

27. Шаткин А.А., Мавров И.И. Урогенитальные хламидиозы.// Киев.-1983.
28. Шупенько Н.М., Федорич П.В., Коган Б.В., Струць С.В. Вильпрафен (джозамицин) в комплексном лечении урогенитального хламидиоза.// Дерматовенерология, косметология, сексопатология. Научно – практический журнал.-Днепропетровск.-2000.-№2 (3).- С.212-215.
29. Ridgway Geoffrey L. M.D., FRCPath, MRCP. Management of chlamydia genital infections: problems and controversies // Third european chlamydia meeting. Final program. September 11-14, 1996, Vienna, Austria, P.445-446.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Р.Ф.Айзятупов, С.В.Центило

В статье описаны взгляды на современные принципы лечения урогенитального хламидиоза.

PROBLEMS OF MODERN TREATMENT UROGENITAL CHLAMYDIOSIS

R.F.Aizyatulov, S.V.Tsentylo

In the article was described opinions about modern principles of treatment urogenital chlamydiosis

УДК 618-022:576.095.23

СОСТАВ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА У БОЛЬНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

А.Д.Дюдюн, Е.В.Кружнова, Н.Н.Полион, С.И.Бикусова, Т.Н.Нефедова
Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, нормобиоценоз, дизбактериоз, условно-патогенные микроорганизмы

Несмотря на большой арсенал и широкое применение антибактериальных препаратов, инфекционные заболевания и осложнения, обусловленные микробными агентами, как и ранее, занимают доминирующее положение в патологических состояниях человека. Среди всех бактериальных заболеваний человека, большой удельный вес представлен патологическими состояниями, которые связаны с нарушениями нормальной микробиоты организма. Одним из примеров указанных состояний может служить развитие влагалищных дисбиозов у женщин. Чаще всего подобные состояния возникают при бакте-

риальном вагинозе. Бактериальный вагиноз (БВ), вместе с трихомонозом и кандидозом, относится к одной из ведущих причин патологических выделений у женщин детородного возраста. Так у 95% женщин с жалобами на длительные и обильные выделения из влагалища диагностируется бактериальный вагиноз [1, 2, 6]. Бактериальный вагиноз представляет собой постоянное накопление и сохранение высоких концентраций условно-патогенных микроорганизмов. БВ является фактором риска развития серьезных патологических акушерско-гинекологических состояний. Отмечена прямая связь БВ с неблагоприятными результатами беременности, а также послеродового эндометрита, который у рожениц с БВ увеличивается в 3 и больше раз. В случаях проник-

новения и размножения условно-патогенных микробов в околоплодных водах, где в большом количестве накапливаются фосфолипазы микробного происхождения, запуская синтез простагландинов F2 β , и E2 из тканевых фосфолипидов амниоального эпителия, что приводит к непроизвольным выкидышам и преждевременным родам [1, 4]. Кроме того, на фоне БВ из-за развивающейся тканевой гипоксии и высоких показателей рН влагалищного секрета резко увеличивается риск заражения ИППП. У больных БВ происходит активация латентной вирусной инфекции, что весьма опасно во время беременности. Анкирская А.С. с соавторами указывают на эпидемическую связь БВ с неопластическими процессами шейки матки [1, 5].

Многие неясные вопросы этиологии и патогенеза БВ, создают определенные трудности при установлении диагноза и проведении лечения. Порой очень сложно и иногда невозможно, дифференцировать причину возникновения заболевания, от его следствий. Это обусловлено тем, что возникновение и развитие патологического процесса является совокупностью множества составляющих, значительная часть из которых до конца не изучены [3, 4, 6]. Совокупность клинико-лабораторных данных, подробное изучение анамнеза, исключение наличия, безусловно - патогенных возбудителей, которые вызывают заболевание органов мочеполовой системы, сопоставление состава микробиоты у больных, учет периода менструального цикла женщин, обеспечивает достоверную диагностику и в дальнейшем успешное лечение больных с указанным патологическим состоянием [4, 6].

Нарушение количественных соотношений в микробиоценозе влагалища является важнейшим фактором клинических проявлений БВ. При этом степень нарушения микробиоты может касаться как видового состава, так и количественного уровня каждого из множества существующих видов [1, 4, 6]. Вероятно, что количество микроорганизмов, которые имеют значение в возникновении и развитии БВ, будет

постоянно расти, а задача специалистов заключается в определении их этиологической роли в этом патологическом процессе, а также в установлении их отношений к нормальному влагалищному микробиотопу. Знание количественного и качественного состава микроорганизмов у больных БВ позволяет врачам обосновано планировать и проводить комплекс медицинских мероприятий, направленных на санацию микробных агентов и лечения больного.

Цель работы – изучить микробный состав влагалища больных БВ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 147 больных БВ. При микроскопическом исследовании биологического содержимого влагалища, нами у всех обследуемых больных были выявлены «ключевые» клетки. Положительный аминный тест установлен у 142 (96,6%) пациенток, слабopоложительный – у 5 (3,4%). Дисбактериоз влагалища у обследуемых больных характеризовался резким снижением или полным отсутствием лакто- и бифидобактерий, обильным полиморфизмом грамм – положительных, грамм - отрицательных палочек и кокковой микробиоты. Во время обследования некоторым пациенткам применялся метод ПЦР в режиме реального времени с использованием набора реагентов «Фемофлор», Россия, ЗАО «НПФ ДНК-технология», (г. Москва). Этот метод базируется на комплексной количественной оценке микробиоты методом ПЦР в режиме реального времени с проведением сравнительного анализа конкретных представителей нормо-, условно-патогенной микробиоты и общим количеством микроорганизмов с целью выявления степени микробного дисбаланса и определения этиологической роли каждого конкретного микроорганизма в развитии патологического состояния.

Результаты исследования и их обсуждение. Используемый метод ПЦР с применением набора реагентов «Фемофлор» позволил в короткие сроки объективно оценить качественный и количественный состав микробиоты, дифферен-

цировать состояния физиологического равновесия и дисбаланса, оптимизировать и индивидуализировать врачебную терапевтическую тактику, а также провести мониторинг эффективности проведенного лечения; определить критерии санации инфекционных агентов и прогноз заболевания.

Проведенные нами исследования позволили установить общую бактериальную массу, количество нормобиоты (*Lactobacterium spp.*), количество условно - патогенной микробиоты и факультативных аэробов в наблюдаемых больных с типированием микроорганизмов - *Enterobacteriaceae*, *Streptococcus spp* и *Staphylococcus spp*), анаэробы (*Gardnerella vaginalis* / *Prevotella bivia* / *Porphyromonas spp*; *Atopobium vaginae*; *Eubacterium spp*; *Sneathia spp* / *Leptotrichia spp* / *Fusobacterium spp*; *Megasphaera spp* / *Veilonella spp* / *Dialister spp*; *Lachnobacterium spp* / *Clostridium spp*; *Mobiluncus spp* / *Corynebacterium spp*; *Peptostreptococcus spp*); *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum*; *Candida albicans*.

Из 147 больных БВ у 105 (71,4%) установлен анаэробный вариант дисбактериоза, который был вызванный анаэробными микроорганизмами: *Gardnerella vaginalis*; *Prevotella bivia*;

Porphyromonas spp; *Atopobium vaginae*; *Eubacterium spp*; *Sneathia spp*; *Leptotrichia spp*; *Fusobacterium spp*; *Megasphaera spp*; *Veilonella spp*; *Dialister spp*; *Lachnobacterium spp*; *Clostridium spp*; *Mobiluncus spp*; *Corynebacterium spp*; *Peptostreptococcus spp*.

У 42 (28,6%) пациенток выявлен смешанный дисбаланс, который был вызван сочетанием одновременно как анаэробной, так и аэробной (*Enterobacteriaceae*, *Streptococcus spp* и *Staphylococcus spp.*) микробиоты, а также при наличии микоплазм и грибов рода кандиды, которые имели диагностически - значимое количество. Уровень условно-патогенных микроорганизмов у больных БВ, которые находились под нашим наблюдением, соответствовал у 57 (38,8%) умеренному и у 90 (61,2%) выраженному микробному дисбалансу.

Выводы. Проведенные нами исследования позволили выявить количественные и качественные изменения в составе микробиоты влагалища у больных БВ, что дают возможность, обосновано планировать и проводить комплексное индивидуальное лечение пациентов с последующим контролем эффективности проведенной терапии и диспансерного наблюдения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аглымова Д.Р., Бондаренко К.Р., Гайсина Ю.Р., Мавзютов А.Р. Акушерские и перинатальные осложнения у беременных, страдающих бактериальным вагинозом / В сб. Материалов 9 Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М., 2007. С. 7-7.
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь в гинекологии / Под редакцией В.А. Бенюка. – К.: Издат. дом «Здоровье Украины». – 2007. – 512 с.
3. Бактериальный вагиноз. Информационно-методическое письмо / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, О.Ф. Серова и др. М., 2005. 20 с.
4. Бондаренко К.Р., Хасанова Г.Ф., Аглымова Д.Р. и др. Микроэкология влагалища при дисбиозе / В сб. Материалов 9 Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М., 2007. С. 336-337.
5. Василенко Л.В., Моррисон А.В., Фролова Л.Ю. Предупреждение перинатальных осложнений у беременных с бактериальным вагинозом / Современные пути решения актуальных проблем акушерства и гинекологии. Саратов, 2005. С. 40-42.
6. Дмитриев Г.А. Лабораторная диагностика бактериальных урогенитальных инфекций. – М.: Медицинская книга, 2003.

СКЛАД МІКРОБІОТИ ПІХВИ У ХВОРИХ НА БАКТЕРІЙНИЙ ВАГІНОЗ

А.Д.Дюдюн, Е.В.Кружнова, Н.Н.Поліон, С.И.Бікусова, Т.Н.Нефедова

Наведені результати сучасного мікробіологічного обстеження хворих на бактеріальний вагіноз. Базуючись на результатах обстеження хворих встановлено ступінь та характер дисбактеріальних порушень, які є основою для планування та проведення комплексного лікування.

**COMPOSITION OF MICROBYOTY OF VAGINA
AT PATIENTS BACTERIAL VAGYNOZ**

A.D.Dyudyun, E.V.Crugnova, N.N.Polion, S.I.Bicusova, T.N.Nefedova

Resulted results of modern microbiological inspection of patients bacterial vagynoz. Being based on the results of inspection of patients a degree and character of dysbakteryal'nykh violations which are basis for planning and conducting of complex treatment is set.

УДК 616.5 [618.1 + 616.64/67]–022.7:578.827.1]–07–08–092–036.1

**СКРИНІНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ
НА ПАПІЛОМАВІРУСНУ ГЕНІТАЛЬНУ ІНФЕКЦІЮ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ
ЇЇ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ. ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА ПАПІЛОМАВІРУСНУ ГЕНІТАЛЬНУ ІНФЕКЦІЮ**

Р.Л.Степаненко

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця (м. Київ)

Ключові слова: папіломавірусна генітальна інфекція, розповсюдженість, перебіг і клінічні прояви, діагностика, лікування

На сучасному етапі в Україні зберігається напружена епідеміологічна ситуація щодо рівня захворюваності серед населення на інфекції, які передаються переважно статевим шляхом, в тому числі на папіломавірусну інфекцію. Одним з чинників відповідної ситуації є певне зниження активності органів та закладів охорони здоров'я з оперативного виявлення хворих на інфекції, які передаються статевим шляхом, зокрема при проведенні різних видів профілактичного медичного обстеження, що обумовлено рядом медико-соціальних проблем. Генітальна папіломавірусна інфекція, за даними вітчизняних та зарубіжних авторів, є нині однією з найпоширеніших із групи інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом [2, 6, 9, 11, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 24, 28].

Етіологічним чинником генітальної папіломавірусної інфекції (ПВІ) є низка

типів вірусу папіломи людини (ВПЛ). Передаються вони, як правило, під час статевих контактів із хворим або вірусоносієм через мікропошкодження епітелію (механічні, бактеріальні та інші), коли їхня глибина досягає базального шару епідермісу. ВПЛ інфікує проліферативні епітеліальні клітини базального шару епідермісу слизових оболонок шкіри і сечостатевих органів та характеризується високим ступенем тропізму до відповідного типу клітин. Інфіковані ВПЛ клітини базального шару в подальшому є постійним джерелом інфікування інших епітеліальних клітин, що проходять послідовні стадії функціонування з персистуючим вірусом. ВПЛ чинить на епітелій продуктивну або трансформівну дію. Внаслідок продуктивної дії ВПЛ виникають доброякісні новоутворення, зокрема різні види кондилом і папілом слизових оболонок та шкіри, а під час трансформівної дії – дисплазії тяжкого ступеня [8, 14, 22, 27].

Захворювання сечостатевих органів і тканин, асоційовані з ВПЛ, привертають увагу дерматовенерологів і акушерів-