

УДК 618.146.053.8-085

В.В. Цупор, С.В. Батыршина, В.Б. Цупор,  
А.Б. Бакуришвили, Г.В. Цупор**РОЛЬ ИНФЕКЦИИ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ  
У МУЖЧИН В ГЕНЕЗЕ ФОНОВЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ  
И ИХ ЛЕЧЕНИЕ**

Уральская государственная медицинская академия

Возникновение и развитие патологических состояний влагалищной части шейки матки - сложный и длительный процесс, многие стороны которого еще не изучены.

Своевременная диагностика и лечение фоновых заболеваний шейки матки являются основной формой профилактики рака шейки матки, который возникает на фоне предшествующих патологических изменений шейки [2,3,4].

Известно, что при патологии шейки матки увеличивается частота бесплодия, спонтанных абортов, преждевременных родов, инфицирования плода, осложнений в родах и послеродового периода.

В этой связи можно отметить, что проблема лечения женщин с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки не потеряла актуальность до настоящего времени.

Применение только консервативного или хирургического лечения не всегда дает желаемый результат, нередко возникают рецидивы, которые составляют до 40% по данным литературы [2,4,5,6].

Как правило, фоновые заболевания шейки матки (ФЗШМ) не имеют ярких клинических проявлений и их обнаруживают, чаще всего, при профилактических осмотрах. Такие больные нуждаются в проведении комплексного обследования, включая целенаправленное выяснение жалоб, сбор анамнеза, осмотр шейки матки в зеркалах, цитологическое исследование мазков, результаты пробы Шиллера, бимануального обследования. При выявлении факторов, подозрительных на предрак, необходима тщательная проверка. Больным проводят расширенную кольпоскопию, повторное цитологическое исследование поверхностного соскоба с шейки матки из цервикального канала, прицельную биопсию, выскабливание слизистой цервикального канала шейки матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.

До настоящего времени в литературе много спорного относительно генеза возникновения ФЗШМ и методов их лечения [2,3].

Принимая во внимание, что одной из ведущих теорий возникновения ФЗШМ является воспалительная, мы решили изучить микробный фактор супружеских партнеров и его роль в генезе этих заболеваний. Для большей объективности исследования мы изучили характер микробного фактора у супругов-партнеров в двух группах больных с ФЗШМ.

В первую группу вошли больные с ФЗШМ, имеющие на момент обследования в анамнезе и при объективном исследовании воспалительный процесс в половой системе. Во вторую группу вошли больные с

ФЗШМ, не имевшие в анамнезе воспалительных заболеваний половой системы ранее и на момент обследования не имеющие клинических признаков воспалительного процесса в гениталиях.

Под наблюдением находилось 145 женщин, страдавших ФЗШМ и 90 мужей-партнеров. ФЗШМ у женщин с воспалительными процессами в половых органах отмечено у 115 больных, а без признаков воспаления - у 30. В момент обследования больные с ФЗШМ на фоне воспалительного процесса гениталий в 72% случаев предъявляли жалобы на слизисто-гнойные выделения из влагалища, тянущие боли внизу живота, жжение в области вульвы. Во второй группе больные с ФЗШМ жалоб не предъявляли.

В результате обследования у больных выявлены следующие ФЗШМ: эндоцервикоз - у 83 больных, кондиломатоз - у 17, эндометриоз - у 19, лейкоплакия - у 14, полипы шейки матки - у 12.

При изучении характера микробной флоры влагалища и цервикального канала найдена неспецифическая микрофлора, дрожжевые грибы, трихомонады, гонококки, гарднереллы, микоплазмы, хламидии, уреаплазма. Все мужчины-партнеры проходили обследование и лечение у врача-андролога, а при необходимости, и дерматовенеролога, где проводилось уточнение характера инфекции мочеполовой системы.

При исследовании микрофлоры пациенток и их половых партнеров в первой клинической группе выявлены преимущественно гоноррине-трихомонадная и хламидийная инфекции, а также патогенная и апатогенная флора, в которой доминировали стафилококки и кишечная палочка. Другие виды микроорганизмов (стрептококки, энтерококки, эспирихи, грибы рода Сандсона) были выделены примерно одинаково. У мужчин-партнеров этой группы женщин одиночная микрофлора составила почти 85%. При обследовании женщин с ФЗШМ во второй клинической группе обращает на себя внимание то, что при отсутствии воспалительных заболеваний микрофлора была обнаружена у 24 женщин из 30. Причем выявленная микробная флора была следующей: стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, в 6 случаях хламидии и в одном уреаплазма. Существенным моментом в обеих группах больных женщин является факт микстинфекции, в частности, в первой группе у каждой второй и во второй группе у каждой третьей из обследованных пар имелось сочетание от 2 до 5 выделенных микроорганизмов. Не отмечена микробная флора лишь у 6 женщин. Отсутствие микрофлоры у этих больных можно связать с приемом антибиотиков ранее.

В процессе работы мы выявили, что при обследовании мужей-партнеров в обеих группах женщин жалобы на наличие воспалительного процесса в половой системе отмечены лишь у 7 больных, а остальные считали себя практически здоровыми. На наш взгляд, следует отметить особо тот факт, что во второй группе женщин, где отсутствовали данные воспалительного процесса в половой системе, наличие микрофлоры у партнера могло приводить к инфицированию половой системы женщины и способствовать возникновению ФЗШМ. Анализируя полученные нами данные, следует подчеркнуть, что при обследовании женщин с ФЗШМ

ФЗШМ необходимо в обязательном порядке обследовать и их супругов-партнеров, особое внимание уделять характеру микрофлоры половых путей женщины и ее мужа-партнера.

Лечение женщин с ФЗШМ мы проводили комплексно, обязательно предварительно включая курс антибактериальной терапии с учетом характера микрофлоры и ее чувствительности. Для ускорения процессов заживления ФЗШМ, улучшения трофики органов-мишеней, повышения эффективности проводимой антибактериальной терапии в комплексе лечения ФЗШМ при наличии инфекции мы включали, и успешно, эритромицинол, в частности параллельно с антибиотиками применяли Wobenzym по 3 капсулы 5 раз в течение двух недель и диклофенак растворов, сочетая это с введением свечей во влагалище.

Проведенное комплексное лечение позволило нам излечить фоновые заболевания у 138 женщин консервативно без применения традиционных и грубых методов воздействия на шейку матки.

При повторном обследовании женщин и их супругов-партнеров, прошедших комплексное лечение, рецидива ФЗШМ мы не обнаружили у 131 женщины. Лишь у 7 женщин отмечен рецидив эрозии шейки матки и наличия инфекции половой системы. Указанные больные не состояли в браке и, возможно, инфицировались от других партнеров.

В результате проведенной работы мы считаем, что в лечении ФЗШМ у женщин необходимо включать обследование и, параллельно, лечение полового партнера. В целях повышения эффективности проводимой терапии необходимо шире подключать эритромицинол, т.к. при одновременном их назначении с антибиотиками концентрация их в зоне патологического очага повышается, следовательно, ускоряется процесс выздоровления.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов И.И. Заболевания репродуктив- С.57,65-66.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - М., «Медицина», 1989. - С.278.
3. Василевская Л.Н. и др. Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки. - М., «Медицина», 1987. - С.323.
4. Краснопольский В.И. Патология влагалища и шейки матки. - М., «Медицина», 1997. - С.270.
5. Прилепская В.Н., Фокина Т.А. Фоновые заболевания шейки матки: патогенез, диагностика, лечение // Акуш. и гин. - 1990. - № 6. - С.12-15.
6. Сместник В.П., Тумилович Л.Г. Неперативная гинекология. - С-Пб, 1995. - С.155-168.
7. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Болезни, передающиеся при половых контактах. - М., «Медицина», 1985. - С.286.

А.М. Чердинченко

#### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Уральская государственная медицинская академия

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся формированием язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке, обусловленное нарушением равновесия между факторами «агрессии» и «защиты» гастродуоденальной зоны.

Язвенная болезнь – мультифакториальное (политиологическое) заболевание. В ее формировании и хронизации участвуют нервно-психические, эндокринные, наследственно-конституционные факторы, микроорганизмы, лекарственные воздействия, пищевая аллергия, нарушения режима питания и т.д.

Основным морфологическим субстратом язвенной болезни в фазе обострения является язвенный дефект слизистой оболочки и сопряженный с ним активный гастродуоденит, возможно, рефлюкс эзофагит; в фазе ремиссии – постязвенные рубцовые изменения и гастродуоденит без признаков активности воспалительного процесса.

Существует несколько классификаций язвенной болезни. Среди них заслуживает внимания генетическая классификация Rotter (1980), согласно которой следует выделять детскую язву двенадцатиперстной кишки, но в отечественной педиатрической гастроэнтерологии эта классификация распространения не получила.

По современным представлениям в детском возрасте преобладает язвенная болезнь с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке.

Наметилась тенденция к нарастанию частоты заболеваемости у девочек. В возрастной структуре язвенной болезни преобладают школьники. В последние годы увеличивается частота осложнений, среди которых на первом месте стоят кровотечения. Замечено уменьшение влияния генетического фактора, в то же время наблюдается увеличение влияния окружающей среды. Отмечен патоморфоз язвенной болезни, заключающийся в нивелировании сезонности обострения и нарастании частоты бессимптомного течения рецидивов болезни.

Язвенная болезнь с локализацией язвы в желудке у детей встречается редко. Это, как правило, стероидные язвы или язва желудка на фоне применения нестероидных противовоспалительных препаратов. Язвенная болезнь у детей различается не только по локализации язвы, но и по клинической фазе и эндоскопической стадии.

Выделяется фаза обострения; I стадия – свежая язва – длительность стадии 2-3 недели; II стадия – начало эпителизации язвенного дефекта – длительность стадии 2-3 недели; фаза стихания обострения; III стадия – заживление язвы без образования рубца, рубцово-язвенная деформация.

Фаза стихания обострения может иметь различную продолжительность от нескольких месяцев до