

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО МИКОПЛАЗМОЗА У ЖЕНЩИН

Магомедова А.М., Нестеров А.С., Немова И.С., Нестерова А.В.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия (432017, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42), e-mail: nesterov-alex@mail.ru

Проведено изучение особенностей клинического течения урогенитального микоплазмоза у женщин. В результате исследований выделены 38 пар (41,3%), у которых хронический урогенитальный микоплазмоз выявлен только у женщин. В связи с тем что клинические и лабораторные данные урогенитального микоплазмоза отсутствовали у половых партнеров, комплексную терапию получали только женщины. В течение 12 недель после окончания лечения проводился контроль излеченности женщин и дальнейшее обследование мужчин. Из всех мужчин, отказавшихся от лечения, у 60,5% (23 пациента) за период наблюдения были выявлены признаки хронического воспалительного процесса в предстательной железе. У 14 (36,8%) женщин диагностировали рецидивы воспалительных процессов в органах мочеполовой системы. Полученные данные о повторном инфицировании женщин после лечения свидетельствуют о том, что отрицательные клинико-лабораторные тесты по хроническому микоплазмозу у мужчин не являются свидетельством отсутствия у них инфекционного процесса. При подтверждении диагноза хронического урогенитального микоплазмоза у одного из половых партнеров необходимо обязательное лечение сексуальной пары.

Ключевые слова: урогенитальный микоплазмоз, особенности клиники, особенности диагностики и терапии.

THE ANALYSIS OF A CURRENT OF A CHRONIC UROGENITAL MYCOPLASMOSIS AT WOMEN

Magomedova A.M., Nesterov A.S., Nemova I.S., Nesterova A.V.

Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia (432017, L. Tolstoy St., 42), e-mail: nesterov-alex@mail.ru

Studying of features of a clinical current of an urogenital mycoplasmosis at women is spent. As a result of researches 38 pairs (41,3%) at which chronic urogenital mycoplasmosis are allocated is taped only at women. Because clinical and datas of laboratory of an urogenital mycoplasmosis were absent at sexual partners complex therapy received only women. Within 12 weeks after the treatment termination control health women and the further inspection of men was carried out. From all men who have refused treatment, at 60,5 % (23 patients) during observation signs of chronic inflammatory process in a prostate have been taped. At 14 (36,8%) women diagnosed relapses of inflammatory processes in organs of genitourinary system. The obtained data after treatment testifies to a repeated becoming infected of women that negative kliniko-laboratory tests on a chronic mycoplasmosis at men aren't the certificate of absence at them infectious process. At acknowledgement of the diagnosis of a chronic urogenital mycoplasmosis at one of sexual partners obligatory treatment of sex pair is necessary.

Key words: urogenital mycoplasmosis, features of clinic, feature of diagnostics and therapy.

Введение

Проблемы негонорейных заболеваний урогенитального тракта, значительное место среди которых занимают болезни, вызываемые микроорганизмами семейства микоплазм, являются одной из основных задач современной венерологии [4; 9]. Роль микоплазм в инфекционной патологии человека еще не оценена в должной мере [6]. Для некоторых видов микоплазм доказана их этиологическая роль в развитии острых и хронических заболеваний различной локализации с широким спектром осложнений [8; 10]. Значительная частота встречаемости генитальных микоплазм среди клинически здоровых женщин разного

возраста позволяет считать их комменсалами, проявляющими патогенные свойства при изменении иммунного статуса, особенно в сочетании с инфекционными патогенами [2; 7].

Наиболее сложной и противоречивой остается трактовка отрицательных клинико-лабораторных тестов у одного из половых партнеров при установленном диагнозе урогенитального микоплазмоза у другого.

Цель работы

Провести анализ течения хронического урогенитального микоплазмоза у женщин.

Материалы и методы

При выполнении работы обследованы 92 половые пары репродуктивного возраста с различной патологией мочеполовой системы. Хронический урогенитальный микоплазмоз диагностировали на основании комплекса клинико-лабораторных критериев, в соответствии со стандартами диагностики [3], разработанными в соответствии с международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра [5].

Результаты исследования

В результате исследований выделены 38 пар (41,3%), у которых хронический урогенитальный микоплазмоз выявлен только у женщин. В большинстве случаев микоплазменные поражения наружных половых органов у пациенток сопровождались периодическим зудом в области мочеполовых органов. Объективные проявления были слабо выражены и кратковременны. Они проявлялись в виде скудных, слизистых скоропроходящих выделений из влагалища или мочеиспускательного канала, которые не вызывали особого беспокойства. При объективном осмотре пациенток в 68,4% случаев (26 человек) выявлен отек наружного отверстия мочеиспускательного канала и слизистой в области шейки матки. В ряде случаев выявлена гиперемия наружного зева шейки матки. У 55,3% обследованных установлены признаки эндометрита, одними из основных симптомов которого являлись нарушения менструального цикла, кровотечения, бесплодие и самопроизвольные выкидыши в анамнезе. В нескольких случаях течение микоплазмоза у женщин осложнялось циститом и сальпингитом.

В связи с тем что клинические и лабораторные данные урогенитального микоплазмоза отсутствовали у половых партнеров, они были предупреждены о необходимости превентивного курса терапии, в связи с выявлением специфического заболевания у женщин, но категорически отказались от лечения. Таким образом, комплексную терапию получали только женщины. В течение 12 недель после окончания лечения проводился контроль излеченности женщин и дальнейшее обследование мужчин. Ведение половой жизни парам рекомендовалось, в течение указанного срока, только с применением барьерных методов защиты.

Хронический урогенитальный микоплазмоз наблюдался в виде моноинфекции у 76,3% пациенток (29 человек), у остальных – 23,7% (9 женщин) он был ассоциирован с другими урогенитальными инфекциями (рис. 1).

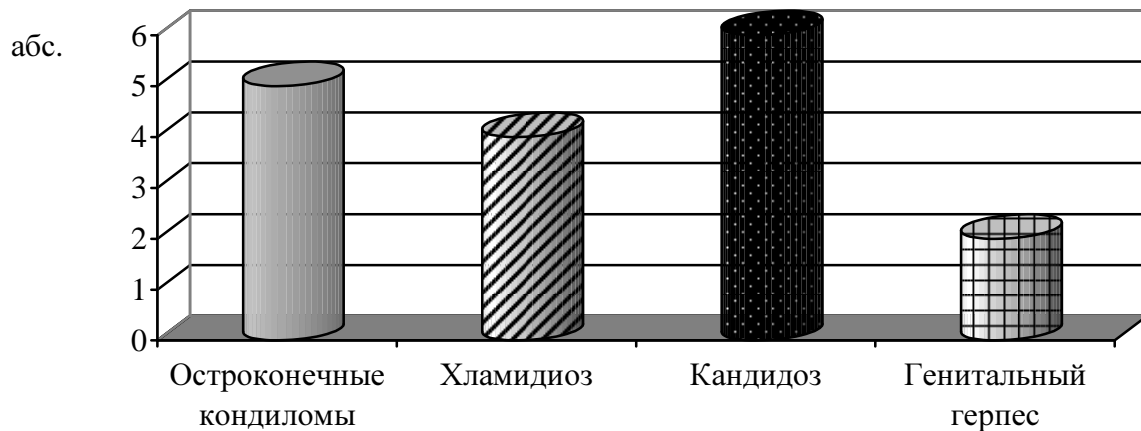


Рис. 1. Сопутствующие урогенитальные инфекции у пациенток с микоплазмозом.

При смешанной форме урогенитальный микоплазмоз протекал на фоне кандидоза генитального тракта – в 15,8%, папилломавирусной инфекции – в 13,2%, урогенитальном хламидиозе – в 10,5% и генитальном герпесе – в 5,3% случаев. Необходимо отметить, что у 4 обследуемых женщин выявлены 2 и более возбудителей одновременно.

Обращает на себя внимание тот факт, что во влагалищном содержимом было обнаружено три вида микоплазм: *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*. Однако частота их выявления колебалась от 34,2% для *M. genitalium* до 21,1% для *U. urealyticum* ($p < 0,05$) от всех выделенных штаммов микоплазм (табл. 1).

Таблица 1 – Результаты выявления микоплазм из влагалищного содержимого женщин

Инфекционные агенты	(абс.)	%
<i>Mycoplasma genitalium</i>	18	47,4
<i>Mycoplasma hominis</i>	12	31,6*
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	8	21,1*

* – достоверность различий между группами.

К 12-й неделе после окончания лечения у 29 (76,3%) женщин отсутствовали признаки воспалительного процесса в органах мочеполовой системы.

Из всех мужчин, отказавшихся от лечения, у 60,5% (23 пациента) за период наблюдения были выявлены признаки хронического воспалительного процесса в предстательной железе. Причем у 5 – однократно, в конце 12-й недели, обнаружены *M.*

genitalium в количестве менее 10 тыс. КОЕ/мл., а у 2 – в количестве >10 тыс. КОЕ/мл. В течение последующих 12 недель проводили дальнейшее обследование пар. У 14 женщин (36,8%) при этом диагностировали рецидивы воспалительных процессов в органах мочеполовой системы.

Полученные данные о повторном инфицировании женщин после лечения свидетельствуют о том, что отрицательные клинико-лабораторные тесты по хроническому микоплазмозу у мужчин не являются свидетельством отсутствия у них инфекционного процесса. Отрицательные лабораторные тесты у мужчин можно объяснить тем, что забор первичного материала у них для лабораторного подтверждения диагноза осуществлялся из уретры. Это возможно из-за механического удаления мочой и эякулятом микроорганизмов, ограничения инфекции очагами фиброза, выраженной десквамации пораженного эпителия. Вышеуказанное подтверждается работами ряда авторов на примере хламидийной инфекции о более частом обнаружении патогена в вагине и цервикальном канале женщин, по сравнению с частотой их выявления в уретре [1]. Высокая вероятность обнаружения микоплазм у мужчин существует только в случае острой инфекции. Отрицательный результат исследования материала из уретры и секрета простаты не может гарантировать отсутствие возбудителей инфекций, передающихся преимущественно половым путем в организме мужчины.

Выводы

1. При обследовании сексуальных пар при хроническом урогенитальном микоплазмозе (*M. hominis* и *M. genitalium*) возбудители намного чаще обнаруживаются в половых путях у женщин, чем у мужчин.
2. При постановке диагноза хронического урогенитального микоплазмоза у половых пар, продолжительно ведущих регулярную половую жизнь, в первую очередь необходимо проводить диагностику и принимать во внимание результаты лабораторного исследования у женщин.
3. При подтверждении диагноза хронического урогенитального микоплазмоза у одного из половых партнеров необходимо обязательное лечение сексуальной пары. Если лечение по каким-либо причинам не проводится, то рекомендуется ведение половой жизни пары с применением барьерных методов контрацепции.

Список литературы

1. Баткаев Э.А., Рюмин Д.В., Топоровский Л.М., Урпин М.В. Терапевтическая эффективность препарата Иммуномакс при комплексном лечении урогенитального хламидиоза, осложненного хроническим простатитом в стадии обострения // Вестник последипломного медицинского образования. – 2005. – № 1. – С. 56-59.
2. Гасанова Т.А. Микробиоценозы при воспалительных заболеваниях репродуктивных органов женщин и перинатальной патологии : дис. ... д-ра биол. наук. – Саратов, 2005. – 282 с.
3. Дерматовенерология, 2010 / [под ред. А.А. Кубановой]. – М. : ДЭКС-Пресс, 2010. – 428 с.
4. Исаенко Т.П., Бибичева Т.В., Силина Л.В. Гепон в комплексной терапии урогенитальной мико-уреаплазменной инфекции у женщин // Вестник последипломного медицинского образования. – 2003. – № 1. – С. 51-52.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10): принята 43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения. Адаптированный вариант подготовлен в отделе медицинской демографии и международной классификации болезней НИИ социальной гигиены им. Н.А. Семашко РАМН. Введен в действие с 1 января 1999 г. приказом Минздрава РФ от 27.05.1997 № 170.
6. Раковская И.В. Микоплазмы человека и микоплазменные инфекции // Клин. лаб. диагн. – 2005. – № 2. – С. 25-32.
7. Chernov V., Gorshkov O., Chernova O. Variability of the Vaa cytoadhesin genes in clinical isolates of *Mycoplasma hominis* // New Microbiol. – 2005. – Vol. 28. – № 4. – P. 373-376.
8. Hopfe M., Henrich B. Opp A. The ecto-ATPase of *Mycoplasma hominis* induces ATP release and cell death in HeLa cells // BMC Microbiol. – 2008. – Vol. 8. – P. 55.
9. Iverson-Cabral S., Astete S., Cohen C., Totten P. *mgpB* and *mgpC* sequence diversity in *Mycoplasma genitalium* is generated by segmental reciprocal recombination with repetitive chromosomal sequences // Mol. Microbiol. – 2007. – Vol. 66. – № 1. – P. 55-73.
10. Logunov D.Y., Scheblyakov D.V., Zubkova O. et al. *Mycoplasma* infection suppresses p53, activates NF-kappaB and cooperates with oncogenic Ras in rodent fibroblast transformation // Oncogene. – 2008. – Vol. 27. – P. 4521-4531.

Работа выполнена при поддержке Минобрнауки РФ в рамках ГК 16.512.11.226 от 12.07.2011 г.

Рецензенты:

Кан Нина Ивановна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой последипломного образования и семейной медицины факультета последипломного медицинского и фармацевтического образования ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Слесарев Сергей Михайлович, доктор биологических наук, профессор кафедры общей биологии и биоэкологии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.