

На правах рукописи

Караськова Марина Александровна

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ
И ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

14.01.10 – кожные и венерические болезни

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Новосибирск – 2012

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Позднякова Ольга Николаевна

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Зуев Андрей Викторович
(Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, профессор кафедры дерматовенерологии)

доктор медицинских наук, профессор
Кохан Муза Михайловна
(Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии, г. Екатеринбург, руководитель научного клинического отдела)

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Защита состоится «_____» марта 2012 года в _____ часов на заседании диссертационного совета при Новосибирском государственном медицинском университете (630091, Новосибирск, Красный проспект, 52; тел (383) 229-10-83)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Новосибирского государственного медицинского университета по адресу: 630091, Новосибирск, Красный проспект

Автореферат разослан «_____» _____ 2012 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

Т.Б. Решетникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Несмотря на достижения современной дерматовенерологии, воспалительные процессы нижнего отдела урогенитального тракта по-прежнему занимают первое место в структуре дерматовенерологического приема (55 % –70 %). Их последствия весьма многообразны и включают нарушения менструальной и репродуктивной функции, бесплодие, невынашивание беременности, внематочную беременность, а также общие повреждения с вовлечением в патологию других органов и систем вплоть до инвалидизации. У беременных при наличии урогенитальной патологии часто возникают внутриутробные инфекции или инфицирование плода с различными нарушениями его развития, вплоть до внутриутробных пороков или его гибели. Постоянные изменения этиологических факторов, соотношений микро- и макроорганизмов приводят к трансформации клинического течения урогенитальных инфекций и требуют изменения стандартов их терапии (Адаскевич В. П., 2004, Minkoff Н., 1983).

На современном этапе течения инфекционных процессов нижнего отдела половых путей отмечено возрастание агрессии микробов. Они приобретают способность вырабатывать целый спектр факторов патогенности, способствующих хронизации инфекции, гемолитическую, лецитиназную и другие виды активности, позволяющие преодолеть колонизационную резистентность резидентной флоры в естественных биотопах макроорганизма (Кира Е. Ф., 2001; Hill E. R., 1988). Микрофлора при воспалительных заболеваниях урогенитального тракта отличается не только полиморфизмом, но и наличием ассоциаций (Анкирская А. С., 2005; Прилепская В. Н., 2005).

Известно, что заболевания, вызванные смешанной инфекцией, имеют более длительное течение, протекают клинически тяжелее, часто рецидивируют, и на их фоне нередко возникают различные осложнения. Кроме того, если моноинфекция поддается лечению значительно легче, то при смешанной инфекции (микст-инфекции), особенно при хронизации процесса, добиться излечения без дальнейшего рецидивирования значительно труднее (Кулаков В. И., 2008).

Тяжесть любого патологического процесса зависит от индивидуальной

вариабельности взаимоотношений микро- и макроорганизма и общего иммунного и местного ответов. При изучении причин формирования пороков сердца оказалось, что бактериальная и вирусная инфекция, проникая в организм через поврежденные барьеры естественных биотопов, формирует болезни органов и систем и, заселяя кровеносное русло, может формировать пороки сердца (Яснова Л. Н., 1994). Исследования, проведенные в ФГБУ ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина показали, что присутствие инфекции в кровеносном русле имеет место у плода еще в утробе матери. Активация инфекционного процесса происходит сразу после рождения или спустя 10 – 20 и т.д. лет в виде органной патологии в зависимости от реакции организма и состояния иммунитета. Кроме этого, любой очаг хронической инфекции, в том числе и урогенитальной, может негативно повлиять на течение кардиальной патологии и осложнить послеоперационный период, поэтому их предварительная санация входит в необходимый комплекс мероприятий при предоперационной подготовке. При этом её эффективность может в значительной степени определять клиническую реабилитацию и экономический эффект хирургической коррекции сердечной патологии. Эти причины явились побудительным мотивом для изучения особенностей диагностики, клинического течения и лечения воспалительных заболеваний урогенитального тракта у кардиохирургических больных с приобретенными пороками сердца. Исследования, связанные с изучением особенностей клиники и диагностики инфекций, передаваемых половым путем, у этой категории пациентов, в доступной отечественной и зарубежной литературе немногочисленны. Изложенное выше легло в основу настоящей работы, определив ее цель и задачи.

Цель исследования. Выявить распространенность, особенности клинического течения и отдаленные последствия урогенитальных инфекций у пациентов кардиохирургического профиля и разработать обоснованную врачебную тактику диагностики и комплексной терапии, оптимизирующую течение послеоперационного периода.

Задачи исследования

1. Определить частоту и основные группы урогенитальных инфекций у

пациентов с приобретенными пороками сердца.

2. Провести сравнительный анализ течения урогенитальных инфекций у пациенток с приобретенными пороками сердца и пациенток без кардиохирургической патологии.

3. Провести ретроспективный анализ результатов обследования пациентов в различные сроки после лечения урогенитальных инфекций и дать оценку их отдаленных последствий.

4. Дать сравнительный анализ эффективности применения низкочастотного ультразвука и традиционных методов лечения у пациенток с приобретенными пороками сердца.

Научная новизна. Впервые определена частота урогенитальных инфекций у больных с кардиохирургической патологией, которая составила 23,3 %.

Выявлено, что структура и клинические проявления урогенитальных инфекций у пациенток с приобретенными пороками сердца существенно не отличаются от пациенток без кардиохирургической патологии, но характеризуются рецидивирующим длительным течением и частым развитием осложнений (псевдоэрозия шейки матки).

Установлены наиболее значимые факторы риска торпидного течения урогенитальных инфекций у пациенток с приобретенными пороками сердца и у пациенток, не имеющих кардиохирургической патологии: наличие в анамнезе гинекологических заболеваний и ИППП, двух и более родов, медицинских абортов.

Показано, что низкочастотный ультразвук, используемый в комплексной терапии урогенитального кандидоза, повышает ее эффективность и сокращает продолжительность лечения в 2,1 раза.

Практическая значимость диссертации. Результаты проведенного исследования расширили представления об особенностях течения урогенитальной инфекции у пациентов с сердечно-сосудистой патологией кардиохирургического профиля, способствовали улучшению диагностики и адекватной санации на этапе предоперационной подготовки для снижения риска развития послеоперационных осложнений, связанных с имеющимися

хроническими очагами воспаления мочеполовой системы.

Обоснована тактика ведения, заключающаяся в том, что все пациенты из групп высокого инфекционного риска (больные кардиохирургического профиля) в предоперационном периоде должны пройти комплексное обследование на урогенитальные инфекции (бактериоскопическое, бактериологическое, цитологическое) для профилактики послеоперационных осложнений.

Показана эффективность включения в комплексную терапию урогенитального кандидоза низкочастотного ультразвука. Этот метод экономичен и прост в применении, позволяет разумно ограничить медикаментозную нагрузку, что уменьшает риск токсического действия фармакологических препаратов, что особенно актуально для больных с пороками сердца, и расширяет возможности эффективного лечения урогенитальных инфекций.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Распространенность урогенитальных инфекций среди больных с кардиохирургической патологией составляет 23,3 %.
2. Структура урогенитальной патологии у пациенток с пороками сердца существенно не отличается от контрольной группы, однако острое течение урогенитальных инфекций у них встречается реже, а рецидивы чаще.
3. Рецидивы урогенитальных инфекций и патологические роды у пациенток с кардиохирургической патологией встречаются чаще по сравнению с женщинами, не страдающими сердечно-сосудистыми заболеваниями.
4. Включение низкочастотного ультразвука в комплекс терапии урогенитальных инфекций у пациенток с приобретенными пороками сердца значительно сокращает продолжительность лечения.

Апробация материалов диссертации. Основные положения диссертации доложены на Втором Сибирском Конгрессе акушеров-гинекологов, дерматовенерологов и урологов (Новосибирск, 2009), на Втором Сибирском Съезде акушеров-гинекологов и дерматовенерологов (Новосибирск, 2011), на ежегодной конкурс-конференции студентов и молодых ученых «Авиценна» (Новосибирск, 2010).

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в клиническую практику Новосибирского научно-исследовательского института патологии кровообращения им. акад. Е.Н. Мешалкина, используются в учебном процессе Новосибирского государственного медицинского университета, на курсах послевузовского и дополнительного образования Международного Учебного центра Новосибирского научно-исследовательского института патологии кровообращения им. акад. Е.Н. Мешалкина.

Публикации результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 7 научных работ, в том числе 3 – статьи в научных рецензируемых журналах, рекомендуемых для публикаций основных результатов исследования.

Структура и объём диссертации. Диссертационная работа изложена на 120 страницах печатного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материала, методов, результатов собственного исследования и их обсуждения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 202 источника (153 отечественных и 49 зарубежных авторов). Работа иллюстрирована 10 рисунками и 17 таблицами.

Личный вклад автора. Весь материал, представленный в диссертации, получен, обработан и проанализирован лично автором.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование одобрено локальным этическим комитетом Новосибирского государственного медицинского университета.

С целью определения частоты регистрации урогенитальных инфекций у кардиохирургических больных за период с 2007 по 2011 год в клинических подразделениях ФГБУ ННИИПК им. академика Е.Н.Мешалкина Минздравсоцразвития России было обследовано 4595 кардиохирургических больных. По результатам бактериоскопического исследования у 793 (17,3 %) диагностированы урогенитальные инфекции (УГИ): урогенитальный трихомониаз (УГТ) – у 66 (1,44 %), бактериальный вагиноз (БВ) – у 627 (13,6 %), урогенитальный кандидоз (УГК) – у 100 (2,2%) пациентов. Дополнительное исследование с применением бактериологического метода позволило диагностировать УГИ еще в 276 случаях: УГТ – у 143 (51,8 %),

урогенитальный уреаплазмоз (УУ) – у 55 (19,9 %), БВ – у 53 (19,2 %), УГК – у 25 (9,1 %) больных. Таким образом, частота регистрации УГИ у больных кардиохирургического профиля составила 23,3 % (1069 пациентов).

Для анализа клинического течения уrogenитальных инфекций из этой группы пациентов было отобрано 125 (I группа) женщин с пороками сердца. Группу контроля составили 102 (II группа) пациентки с аналогичными заболеваниями без кардиохирургической патологии. Для сравнительного анализа эффективности применения низкочастотного ультразвука с традиционными методами лечения кандидоза была выделена группа, состоящая из 49 пациенток с данной патологией и ППС. Контрольную группу составили 76 женщин с аналогичными заболеваниями. Для выявления частоты носительства вируса папилломы человека (ВПЧ) было обследовано 72 пациентки с кардиальной патологией и 27 женщин контрольной группы.

Критерии включения: добровольное осведомленное согласие пациентов на участие, женский пол пациентов, наличие УГИ, подтвержденных результатами микроскопического и микробиологического исследования.

Критерии исключения: беременность и лактация, пациенты мужского пола, пациентки с выявленными венерическими заболеваниями (сифилис, гонококковая инфекция), пациенты с клиническим обострением хронических воспалительных процессов, гепатитом В и С в активной стадии, ВИЧ-инфицированные.

Схема обследования пациенток включала изучение венерологического, гинекологического и кардиологического анамнеза, клиническое обследование с использованием общепринятых методик – исследование по органам и системам, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах с забором материала для дальнейшего исследования выделений с использованием бактериоскопического и бактериологического анализов; иммуноферментный анализ (ИФА) и полимеразную цепную реакцию (ПЦР).

Использованное оснащение, оборудование и аппаратура: микроскоп Micros MC 100FXP, Carl Zeiss A1-X100, автоматическая микробиологическая системы BD Phoenix фирмы «Becton Dickinson» и полуавтоматического прибора АТВ-Expression фирмы «Bio Merieux», диагностические среды фирмы

«Диагност-мед» (г. Омск), жидкая питательная среда фирмы «Диагност-мед» (г. Омск), набор реагентов «Комби-Хлами-IgG/IgA-ДС-Tr», аппарат «ГИНЕТОН-2» (технические характеристики: частота ультразвуковых колебаний – 26,5 кГц; амплитуда ультразвуковых колебаний – 50-60 мкм.).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью стандартных статистических методов, используя пакет прикладных программ «SPSS 11.5». Сравнение уровня показателей, выражающихся непрерывными значениями, проводили после проверки нормальности распределения этих признаков по тесту Колмогорова-Смирнова. Если признак отвечал критериям нормального распределения, то использовали однофакторный дисперсионный анализ и многограновый тест Дункана. В случае, если изучаемый признак не удовлетворял критериям нормального распределения, сравнение уровня этого признака в разных группах проводилось с помощью теста Манна-Уитни для двух независимых выборок. Различия между группами по частоте встречаемости отдельных признаков проверялись с помощью таблиц сопряжённости с использованием критерия хи-квадрат по Пирсону. В случае четырёхпольных таблиц при сравнении групп применяли точный двусторонний критерий Фишера. Относительный риск (OR – odds ratio) обнаружения признака в группе вычисляли как отношение шансов (Bland J. M., Altman D.G., 2000).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При сравнении удельного веса возрастных групп пациенток с УГИ и ППС с пациентками с УГИ без ППС различий выявлено не было. При сравнении двух групп по социальному статусу выявлено, что в браке состояли 71 (56,8%) в I группе и 59 (57,8%) во II группе.

Анализ особенностей клинического течения воспалительных процессов урогенитального тракта у кардиохирургических больных показал, что чаще всего жалобы предъявлялись на обильные выделения из половых путей – $52,94 \% \pm 4,28 \%$, $54,89 \% \pm 4,31 \%$ ($P > 0,05$) соответственно у пациенток двух групп, зуд и жжение во влагалище – $55,88 \% \pm 4,26 \%$, $54,89 \% \pm 4,31 \%$ ($P > 0,05$) соответственно у пациенток двух групп. Отмечались жалобы на локальную болезненность – $10,29 \% \pm 2,61 \%$, $9,77 \% \pm 2,57 \%$ ($P > 0,05$) в двух

группах соответственно, дизурические расстройства – $22,06 \% \pm 3,56 \%$, $19,55 \% \pm 3,44 \%$ ($P > 0,05$) в двух группах соответственно. У части пациенток в I группе жалобы отсутствовали – $2,94 \% \pm 1,45 \%$ ($P > 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1

Характер жалоб пациенток

Жалобы	Группы наблюдений				
	I группа (n = 125)		II группа (n = 102)		P1
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Отсутствие жалоб	4	$2,94 \pm 1,45$	0	0	$P > 0,05$
Жалобы на обильные выделения	72	$52,94 \pm 4,28$	73	$54,89 \pm 4,31$	$P > 0,05$
Зуд и жжение во влагалище	76	$55,88 \pm 4,26$	73	$54,89 \pm 4,31$	$P > 0,05$
Дизурические расстройства	30	$22,06 \pm 3,56$	26	$19,55 \pm 3,44$	$P > 0,05$
Жалобы на локальную болезненность	14	$10,29 \pm 2,61$	13	$9,77 \pm 2,57$	$P > 0,05$

По степени распространения клинических симптомов воспалительного процесса преобладала локализация во влагалище и на шейке матки – $61,40 \% \pm 4,56 \%$, $63,97 \% \pm 4,12 \%$ ($P > 0,05$) в двух группах соответственно, распространение на влагалище и наружные половые органы – $19,85 \% \pm 3,42 \%$, $19,30 \% \pm 3,70 \%$ ($P > 0,05$) соответственно, только влагалище – $19,30 \% \pm 3,70 \%$, $16,18 \% \pm 3,16 \%$ ($P > 0,05$) соответственно. В результате анализа полученных результатов выяснилось, что у пациенток чаще встречается хроническое воспаление нижнего отдела мочеполовой системы – $98,25 \% \pm 1,23 \%$, $91,91 \% \pm 2,34 \%$ ($P < 0,05$) (табл.2).

Было проведено сравнение острого течения урогенитальной инфекции – у $1,75 \% \pm 1,23 \%$ женщин, имеющих сердечно-сосудистую патологию, и $8,09 \% \pm 2,34 \%$ у женщин без нее ($p = 0,039$). Отношение шансов обнаружить острое течение воспалительных заболеваний нижнего отдела гениталий в группе без ССП составляло 3,94 (95 % ДИ 1,03-14,94). Установлено, что острое течение УГИ у женщин, имеющих ППС, встречается реже, чем у женщин без ППС. Это может быть связано с наличием тяжелой кардиохирургической патологии, протекающей на фоне снижения как общего, так и местного

иммунитета, связанного с нарушением кровоснабжения органов малого таза при кардиальной патологии.

Таблица 2

**Течение и степень распространенности клинических симптомов
воспалительных заболеваний урогенитального тракта**

Течение и распространенность симптомов	Группа наблюдений				
	I группа (n = 125)		II группа (n = 102)		P1
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Хроническое течение	122	98,25 ± 1,23	93	91,91 ± 2,34	P > 0,05
Острое течение	3	1,75 ± 1,23	9	8,09 ± 2,34	0.039
Только влагалище	24	19,30 ± 3,70	17	16,18 ± 3,16	P > 0,05
Влагалище и шейка матки	77	61,40 ± 4,56	65	63,97 ± 4,12	P > 0,05
Влагалище и наружные половые органы	24	19,30 ± 3,70	20	19,85 ± 3,42	P > 0,05

Установлено, что УГИ, выявленная в I группе женщин, протекала в виде моноинфекции – у 71 (56,8 %), в виде микст-инфекции – у 54 (43,2 %) пациенток; во II группе в виде моноинфекции – у 57 (55,8 %), микст-инфекции – у 45 (44,1 %) пациенток (рис.1).

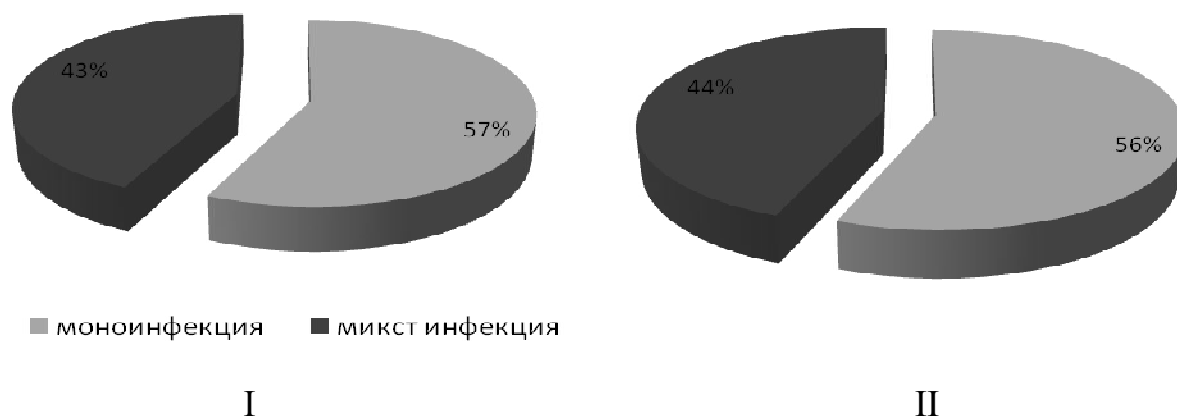


Рис. 1. Характер течения инфекции в основной (I) и контрольной группах (II)

У 19 пациенток I группы БВ был диагностирован как моноинфекция. На момент осмотра жалобы не предъявлялись, хотя клинические симптомы присутствовали (рис. 2). УТ у 22 (78,6 %) из 28 женщин протекал практически бессимптомно, у 6 (21,4 %) пациенток отмечались разнообразные жалобы.

Вагинит, цервицит и уретрит диагностированы у 21 (75,0 %), 14 (50,0 %), у 6 (21,4 %) пациенток соответственно (рис. 3). УУ в 18 случаях протекал без жалоб. Был диагностирован одновременно: вагинит и цервицит у 6 (33,3 %), вагинит и уретрит у 3 (16,7 %), изолированное поражение влагалища у 9 (50 %) пациенток (рис. 4). Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о возрастании мало- и асимптомного течения УГИ с одновременным вовлечением в воспалительный процесс нескольких локализаций мочеполовой системы у женщин в I группе.

У 11 (100 %) женщин во II группе с БВ протекающим как моноинфекция были жалобы на жжение и дискомфорт и наблюдались явления вагиноза, цервицит диагностирован у 6 (54,5 %) из них (рис. 2). У 26 (100 %) женщин УТ протекал практически бессимптомно, но отмечались жалобы на дискомфорт во влагалище, 7 (26,9 %) отмечали жжение и зуд, особенно в период второй половины менструального цикла. Вагинит, цервицит и уретрит диагностированы у 22 (84,6 %), 13 (50,0 %) и 7 (26,9 %) пациенток соответственно (рис. 3). У 16 (100 %) пациенток УУ протекал без жалоб. Был диагностирован одновременно: вагинит и цервицит у 3 (18,6 %), вагинит и уретрит у 3 (18,6 %), изолированное поражение влагалища наблюдалось у 10 (56,3 %) пациенток (рис. 4).

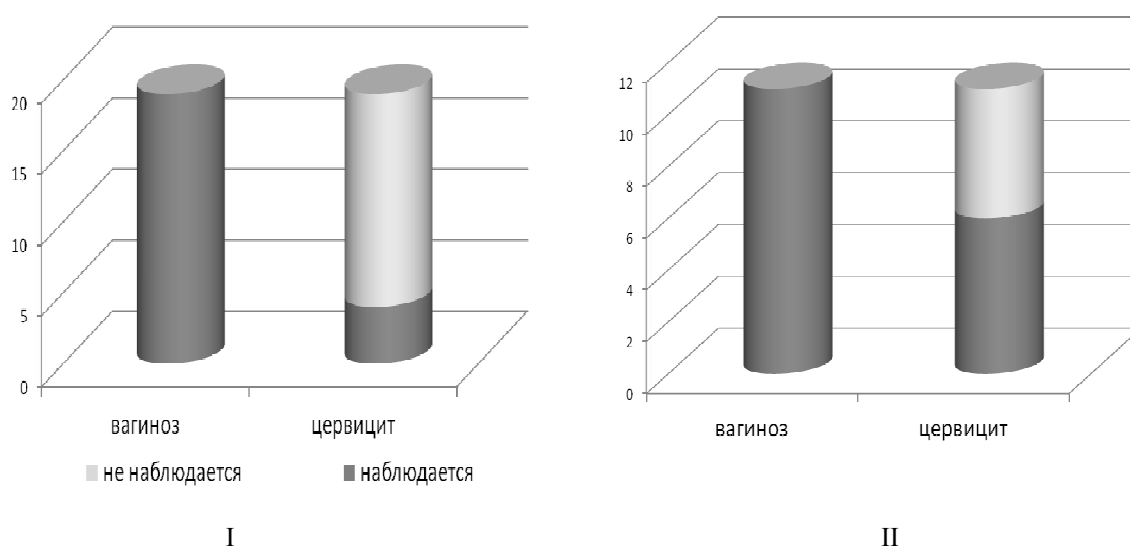


Рис. 2. Локализация бактериальной инфекции в основной (I) и контрольной группах (II)

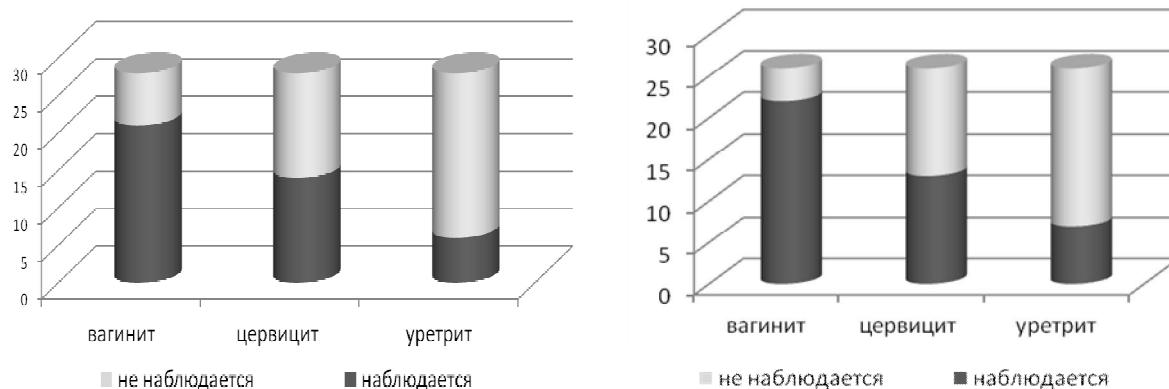


Рис. 3. Локализация урогенитального трихомониаза в основной (I) и контрольной группах (II)

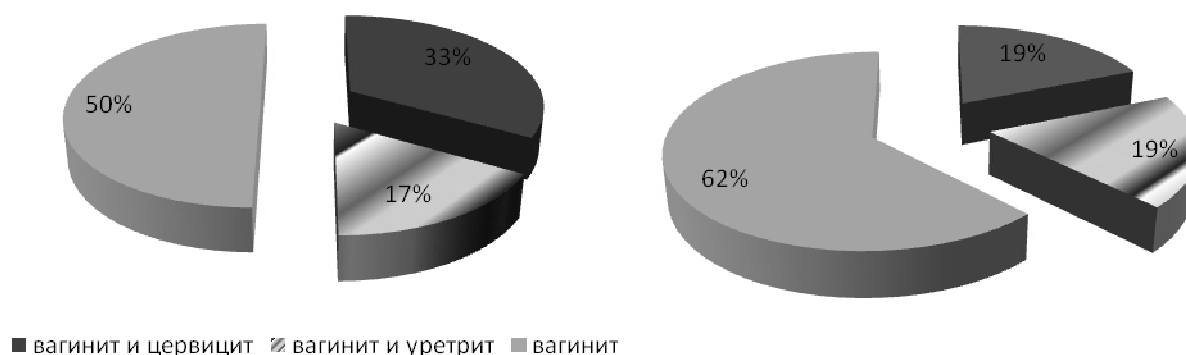


Рис. 4. Локализация урогенитального уреаплазмоза в основной (I) и контрольной группах (II)

Отдаленные результаты воспалительных заболеваний урогенитального тракта. Был проведен ретроспективный анализ 205 историй болезни пациенток в различные сроки после лечения, которые были разделены на две группы. Первую группу составили 112 женщин с ППС и вторую – 93 женщины без кардиологической патологии. Давность заболевания у всех пациенток составила от 1 до 7 лет. Как в I, так и во II группах преобладала возрастная категория 31-35 лет.

При анализе характера репродуктивной функции установлено, что большинство женщин I группы – 77 (68,75 % ± 4,38 %) имели в анамнезе 1 роды, 35 (31,25 % ± 4,38 %) – 2. Во II группе 61 женщина (65,59 % ± 4,93 %) имела в 1 роды, 32 (34,41 % ± 4,93 %) – 2 родов.

Физиологическое течение родов в I группе было у 38 (33,93 % ± 4,47 %),

патологическое – у 74 (66,07 % $\pm$ 4,47 %). Во II группе физиологическое течение родов наблюдалось у 45 (48,40 % $\pm$ 5,15 %), патологическое (наличие фетоплацентарной недостаточности, хориоамнионита, слабость родовой деятельности, преждевременные роды и пр.) у 48 (51,60 % $\pm$ 5,15 %). Выявлено достоверное различие в удельном весе патологических родов в группах ($p = 0,045$). В I группе патологическое течение родов встречалось чаще, чем во II 66,07 % vs 51,60 %.

В I группе с УГИ установлена следующая гинекологическая патология: у 39 (34,82 % $\pm$ 4,50 %) – псевдоэрозия шейки матки, у 12 (10,71 % $\pm$ 2,92 %) хронические воспалительные заболевания матки и придатков. У пациенток II группы с УГИ – псевдоэрозия шейки матки была у 20 (21,50 % $\pm$ 4,71 %), хронические воспалительные заболевания матки и придатков у 11 (11,83 % $\pm$ 3,34 %) женщин. Выявлены достоверные различия в частоте встречаемости псевдоэрозии шейки матки в группах: 34,82 % vs 21,50 % ($p = 0,044$). Отношение шансов выявить псевдоэрозию шейки матки в группе с ППС в 1,95 раза выше, чем в группе без ССП (95 % ДИ 1,04-3,66).

Рецидивы УГИ в I группе – у 108 (96,43 % $\pm$ 1,75 %) женщин, отсутствие рецидивов у 4 (3,57 % $\pm$ 1,75 %) женщин; во II группе рецидивы УГИ установлены у 79 (84,95 % $\pm$ 3,71 %) женщин, отсутствие рецидивов у 14 (15,05 $\pm$ 3,34 %) женщин ($p = 0,005$). В группе с ППС рецидивы УГИ встречаются в 4,79 раза чаще, чем в группе без ППС (95 % ДИ 1,52-15,09).

Оптимизация методов лечения УГИ у кардиохирургических больных.

Учитывая наличие тяжелой кардиохирургической патологии у женщин I группы с УГИ, протекающей на фоне снижения как общего, так и местного иммунитета, связанного с нарушением кровоснабжения органов малого таза при кардиальной патологии, а также более торпидное течение УГИ у данной категории больных, в дополнение к местному лечению был использован метод низкочастотной ультразвуковой санации влагалища с применением аппарата Гинетон-2. Данная лечебная тактика применена при хроническом рецидивирующем УГК, который был диагностирован при регистрации от 4 и более клинически выраженных эпизодов заболевания в течение 1 года.

Эффективность лечения УГК в комплексной предоперационной

подготовке оценена в двух группах: в I – 49 пациенток с кардиальной патологией, этим женщинам проводилась низкочастотная ультразвуковая санация влагалища с использованием аппарата Гинетон-2; во II – 76 пациенток с кардиальной патологией без использования Гинетона-2.

По данным анамнеза, длительность УГК варьировала от 1 года до 10 лет. Средний возраст женщин составил $43,22 \% \pm 1,27 \%$ года.

Результаты исследования показали, что УГК у женщин протекал в большинстве случаев как многоочаговое заболевание. Превалировало инфицирование одновременно двух очагов (влагалище, цервикальный канал – у 29 (59,1 %) и одновременно трех очагов (уретра, влагалище, цервикальный канал – у 16 (32,7 %)). В клинической картине рецидивирующего УГК преобладают жалобы на обильные творожистые выделения из половых путей у – 44 (89,8 %) и зуд и/или жжение в области гениталий – у 46 (94 %) больных, имеющие связь с менструальным циклом у 16 (32,7 %). Дизурические явления наблюдались в 9 (8,4%) случаях.

Анализ факторов риска развития рецидивирующего УГК показал как наличие экзогенных факторов (многократные курсы широкого спектра антибиотиков с целью лечения основного заболевания), так и эндогенные факторы (наличие тяжелой сердечно-сосудистой патологии кардиохирургического профиля).

Больным I группы было проведено комплексное лечение: сочетание антимикотического препарата системного действия флуконазол в дозе 150 мг 1 раз в 3 дня per os (всего 3 таблетки) с низкочастотной ультразвуковой санацией влагалища с использованием аппарата (Гинетон-2) через жидкую лекарственную среду (раствор хлоргексидина 100 мл). Курс лечения включал 7 процедур, на фоне антифунгальной терапии.

В группе контроля (II гр.) наряду с основным лечением проводилась санация наружных половых органов: ванночки для влагалища и шейки матки с использованием антисептических растворов без низкочастотного ультразвука. Клинический осмотр пациенток исследуемых групп проводился на 1-е, 3-и, 5-е и 7-е сутки.

Контроль излеченности (клинико-лабораторное обследование)

осуществлялся сразу после лечения, через 7 дней и через 10-14 дней перед выпиской. На 1-е сутки при визуальном осмотре наружных половых органов воспалительный процесс гениталий у пациенток I и II групп не отличался. Отек и гиперемия наружных половых органов на 1-е сутки с момента лечения отмечались у 25 (51,02 % $\pm$ 4,28 %) пациенток I группы, у 49 (64,47 % $\pm$ 4,62 %) II группы ($P > 0,05$). Обильные выделения с неприятным запахом из половых путей на 1-е сутки с момента лечения отмечались у 49 (100 % $\pm$ 100,00 %) пациентов I группы и у 76 (100 % $\pm$ 100,00 %) II группы ($P > 0,05$). Локальная болезненность наружных половых органов на 1-е сутки с момента лечения отмечались у 17 (34,69 % $\pm$ 4,08 %) пациенток I группы и у 30 (39,47 % $\pm$ 4,36 %) пациенток II группы ($P > 0,05$).

Манипуляции в области наружных половых органов в процессе лечения с применением низкочастотного ультразвука у пациенток не вызывали каких-либо болезненных ощущений. При визуальном контроле клинической картины заболевания отек и гиперемия наружных половых органов на 3-и сутки с момента лечения наблюдались у 9 (18,37 % $\pm$ 3,27 %), на 5-е сутки у 3 (6,12 % $\pm$ 2,02 %), на 7-е у 0 (0,00 % $\pm$ 0,00 %) пациенток I группы и у 35 (46,05 % $\pm$ 4,12 %), у 19 (25,00 % $\pm$ 3,00 %), у 12 (15,79 % $\pm$ 3,82 %) соответственно на 3-и, 5-е, 7-е сутки ($P < 0,05$). Обильные выделения с неприятным запахом из половых путей при визуальном осмотре в процессе лечения наблюдались на 3-и сутки у 19 (38,78 % $\pm$ 4,17 %), на 5-е сутки у 4 (8,16 % $\pm$ 2,34 %), на 7-е у 0 (0,00 % $\pm$ 0,00 %) пациенток I группы, у 50 (65,79 % $\pm$ 5,01 %), у 29 (38,16 % $\pm$ 5,11 %) и 16 (21,05 % $\pm$ 4,22 %) соответственно на 3-и, 5-е, 7-е ($P < 0,05$). Локальная болезненность наружных половых органов при визуальном осмотре в процессе лечения отмечалась на 3-и сутки у 6 (12,25 % $\pm$ 2,76 %), на 5-е сутки у 2 (4,08 % $\pm$ 1,76 %), на 7-е у 0 (0,00 % $\pm$ 0,00 %) пациенток I группы, у 23 (30,26 % $\pm$ 4,83 %), у 18 (23,68 % $\pm$ 4,46 %), у 13 (17,11 % $\pm$ 3,93 %), соответственно на 3-и, 5-е, 7-е сутки ($P < 0,05$) (табл. 3).

Достоверные различия ($P < 0,05$), полученные в результате сравнения проведенной терапии, свидетельствуют о том, что положительное влияние

низкочастотного ультразвука на течение УГИ у пациенток исследуемых групп благоприятно сказывается на их общем состоянии. У всех пациенток клиническое выздоровление было подтверждено результатами бактериоскопического и бактериологического методов исследования. Аппарат Гинетон-2 может быть использован как дополнительный метод в лечении УГИ у пациенток с ППС для повышения его эффективности.

Таблица 3

**Характеристика процессов купирования воспалительных процессов
гениталий**

Состояние наружных половых органов	Сутки с момента лечения	Группы наблюдений				Р
		I группа (п = 49)		II группа (п = 76)		
		Абс. число	%	Абс. число	%	
Отек и гиперемия половых органов	1-е	25	51,02 ± 4,28	49	64,47 ± 5,05	P > 0,05
	3-и	9	18,37 ± 3,27	35	46,05 ± 5,26	P < 0,05
	5-е	3	6,12 ± 2,02	19	25,00 ± 4,60	P < 0,05
	7-е	0	0,00 ± 0,00	12	15,79 ± 3,82	P < 0,05
Обильные выделения из половых путей с неприятным запахом	1-е	49	100 ± 100	76	100,00 ± 100	P > 0,05
	3-и	19	38,78 ± 4,17	50	65,79 ± 5,01	P < 0,05
	5-е	4	8,16 ± 2,34	29	38,16 ± 5,11	P < 0,05
	7-е	0	0,00 ± 0,00	16	21,05 ± 4,22	P < 0,05
Локальная болезненность	1-е	17	34,69 ± 4,08	30	39,47 ± 5,16	P > 0,05
	3-и	6	12,25 ± 2,76	23	30,26 ± 4,83	P < 0,05
	5-е	2	4,08 ± 1,76	18	23,68 ± 4,46	P < 0,05
	7-е	0	0,00 ± 0	13	17,11 ± 3,93	P < 0,05

Частота выявления вируса папилломы человека высокого онкогенного риска у пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Нарушения кровообращения и процессы, протекающие в организме больного с сердечно-сосудистыми заболеваниями, снижают биологические факторы защиты организма, вследствие чего происходит нарушение барьерных функций, эндозоологии человека и внедрение в организм инфекционных агентов, в том числе и вирусов. Была проведена оценка распространенности ВПЧ высокого онкогенного риска и вирусной нагрузки.

Было обследовано 99 пациенток на онкогенные типы ВПЧ, из них 72 с ССЗ и 27 без ССЗ (средний возраст 37 лет $\pm$ 2,5 лет), которые были разделены на две группы: I группа – пациентки (n = 62) с сердечно-сосудистой патологией, у которых обнаружен ВПЧ онкогенного типа (16 или 18) и II группа сравнения (n = 18) пациенток без сердечно-сосудистой патологии, у которых обнаружен ВПЧ онкогенного типа (16 или 18). Анализ распределения онкогенных типов ВПЧ (+) представленный в таблице 4 показал, что в I группе ВПЧ 16-го (+) типа выявлен у 40 (63,9 %) пациенток, ВПЧ 18-го (+) типа у 6 (10,3 %) пациенток, инфицирование двумя типами ВПЧ типов 16 (+) и 18 (+) наблюдалось у 16 (25,8 %) пациенток.

Таблица 4

Частота выявления носительства вируса папилломы человека (ВПЧ) в группе обследованных методом ПЦР женщин с ССЗ n = 62

ВПЧ	n = 62	100 %
16	40	63,9 %
18	6	10,3 %
16+18	16	25,8 %

Во II группе ВПЧ 18-го (+) типа выявлен у 5 (27,7 %) пациенток, ВПЧ 16-го (+) типа у 12 (66,7 %) пациенток, инфицирование одновременно двумя типами ВПЧ 16(+) и 18(+) у 1 (5,6 %) пациентки (табл. 5).

Таблица 5.

Частота выявления носительства вируса папилломы человека (ВПЧ) в контрольной группе (n=27)

ВПЧ	n = 18	100 %
16	12	66,7 %
18	5	27,7 %
16+18	1	5,6 %

Анализ распределения вирусной нагрузки ВПЧ (+) у пациенток I группы с ССЗ (++++) у 11 (17,7 %) и (++++) у 5 (8,1 %). Во II группе высокая вирусная нагрузка (++++) выявлена только у одной пациентки (5,6 %) (табл. 6).

Таблица 6.

Анализ распределения вирусной нагрузки у пациенток с ВПЧ в группе наблюдения (n=62) и группе сравнения (n=18)

Вирусная нагрузка	I группа наблюдения (n = 62)		II группа сравнения (n = 18)	
	Абс.	%	Абс.	%
+++	11	17,7	1	5,6
++++	5	8,1	—	—

Анализ особенностей распространенности вируса папилломы человека, повышающего в том числе и риск развития УГИ у пациенток с сердечно-сосудистой патологией, может быть использован в целевых мероприятиях по ранней диагностике рака шейки матки и профилактике персистенции вируса.

ВЫВОДЫ

1. У больных с приобретенными пороками сердца выявлена высокая частота урогенитальных инфекций: урогенитальный трихомониаз – у 41,6 %, урогенитальный уреаплазмоз – у 15,2 %, бактериальный вагиноз – у 15,2 %, урогенитальный кандидоз у – 10,4 %.

2. У пациенток с приобретенными пороками сердца с урогенитальными инфекциями жалобы, клиническая картина и состав флоры, индуцирующей патологический процесс, существенно не отличаются от больных контрольной группы без кардиохирургической патологии. Особенностью урогенитальных инфекций у пациенток с приобретенными пороками сердца является более длительное течение, частые рецидивы, высокая вирусная нагрузка, что усложняет и удлиняет лечебный процесс в сравнении с пациентками без кардиохирургической патологии.

3. Рецидивы урогенитальных инфекций у женщин с кардиохирургической патологией встречаются в 4,8 раза чаще, а псевдоэрозия шейки матки в 2 раз чаще, чем в группе женщин без кардиохирургической патологии.

4. Патологическое течение родов встречается чаще у женщин с урогенитальной инфекцией и кардиохирургической патологией (66,07 %) по сравнению с женщинами с урогенитальной инфекцией без кардиохирургической патологии (51,60 %).

5. Применение низкочастотного ультразвука в лечении урогенитальной

инфекции у пациенток с приобретенными пороками сердца способствует элиминации микробной флоры, быстрому переходу от воспалительно-дегенеративных процессов к регенеративным, сокращает продолжительность лечения в 2,1 раза с клиническим выздоровлением 96 % – 98 %.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

При наличии сердечно-сосудистой патологии у больных кардиохирургического профиля выявление УГИ с последующей их санацией должно войти в обязательный комплекс обследования и предоперационной подготовки.

Лечебная тактика относительно урогенитальных инфекций, включая инфекции, передаваемые половым путём, зависит от тяжести сердечно-сосудистого заболевания и избранной хирургической тактики. При плановой операции на сердце санацию очага хронической инфекции следует провести до оперативного вмешательства с контролем излеченности. В случае необходимости срочного оперативного вмешательства лечение необходимо провести в постоперационном периоде с рекомендациями продолжить его после выписки из кардиохирургического стационара под наблюдением специалиста соответствующего профиля (дерматовенеролога, гинеколога, уролога).

При лечении рецидивирующего вульвовагинального кандидоза у пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями на этапе подготовки к операции целесообразно использовать сочетание антимикотического препарата системного действия флюконазол в дозе 150 мг 1 раз в 3 дня per os (всего 3 таблетки) с низкочастотной ультразвуковой санацией влагалища аппаратом Гинетон-2 через жидкую лекарственную среду (раствор хлоргексидина 100 мл).

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Соколова Т.М., Караськова М.А., Фоляк Е.В., Мухамедшина В.Р. Использование эфферентных методов лечения бактериального вагиноза у пациенток с сердечно-сосудистой патологией // **Патология кровообращения и кардиохирургия.** – 2009. – №3. – С. 76-78, автора – 0,09 п.л.

2. Соколова Т.М., Караськова М.А., Фоляк Е.В., Мухамедшина В.Р. Генитальные инфекции и патология шейки матки у женщин с сердечно-

сосудистой патологией // **Патология кровообращения и кардиохирургия.** – 2009. – №4. – С. 74-77, автора – 0,13 п.л.

3. Соколова Т.М., **Караськова М.А.**, Кононова И.Н., Фоляк Е.В., Гришаева О.Н. Частота выявления вируса папилломы человека высокого онкогенного риска у пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями // **Патология кровообращения и кардиохирургия.** – 2011. – №1. – С. 71-73, автора – 0,08 п.л.

4. Соколова Т.М., Мухамедшина В.Р., Фоляк Е.В., **Караськова М.А.** Репродуктивное здоровье женщин, работающих в алмазнодобывающей промышленности по оценке медико-социальных, профессиональных и поведенческих факторов // Медицина и образование в Сибири : электронное научное издание Новосибирского государственного медицинского университета. – 2009. – № 4. – 2 с., автора – 0,06 п.л.

5. **Караськова М.А.**, Позднякова О.Н. Проблемы урогенитальных инфекций как сопутствующего заболевания у больных с пороками сердца // Здоровье молодежи – здоровье нации : материалы Второго Сибирского конгресса акушеров-гинекологов, дерматовенерологов и урологов. – Новосибирск, 2009. – С. 13, автора – 0,06 п.л.

6. **Караськова М.А.**, Позднякова О.Н. Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз у пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Второй Сибирский Съезд акушеров-гинекологов и дерматовенерологов : сборник материалов. – Новосибирск, 2011.– С. 19-20, автора – 0,13 п.л.

7. Фоляк Е.В., **Караськова М.А.** Папилломавирусная инфекция шейки матки как вариант ИППП у девушек-подростков // Авиценна-2010 : материалы ежегодной конкурс-конференции студентов и молодых ученых. – 2010. – С. 118-119, автора – 0,03 п.л.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БВ	бактериальный вагиноз
ВПЧ	вирус папилломы человека
ИБС	ишемическая болезнь сердца

ИППП	инфекции, передаваемые половым путём
ИФА	иммуноферментный анализ
ПЦР	полимерзная цепная реакция
ППС	приобретенный порок сердца
РШМ	рак шейки матки
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
УГТ	урогенитальный трихомониаз
УГХ	урогенитальный хламидиоз
УГК	урогенитальный кандидоз
УГИ	урогенитальная инфекция