повторно, что позволяло провести как первичную диагностику урогенитальной смешанной инфекции, так и определить элиминацию инфекционных агентов в ближайший срок

(через 2 недели) и в отдаленный срок (через 7-8 недель) после окончания лечения.

Помимо лабораторно-клинической оценки больным выполнялись инструментальные методы диагностики – уретроскопия, кольпоскопия и ультразвуковое исследование мочеполювых органов.

Уретроскопически у мужчин выявлены:

- ограниченные зоны отечности и гиперемии с щелевидными углублениями темно-красного цвета и грубыми складками – у 29 (28,7 %);

- бледно-серая тусклая слизистая с грубыми складками и формированием рубцовых сужений уретры на уровне ее стволового отдела – у 7 (6,9 %).

Кольпоскопическое исследование, выполненное при гинекологическом обследовании всех 60 наблюдаемых совместно с гинекологом женщин, позволило диагностировать:

- экзоцервицит – у 28 (46,7 %);

- эндоцервицит – у всех обследованных;

- ретенционные кисты с перифокальным воспалением (наботовые кисты или закрытые железы) – у 10 (16,7 %);

- истинную эрозию шейки матки - у трёх (5 %) обследованных женщин;

кольпоскопические данные позволяли судить о степени воспалительного повреждения эпителия и желез шейки матки.

Ультразвуковое исследование мочеполювых органов у мужчин включало морфологическую оценку состояния кавернозных и пещеристого тел, предстательной железы и органов мошонки:

- ограниченные фиброзные изменения кавернозных тел обнаружены лишь у трёх (2,97 %) больных;

- фиброзно-ретенционные изменения в яичках и особенно в придатках – еще у 9 (8,9 %).

Трансабдоминальное ультразвуковое исследование предстательной железы, проведенное всем обследованным мужчинам, выявило:

- асимметричность за счет отёчности и фиброзно-фолликулярных изменений (в основном в правой доле) – у 27 (26,7 %) больных;

- зоны повышенной эхогенности (чаще отмеченные в центральной части железы с образованием кальцификатов) – у 21-20,8 % обследованных.

Практически у всех мужчин, страдающих урогенитальной микст-инфекцией, при ультразвуковом исследовании простаты отмечена диффузно-неоднородная эхогенность с чередованием зон повышенной и сниженной эхогенности без четких границ.

У женщин выполнялось ультразвуковое исследование органов малого таза:

- обзорное полипозиционное трансабдоминальное с наполненным мочевым пузырем – в 100 % случаев;

- трансвагинальное (для уточнения степени деформации маточных труб и яичников) – у 28 (46,7 %).

Наиболее часто выявлен:

- сальпингоофорит – у 22 (36,7 %);

- аднексит – у 14 (23,3 %),

а также установлены:

- поликистозная дегенерация яичников – у трёх (5 %);

- эндометриоз – у четырёх (6,7%) женщин.

Таким образом, при окончательном топическом и функциональном анализе инфекционно-воспалительных поражений мочеполювых органов у 101 мужчины и 60 женщин протозойно-микробно-вирусной этиологии выявлены следующие закономерности (Табл. 4):

- наиболее часто у данной категории мужчин встречается хронический простатит и неспецифический уретрит, а также баланопостит, по поводу которых они неоднократно лечились у урологов, андрологов и дерматовенерологов; более 60 % (61 больной) отмечали бесплодный брак на протяжении 2-3 лет при желании иметь детей и выявленных нарушениях сперматогенеза;

- у женщин, заразившихся сочетанной урогенитальной инфекцией, отмечается многоочаговость поражения органов малого таза; при этом наиболее часто вовлекаются цервикальный канал и шейка матки с распространением воспалительного процесса как минимум на две топографические области:

1) цервикальный канал;

2) слизистую оболочку влагалища и уретры.

Всё это приводило у 14 (23,3 %) женщин к нарушениям менструального цикла с усилением болезненности внизу живота. Практически все (95 %) женщины по данным акушерско-гинекологического анамнеза страдали гинекологическими заболеваниями и лечились у

Таблица 4 - Клинический диагноз поражений у больных, страдающих от урогенитальной микст-инфекции

Заболевания	Количество больных	
	Абс. число	%
Мужчины		
Баланопостит, кавернит	24	3,8
Неспецифические уретриты	41	40,6
Хронический простатит	52	51,5
Орхоэпидидимит, патология яичек	19	18,8
Хронический цистит и пиелонефрит	13	12,9
Бесплодный брак	61	60,4
Женщины		
Уретрит, кольпит, эндоцервицит	18	30,0
Эндоцервицит, кольпит	10	16,7
Эндоцервицит, кольпит, эктопия шейки матки	11	18,3
Эндоцервицит, кольпит, сальпингоофорит	16	26,7
Кольпит, эндоцервицит, аднексит	15	25,0
Хронический цистит и пиелонефрит	17	28,3
Бесплодный брак	18	30,0

врачей-гинекологов, 18 (30%) из них указывали на бесплодный брак на протяжении 2-3 лет.

Заключение. Особенности клинических проявлений микст-инфекций, передаваемых половым путем, определяются мало- или асим-

птомным длительным течением заболевания, многофокусным поражением, наличием трех или более микроорганизмов, которые поддерживают воспалительный процесс, а также наличием резидуальных явлений и осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кисина В. И. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин и их связь с инфекциями, передаваемыми половым путем. Диагностика, лечение, профилактика. Часть II / В. И. Кисина, Е. Ю. Канишева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – № 4. – С. 16-23.
2. Козин Ю. И. Возможности озонотерапии в лечении хронической протозойно-урогенитальной инфекции и ее осложнений / Ю. И. Козин, И. Э. Лукьянов // Медицинский альманах. – 2013. – № 3 (27). – С. 167-168.
3. Лукьянов И. Э. Особенности процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных с сочетанной протозойно-урогенитальной микст-инфекцией при озонотерапии / И. Э. Лукьянов, Ю. И. Козин, А. Н. Беловол // Международный медицинский журнал. – 2013. – Т. 19, № 3. – С. 56-61.
4. Мавров Г. И. Проблема трихомониаза (современные подходы к диагностике, этиотропной и патогенетической терапии) / Г. И. Мавров, И. Н. Никитенко, А. Г. Клетной // Журнал дерматологии та венерологія. – 2003. – № 2 (20). – С. 7-11.
5. Нагорный А. Е. Патоморфоз клинических проявлений при генитальном герпесе, хламидиозе и трихомонозе / А. Е. Нагорный // Дерматология та венерологія. – 2011. – № 3 (53). – С. 34-43.
6. Наказ МОЗ України № 312 від 08.05.2009 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання».
7. Клинические рекомендации по кожным и венерическим болезням / Под ред. А. А. Кубановой. – М.: Научно-практическое издание «Дерматовенерология», 2008. – 297 с.
8. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guideline // MMWR. - 2010. - Vol. 59, No. RR-12. - 116 p.
9. European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge / J. Sherrard, G. Donders, D. White, J. Skov-Jensen // Int. J. STD / AIDP. – 2011. – Vol. 22, No.8. – P. 42-49.
10. Schwebke J. R. Trichomoniasis / J. R. Schwebke, D. Burgess // Clin. Microbiol. Rev. – 2004. – Vol. 17, No. 4. – P. 794-803.
11. Trichomoniasis: clinical manifestations, diagnosis and management / H. Swygard, A. C. Sena, M. M. Hobbs et al. // Sex. Transm. Infect. – 2004. – Vol. 80, No. 2. – P. 91-95.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА І КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА УРОГЕНІТАЛЬНУ МІКСТ-ІНФЕКЦІЮ

Мавров Г. І., Лук'янов І. Е.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»
Харківська медична академія післядипломної освіти
МОЗ України

Комунальний заклад охорони здоров'я «Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер № 1»
(Харківська обл.)

Зроблено вивчення клінічних особливостей хронічної венеричної уrogenітальної микст-інфекції для подальшої розробки нових засобів ефективної санації організму, скорочення тривалості лікування, попередження розвитку ускладнень і рецидивів захворювання. Встановлено, що микст-інфекції відрізняються мало- або асимптомним тривалим перебігом, багатофокусним ураженням, наявністю трьох або більше мікроорганізмів, які підтримують запальний процес, а також наявністю ускладнень.

Ключові слова: Уrogenітальні микст-інфекції, клініка, перебіг, ускладнення, озонотерапія, бензimidазолі.

MEDICO-SOCIAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH UROGENITAL MIXED INFECTION

Mavrov G. I., Lukyanov I. E.

"Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine" SE
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education
MHP of Ukraine

Public health establishment "Regional dermatovenereologic dispensary No 1" (Kharkiv region)

A study of the clinical features of chronic venereal urogenital mixed infections was undertaken for further development of new methods of effective rehabilitation, reducing the duration of treatment, prevention of complications and recurrence of the disease. It was found that the mixed infections showed the low- or asymptomatic prolonged course, multifocal lesion, presence of three or more microorganisms supporting the inflammatory process, and presence of complications.

Keywords: Urogenital mixed infection, clinic, manifestation, complications, ozone therapy, benzimidazoles.

Мавров Геннадий Иванович – д-р мед. наук, проф., зав. отделом изучения влияния эпидемии ВИЧ на проблему ИППП, ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», зав. кафедрой дерматовенерологии и ВИЧ / СПИД Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины.

Лукьянов Игорь Эдуардович – канд. мед. наук, врач-дерматовенеролог коммунального учреждения здравоохранения «Областной клинический кожно-венерологический диспансер № 1» (Харьковск. обл.)
E-mail: uniidiv@gmail.com