

## Эпидемиологические и микробиологические аспекты неспецифических инфекционных заболеваний влагалища

А. А. Олина

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера Росздрава», г. Пермь

### Резюме

В работе представлены современные данные об этиологии неспецифических инфекционных заболеваний влагалища. Освящены актуальные вопросы учета и регистрации вульвовагинитов, отражены особенности шифровки заболеваний в соответствии с МКБ 10 пересмотра. Приведены результаты ориентировочной оценки распространенности неспецифических инфекционных заболеваний влагалища.

**Ключевые слова:** неспецифические инфекционные заболевания влагалища, вульвовагиниты.

### Введение

Инфекционные заболевания влагалища (ИЗВ) различной этиологии являются наиболее часто встречающимися в акушерско-гинекологической практике. Актуальность проблемы подтверждается несколькими фактами. Во-первых, вульвовагиниты встречаются во всех возрастных категориях женского населения: в детском и подростковом, репродуктивном возрасте и в постменопаузе. Во-вторых, в результате восходящего инфицирования возможно развитие таких осложнений, как инфекционно-воспалительные заболевания матки и придатков, и, как следствие, бесплодие. Также ИЗВ оказывают негативное влияние на течение беременности, родов и здоровье новорожденного, так как приводят к преждевременным родам, хориоамниониту, послеродовым гнойно-септическим осложнениям.

В структуре клинических форм наибольшее значение имеют три заболевания: бактериальный вагиноз (БВ), вульвовагинальный кандидоз (ВВК) и трихомониаз. Между тем данные литературы о частоте встречаемости ИЗВ существенно различаются, что в значительной степени определяется контингентом обследуемых, применением средств контрацепции, наличием экстрагенитальных заболеваний, а так же отсутствием единых подходов к терминологии, классификации и регистрации заболеваний.

**Цель исследования** — изучить этиологические особенности неспецифических инфекцион-

ных заболеваний влагалища (НИЗВ) и определить их распространенность.

### Материалы и методы исследования

Работа выполнена на базе МУЗ МСЧ №9 им. М.А. Тверье, г. Пермь и кафедры микробиологии ГОУ ВПО «ПГМА им. Е. А. Вагнера Росздрава».

Проведен анализ официальных статистических данных (форма 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»).

Распространенность инфекционных заболеваний влагалища изучали на основании сведений статистического отдела крупной женской консультации, г. Перми и данных Городского консультативно-диагностического центра пренатальной диагностики и планирования семьи за 2007 г.

### Результаты и обсуждение

Как известно, в составе нормальной микрофлоры влагалища доминируют лактобактерии (95-98%), другие аэробные и анаэробные условно-патогенные микроорганизмы составляют всего 2-5%. Однако, именно эта небольшая часть и является возбудителями НИЗВ. Вопрос о специфичности инфекционного процесса до сих пор остается дискуссионным. Так, ряд авторов относят ВВК к специфическим заболеваниям, хотя грибы рода *Candida* могут входить в состав нормальной флоры влагалища. Так же много вопросов возникает о роли уреа- и микоплазм в генезе НИЗВ.

А. А. Олина — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО «ПГМА им. Акад. Е.А. Вагнера Росздрава».

Нестеров И. М., Тотолян А. А. в практическом пособии «Иммунокорректирующая терапия инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой сферы» представляют этиологическую структуру инфекционно-воспалительных заболеваний нижнего отдела женской половой сферы (вагиниты, цервициты) [1]. Нами предлагается несколько измененный перечень микроорганизмов, которые, по нашему мнению, могут быть отнесены к возбудителям НИЗВ:

- микроаэрофильные бактерии (*Gardnerella vaginalis*);
- облигатно-анаэробные грамположительные бактерии (*Clostridium spp.*, *Propionobacterium acnes*);
- облигатно-анаэробные грамотрицательные бактерии (*Bacteroides spp.*, *Porphyromonas spp.*, *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*);
- факультативно-анаэробные грамположительные бактерии (*Corynebacterium spp.*, *Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*);
- факультативно-анаэробные грамотрицательные бактерии (*Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*);
- микоплазмы (*Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*);
- дрожжеподобные грибы рода *Candida* (*Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida crusei*, *Candida glabrata* и др.);

В отличие от ранее предложенных классификаций, учитывая результаты современных исследований [3, 5], мы относим *Mycoplasma genitalium* к патогенным микроорганизмам и, соответственно, к возбудителям специфических инфекционных заболеваний.

По данным различных авторов, НИЗВ, к которым относят бактериальный вагиноз, неспецифический вульвовагинит (НВВ) и кандидозный вульвовагинит, являются наиболее часто встречающимися среди заболеваний репродуктивной сферы. Между тем, в между-

народной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) такие заболевания, как БВ и НВВ отсутствуют. В XIV классе «Болезни мочеполовой системы», где учитываются заболевания репродуктивной сферы, нет данных и о КВВ, он отнесен к заболеваниям первого класса «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» и имеет шифр В 37.3+. Отсутствие в МКБ-10 четкой классификации относительно НИЗВ приводит к существенным различиям в показателях распространенности заболеваний.

Большие трудности возникают при шифровке и регистрации микоплазменной инфекции. В МКБ-10 сведения о ней отражены только в рубрике «Другие бактериальные инфекции» (A30-A49), которая относится к первому классу «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» (A00-B99) под шифром A 49.3. — инфекция, вызванная микоплазмой, неуточненная.

Как уже отмечалось, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* относятся к условно-патогенной микрофлоре, кроме того, повышение их численности ассоциируется с бактериальным вагинозом. В этой связи возникают сложности, как в постановке диагноза, так и в его шифровке. Нам представляется более правильной при обнаружении *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* в количестве более  $10^4$  КОЕ/мл, в сочетании с положительными клинико-лабораторными критериями БВ, постановка диагноза «бактериальный вагиноз». В случае выявления *Mycoplasma genitalium*, следует говорить о микоплазменной инфекции. Соответственно необходимо проводить подбор антибактериальной терапии: препараты метронидазола, клиндамицина — при БВ, макролиды, фторхинолоны, препараты тетрациклинового ряда — при микоплазменной инфекции.

Существующая в Российской Федерации официальная статистическая форма 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрирован-

Таблица 1. Ориентировочная доля неспецифических инфекционных заболеваний влагалища в структуре болезней мочеполовой системы, включая кандидозный вульвовагинит

Клиническая форма болезни	Шифр по МКБ	Количество случаев заболеваний	
		абс.	%
Острый вагинит и подострый и хронический вагиниты	N 76.0, N 76.1	2 258	52,5
Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках	N 77.8	18	0,4
Другие невоспалительные болезни влагалища и невоспалительная болезнь влагалища неуточненная	N 89.8, N 89.9	24	0,6
Кандидоз вульвы и влагалища	B 37.3+	2 001	46,5
Всего НИЗВ	-	4 301	43,2
Болезни мочеполовой системы, включая кандидоз	N00-N99 и B 37.3+	9 967	100

ных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», основанная на МКБ-10, учитывает лишь основную патологию репродуктивных органов, причем в комплексе с заболеваниями мочевыделительной системы (N00-N99 — болезни мочеполовой системы). Так, в возрастной группе старше 18 лет указаны только данные о таких заболеваниях, как сальпингофорит, эндометриоз, эрозия и эктропион шейки матки, расстройства менструации, женское бесплодие и нарушения менопаузы. Данные особенности регистрации НИЗВ приводят к тому, что врач, установивший диагноз, вынужден проводить его под шифром, который лишь приблизительно отражает суть заболевания. Варианты могут быть различными. При БВ может быть использована, например, подрубрика N 76.1 — «подострый или хронический вульвовагинит» или N 89.8 — «другие не воспалительные болезни влагалища». При НВВ могут быть применены такие подрубрики, как N 76 — «другие воспалительные болезни влагалища и вульвы» или N 77 — «изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках». Отсутствие четкого регламента регистрации НИЗВ не только не позволяет оценить распространенность этих заболеваний, но и не дает возможность осуществлять анализ причин их возникновения, а значит, и планировать мероприятия по нейтрализации популяционных факторов риска.

С целью оценки распространенности НИЗВ были изучены данные, представленные одной из женских консультаций г. Перми за 2007 г. Учитывали шифры, которые могут относиться к НИЗВ (табл. 1).

Результаты показали, что доля НИЗВ в сумме болезней мочеполовой сферы, включая КВВ, составляет 43,2 %. Среди них преобладает НВВ (52,5 % всех случаев) и КВВ (46,5%). Доля БВ составила лишь 1%. Возможно, что определенное количество БВ скрывается под шифрами заболеваний, учтенных как вагини-

ты. Поэтому требуется дальнейшая расшифровка истинной структуры НИЗВ, чему могут способствовать не только целенаправленные клинико-лабораторные обследования разных контингентов женщин, но и совершенствование форм учета болезней репродуктивной системы.

В Городском консультативно-диагностическом центре для учета инфекционных заболеваний репродуктивной сферы была разработана собственная форма, в которой шифры, применяемые для регистрации заболеваний строго регламентированы. За 2007 г. 34 431 пациентов посетили акушеров-гинекологов (первично и повторно), из них патология репродуктивной сферы впервые выявлена у 8071 чел. Доля инфекционных заболеваний различной этиологии составила более половины случаев — 61,0% (4927 чел.), среди них острые и хронические заболевания матки — 16,9% (834 чел.), придатков — 40,8% (2011 чел.), влагалища и шейки матки — 42,3% (2082 чел.). Нами подробно была изучена структура инфекционной патологии влагалища и шейки матки (табл. 2, 3).

Среди моноинфекций преобладали НИЗВ, которые составили 96,2%. Следует отметить, что такие специфические инфекции как, хламидийная и микоплазменная регистрировали только среди смешанных форм, структура которых представлена в табл. 3.

Доля смешанных форм составила 62,7% (1563 чел.). НИЗВ в различных сочетаниях регистрировали в 93,1% (1073 случая), при этом наиболее часто БВ — 68,6% (791 случай), преобладали ассоциации с кандидозной инфекцией (49,8%) и вирусом папилломы человека (34,5%). Второе место занимал ВВК — 56,8% (656 случаев), НВВ составил 16,7% (192 случая).

Специфические инфекционные заболевания встречались в 58,9% (679 случаев). Ассоциации микроорганизмов были различными: вирусно-бактериальные, протозойно-грибковые и др. Лидирующее положение занимала

Таблица 2. Структура инфекционной патологии влагалища и шейки матки (моноинфекции)

Нозологическая форма	Частота выявления	
	абс.	%
Моноинфекции, из них:	929	37,3
вульвовагинальный кандидоз	190	20,5
неспецифический вульвовагинит	357	38,4
бактериальных вагиноз	281	30,2
папилломавирусная инфекция	64	6,9
генитальный герпес	8	0,9
цитомегаловирусная инфекция шейки матки	14	1,5
трихомониаз	15	1,6

Таблица 3. Этиологическая структура инфекционной патологии влагалища и шейки матки (смешанные формы)

Нозологическая форма	Частота выявления	
	абс.	%
Смешанные формы, из них:	1153	62,7
БВ+ВВК	351	30,4
БВ+хламидийная инфекция	61	5,3
БВ+микоплазменная инфекция	38	3,3
БВ+папилломавирусная инфекция	246	21,3
БВ+герпетическая инфекция	52	4,5
ВВК+хламидийная инфекция	21	1,8
ВВК+микоплазменная инфекция	17	1,5
ВВК+герпетическая инфекция	18	1,6
НВВ+ВВК	123	10,8
хламидийная + микоплазменная инфекция	35	3,1
хламидийная + папилломавирусная инфекция	21	1,8
трихомоноз+ВВК	34	2,9
трихомоноз+ папилломавирусная инфекция	19	1,6
трихомоноз + герпетическая инфекция	5	0,4
НВВ+ВВК+микоплазменная инфекция	29	2,5
БВ+ВВК+микоплазменная инфекция	16	1,4
НВВ+ВВК+хламидийная инфекция	14	1,2
НВВ+ВВК+герпетическая инфекция	7	0,6
НВВ+ВВК+папилломавирусная инфекция	19	1,7
БВ+ВВК+папилломавирусная инфекция	27	2,3

папилломавирусная инфекция — 48,9% (332 случая), второе место — хламидийная инфекция — 22,4% (152 случая), третье место — микоплазменная инфекция — 17,5% (119 случаев), герпетическая инфекция — 12,1% (82 случая), трихомоноз — 8,5% (58 случаев).

Результаты проведенного исследования указывают на высокую частоту встречаемости БВ, в отличие от сведений, полученных при изучении данных регистрации НИЗВ по талонам амбулаторного пациента. Нами получена информация о преобладании смешанных форм, что еще более затрудняет регистрацию заболеваний, так как требует присвоения шифра каждому выявленному заболеванию. Отмечена большая частота встречаемости папилломавирусной инфекции, что также не предусмотрено в МКБ-10.

В отличие от данных других исследователей [2, 4], мы не выявили широкого распространения трихомоноза (8,5% в структуре смешанных форм и 1,6% — моноинфекция), что возможно связано с особенностями современного течения данной инфекции, преобладание хронических форм, мало- и асимптомное течение заболевания, а также трудностями диагностики, в связи с самолечением больных.

Таким образом, на сегодняшний день отсутствие четкой классификации вульвовагинитов, особенно шифровки заболеваний по МКБ-10 не позволяют достоверно оценить распространенность НИЗВ. Сведения о частоте встречаемости отдельных нозологических форм: бактериальный вагиноз, кандидозный вульвовагинит и др., зачастую зависят от района проведения исследования, контингента обследуемых, традиций, сложившихся на региональном уровне. Введение единых стандартов является насущной потребностью, способной обеспечить повышение качества оказания гинекологической помощи.

### Литература

1. Иммунокорректирующая терапия инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой сферы: Практическое пособие для практикующих врачей. СПб., 2007; 56с.
2. Кисина В.И. Клинические аспекты и лечение урогенитального трихомоноза препаратами группы 5-нитромидазолов. *Consilium medicum*. 2003; 5 (3): 162-164.
3. Кисина В. И., Ширшова Е. В. Инфекции, передающиеся половым путем у женщин. Существует ли связь генитальных микоплазм с патологией органов мочеполовой системы? *Consilium medicum*. 2005; 7 (7): 533-541.
4. Трихомонадный вульвовагинит: клиника, диагностика и лечение. *Consilium medicum*. 2004; 6 (7): 482-485.
5. Хрянины А. А. Нужно ли лечить генитальную микоплазменную инф.? *Consilium medicum*. 2005; 7 (1): 32-35.