

УДК – 616.62 – 00.23 – 022: [579.882 + 578.825] –
092 – 07 – 036.8 – 055.2

**КЛИНИКО - МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ
ПАРАЛЛЕЛИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ
УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ГНОЙНО-
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
БАКТЕРИАЛЬНО – ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У
ЖЕНЩИН**

Воропай А.Ю.

**ГП «Институт микробиологии и иммунологии
им. И.И. Мечникова АМН Украины». Харьков
61057, ул. Пушкинская 14.**

Урогенитальный хламидиоз (УГХ), по данным литературы, весьма широко распространен в человеческой популяции, в некоторых регионах мира он носит эпидемический характер [1,2]. Специалисты – урологи, пожалуй, чаще оценивают УГХ с позиций его этиологического преваляирования среди воспалительных заболеваний урогенитального тракта. При этом их практические подходы к лечению больных противохламидиозными препаратами далеко не всегда реализуются эффективно, чаще всего все же наблюдается хронизация процесса, что особенно четко проявляется на примере клинического течения и исхода лечения циститов у женщин [3]. До 30% женщин в популяции постоянно предъявляют жалобы на эпизоды дизурии, что значительно сказывается на качестве их жизни и работоспособности [4,5].

На наш взгляд, низкая эффективность химиотерапии УГХ в отдельных случаях, обусловлена наличием сопутствующей вирусной инфекции при хроническом цистите. Прежде всего, следует обозначить особую роль герпетической инфекции, весьма распространенной в популяции людей и нередко проявляющей себя весьма агрессивно, и как фона для проявления хламидиоза и как фактора хронизации воспалительного процесса.

Вирусом простого герпеса (ВПГ -1) инфицировано более 90% населения Земли, из них 6 – 10 % взрослого населения страдает генитальным герпесом. В США сочетанная хламидийно - герпетическая инфекция приобретает характер эпидемии. В странах СНГ герпетической инфекцией страдают ежегодно около 20 млн. человек и данные эти далеко не полные [4,5]. Хламидийно - герпетическая сочетанная инфекция, без сомнения, актуальная и весьма важная проблема современного здравоохранения.

Целью исследования явилось определение степени распространенности хламидийных, герпетических и смешанных хламидийно – герпетических циститов, определение особенностей их клинического течения, а также возможностей осуществления рациональной тактики лечения, предупреждения процесса хронизации и рецидивов заболевания.

Материалы и методы. Клинически и микробиологически обследовано 632 женщины, больные хроническим циститом. Возраст больных – от 18 до 65 лет. Клинические исследования выполнены в

течение 2003 – 2007 гг. на базе Харьковской городской поликлиники № 28, микробиологические - в лабораториях Института микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова АМН Украины и ООО «Ясень». С целью определения наличия хламидийной инфекции использованы методы микроскопии и количественный метод иммунофлюоресценции, герпетической инфекции - иммунофлюоресценции (ИФ).

Результаты исследования и их анализ: С помощью бактериоскопии и ИФ хламидии выявлены у 132 больных (20, 8 %) циститом, в лейкоцитах и уротелии вирусы простого герпеса с помощью ИФ обнаружены у 204 женщин (32, 3%). Смешанная хламидийно – герпетическая инфекция подтверждена у 193 больных (30, 5 %). У остальных 103 пациенток выявлена только банальная флора мочи, эта группа нами не рассматривалась. В бакпосевах мочи преимущественно определялись: кишечная палочка, эпидермальный стафилококк, клебсиелла, фекальный энтерококк и золотистый стафилококк в концентрациях от 10^2 до 10^7 микробных тел в миллилитре.

Клинические наблюдения за пациентами данных групп подтверждают, что хламидийная и герпетическая инфекция имеет непосредственное каузальное отношение к возникновению и хронизации циститов у женщин. Хламидийные и герпетические циститы имеют тенденцию к упорному и рецидивирующему течению. Смешанная инфекция протекает тяжелее, чем хламидийная или герпетическая в отдельности [6,7].

Большинство больных предъявляли жалобы на боль в проекции мочевого пузыря, учащенное, болезненное мочеиспускание (более 8 раз в сутки), рези, чувство жжения при мочеиспускании, отхождение мутной или с примесью крови мочи. По нашим данным, что совпадает с данными других ученых [6,7], важными отличительными клиническими критериями цистита вирусной этиологии следует считать массивную макрогематурию и более тяжелое клиническое проявление.

Группа больных хроническим циститом на фоне хламидийной инфекции была разделена на следующие подгруппы (А, В, С и контроль):

I. Пациентки подгруппы А, которым наряду со стандартной терапией (антибиотики, иммуномодуляторы, спазмолитики, противовоспалительные препараты, фитотерапия), проводились инстилляций мочевого пузыря раствором декаметоксина. Инстилляций проводились 7 раз через день;

II. Во вторую подгруппу В включены пациентки с циститом на фоне хламидийной инфекции, которым кроме вышеуказанной стандартной терапии проводились инстилляций раствором мирамистина (7 инстилляций через день);

III. Третью подгруппу С составили пациентки с хроническим хламидийным циститом. Им проводилось стандартное лечение с инстилляциями раствора этония (7 инстилляций через день);

IV. Четвертая подгруппа - контрольная. Пациентки этой подгруппы получали аналогичную стандартную

терапию без инстилляций мочевого пузыря производными четвертичного аммония.

В каждой подгруппе было по 33 больных, результаты исследований вполне сопоставимы.

При оценке эффективности лечения через 1 месяц, выявлено, что из 132 пациенток клинко – микробиологическая элиминация возбудителя отмечалась у 87 больных и наилучшие результаты получены в подгруппах А и В. В подгруппе А клиническое и лабораторное выздоровление достигнуто у 24 человек (72,73±7,75)%. В подгруппе В – у 26 (78,79±7,12)%, причем этот результат был достоверно ($p < 0,05$) выше по сравнению с контрольной подгруппой (51,52±8,70)%. В подгруппе С выздоровление отмечено у 20 человек (60,61±6,51)%. Наихудшие результаты получены в контрольной подгруппе больных – выздоровление только у 17 пациенток (51,52±8,70)%. Результаты лечения больных подгрупп А и С по сравнению с результатами обследования контрольной подгруппы оказались недостоверными ($P > 0,05$).

Аналогичным образом были разделены на подгруппы пациентки с циститом на фоне герпетической инфекции:

I. Больным подгруппы А помимо противовирусной, спазмолитической и противовоспалительной терапии проводились инстилляции раствора декаметоксина.

II. Больным подгруппы В наряду с общим лечением проводилось местное лечение – инстилляции раствором мирамистина.

III. Больным подгруппы С проводилось общее лечение вместе с инстилляциями этония.

IV. Контрольная подгруппа. Больные получали только общее лечение.

Каждая из подгрупп включала 51 пациента.

По результатам оценки проведенного лечения через 1 месяц из 204 женщин улучшение выявлено у 132. Наилучшие результаты также получены в

подгруппах А и В. Клинко – лабораторное улучшение отмечено у 36 больных в подгруппе А (70,59±6,38)% и у 39 больных в подгруппе В (76,47±5,94)%, что достоверно выше, ($P < 0,05$), чем в контрольной подгруппе больных. В подгруппе С улучшение отмечено у 31 пациентки (60,78±6,84)%. В контрольной подгруппе клинко – лабораторное улучшение отмечено у 26 (50,98±7,00)%.

Результаты лечения в подгруппе С по сравнению с контрольной оказались недостоверными ($P > 0,05$).

Группа пациенток с циститом на фоне смешанной хламидийно – герпетической инфекции оценивалась отдельно. Больным этой группы проведено общепринятое лечение хламидийной и герпетической инфекции на фоне местного лечением четвертичными аммониевыми соединениями по вышеуказанной методике.

Больные со смешанной инфекцией также разделены на 4 подгруппы:

Первые три равнозначные подгруппы А, В, С включали по 48 пациенток в каждой. В IV контрольную подгруппу вошли 49 больных. Оценка проведенного лечения показала, что из 193 пациенток клинко – лабораторное улучшение отмечалось у 86 больных, наиболее благоприятные результаты получены в подгруппах А и В. В подгруппе А – улучшение отмечено у 22 (45,83±7,19)%, в подгруппе В – у 26 (54,17±7,19)%, в С – у 20 (41,67±7,12)%. Худшие результаты получены в контрольной подгруппе – улучшение наблюдалось у 18 человек (36,73±6,89)%. Результаты лечения в подгруппах А, В, С по сравнению с контрольной недостоверны ($P > 0,05$). В таблице 1.

Таблица. Эффективность лечения больных с хроническим циститом.

	I группа (%)	II группа (%)	III группа (%)
подгруппа А	72,73±7,75 ³	70,59±6,38 ^{к, 3}	45,83±7,19
подгруппа В	78,79±7,12 ^{к, 3}	76,47±5,94 ^{к, 3}	54,17±7,19
подгруппа С	60,61±6,51	60,78±6,84 ³	41,67±7,12
контрольная	51,52±8,70	50,98±7,00	36,73±6,89

^к - различия с контролем достоверны ($p < 0,05$)

³ - различия с 3 группой достоверны ($p < 0,05$)

Результаты и обсуждение. Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Проблема хламидийной и герпетической инфекции актуальна и широкомасштабна.

2. При обследовании женщин, страдающих хроническими рецидивирующими циститами в качестве этиологического фактора, наряду с банальной флорой необходимо учитывать возможную хламидийно – герпетическую инфекцию. В условиях урологической клиники, как правило, больные не обследуются в полном объеме. Не учитывается возможность сочетанной хламидийно – вирусной инфекции.

3. Смешанная хламидийно – герпетическая инфекция при хронических циститах протекает тяжелее и агрессивнее.

4. Оценка эффективности применения ЧАС подтверждает, что наиболее активными в отношении хламидиоза и герпеса урогенитального тракта оказались растворы мирамистина и декаметоксина. Этоний в аналогичных ситуациях оказался менее эффективным.

5. Считаем рациональным применение ЧАС в виде внутрипузырных инстилляций в комплексном лечении циститов у женщин, возникших на фоне хламидийно-герпетической инфекции на фоне общепринятой терапии.

УДК – 616.62 – 00.23 – 022: [579.882 + 578.825] – 092 – 07 – 036.8 – 055.2

КЛИНИКО - МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БАКТЕРИАЛЬНО – ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЖЕНЩИН

Воропай А.Ю.

Хламидийная и герпетическая инфекция урогенитального тракта весьма актуальна в наше время. В клинике урогенитальному хламидиозу очень часто сопутствует генитальный герпес. Хламидийно – герпетическая микст инфекция способствуют лучшей адаптации возбудителей к внутриклеточному паразитированию и усиливает патогенные свойства и устойчивость каждого из возбудителей к антибактериальным препаратам. Это хорошо видно на примере хронических циститов, возникших на фоне хламидийно – герпетической инфекции у женщин. К сожалению, вопросы диагностики и лечения этой патологии, а также особенностей течения не разрешены до конца.

Ключевые слова: урогенитальный хламидиоз, генитальный герпес, диагностика и лечение

УДК – 616.62 – 00.23 – 022: [579.882 + 578.825] – 092 – 07 – 036.8 – 055.2

КЛІНІКО - МІКРОБІОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ ПЕРЕБІГУ ТА ІСХОДІВ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ БАКТЕРІАЛЬНО – ВИРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ЖІНОК

Воропай А.Ю.

Хламідійна та герпетична інфекція урогенітального тракту вельми актуальна. При урогенітальному хламідіозу дуже часто супутньо виявляється герпетична інфекція. Хламідійно – герпетична микст інфекція сприяє кращій адаптації збудників до внутрішньоклітинного паразитування і посилює патогенні властивості і стійкість кожного зі збудників до антибак-теріальних препаратів. Це добре видно на прикладі хронічних циститів, які виникають на тлі хламідійно – герпетичної інфекції у жінок. Нажаль питання діагностики та лікування цієї патології, а також особливості перебігу до кінця не вирішені.

Ключові слова: урогенітальному хламідіоз, герпетична інфекція., діагностики та лікування

УДК – 616.62 – 00.23 – 022: [579.882 + 578.825] – 092 – 07 – 036.8 – 055.2

CLINICAL AND MICROBIOLOGIC PARALLELS OF COURSES AND RESULTS OF UROGENITAL INFLAMMATORY PROCESSES OF BACTERIAL AND VIRUS ETIOLOGY IN WOMEN

Voropay A.Ur.

Chlamydial and herpes infection problem is very actual nowadays. Urogenital chlamydiosis is often accompanied by herpes simplex infection in clinical observation. Chlamydial and herpes mix infection makes the agents more adopted to the intracellular persistence and enhance the pathogenic abilities and resistance each of the agents to

the influence of the antibacterial substances. This is very good observed in chronic cystitis, as an example, that accrue in women with chlamydial – herpes infection. Alas, the questions of diagnostic and treatment measures and specification of course of disease are not solved properly. Key words: herpes simplex infection Urogenital chlamydiosis diagnostic and treatment

Литература:

1. Аковбян В.А. Урогенитальная хламидийная инфекция: 25 лет спустя // Гинекология. Журнал для практических врачей. -2004.- Т.6.- № 2.- С.52-54.
2. Башмакова М.А., Савичева А.М. и др. Перинатальные хламидийные инфекции. // Хламидийные инфекции. Под ред. А.А. Шаткина. М.— 1996,—С. 42—46.
3. Борисенко К.К., Алиев М.В, Современные итоги и некоторые проблемы лечения урогенитального хламидиоза. // Современные направления в диагностике и лечении урогенитального хламидиоза. Тез. докл. Сибирской науч.-практ. конф. дерматовенерологов. Новосибирск. — 1998. — С.3—4.
4. Глазкова Л.К., Полканов В.С. и др Генитальная хламидийная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, клиника и терапия.// Руковод. для врачей. Екатеринбург—1994— 90 с.
5. Дервянко И.И., Нефедова Л.М. Применение новых фторхинолонов в урологии. Урология, - 2004. - № 4. – С. 27-32.
6. Арцимович Н.Г. Иммуномодуляторы, их природа и иммунотерапевтический эффект. // Гематология и трансфузиология. -1988. № 10 – с. 37-40
7. Баткасов Э. А., Гаврилова А.В. и др. Амиксин в комплексной терапии урогенитального хламидиоза и рецидивирующего генитального герпеса. // Вестник последипломного медицинского образования. — 1998.— № 19 —С.18.