

Рищук С.В. Хронический урогенитальный микоплазмоз у половых пар / С.В. Рищук, Д.Ф. Костючек, А.Г. Бойцов // Вестник Санкт-Петербургской Медицинской академии им. И.И. Мечникова. – 2003. – №1-2. – С. 178-180.

ХРОНИЧЕСКИЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ МИКОПЛАЗМОЗ У ПОЛОВЫХ ПАР

С. В. Рищук, Д. Ф. Костючек, А. Г. Бойцов

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова

РЕЗЮМЕ

Обследовано 160 половых пар репродуктивного возраста с различной патологией мочеполовой системы, регулярно и продолжительно ведущие половую жизнь без барьерных методов защиты.

При обследовании сексуальных пар при хроническом урогенитальном микоплазмозе (*M. hominis* и *U. urealyticum*) возбудители намного чаще обнаруживаются в половых путях у женщин, чем у мужчин. При постановке диагноза ХУГМ у половых пар в первую очередь необходимо проводить диагностику и принимать во внимание результаты лабораторного исследования у женщин. При обследовании сексуальных пар и получении положительных клинико-лабораторных признаков по ХУГМ у женщин, наличие отрицательных качественных тестов у мужчин, их половых партнёров, в большинстве случаев не является свидетельством отсутствия их заражения. При подтверждении диагноза ХУГМ у одного из половых партнёров необходимо проводить обязательное лечение сексуальной пары.

CHRONIC UROGENITAL MYCOPLASMOSIS IN SEXUAL PAIRES

S.V. Rishchuk, D.F. Kostjuchek, A.G. Bojtsov.

Mechnikov State Medical Academy, Saint-Petersburg, Russia

ABSTRACT

160 human sexual paires which were in reproductive age, had different urogenital pathology, regularly and during long period did not use barrier methods of contraception had been examined.

At inspection sexual pairs at chronic urogenital mycoplasmosis (*M. hominis* and *U. Urealyticum*) originators are much more often found in womens genital ways at women, than in mens. At statement of diagnosis chronic urogenital mycoplasmosis (CUGM) at sexual pair in the first of all is necessary to carry out diagnostics and to consider results of laboratory followings at women. At inspection of sexual pairs and reception of positive clinical-laboratory attributes of CUGM at women,

presence negative qualitative tests at men, their sexual partners, in most cases is not the certificate of absence of their disease. At confirmation of diagnosis CUGM at one of sexual partners it is necessary to carry out obligatory treatment of sexual pair.

ВВЕДЕНИЕ

Заболеваемость хроническим урогенитальным микоплазмозом, вызываемым *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*, в последнее время неуклонно возрастает. Наиболее сложной и противоречивой остаётся трактовка отрицательных клинико-лабораторных тестов у одного из половых партнёров при установленном диагнозе сексуально-трансмиссионного заболевания (СТЗ) у другого. По давно устоявшемуся мнению лечение при этом должно проводиться обоим партнёров [1]. Однако, достаточно часто пациенты с отрицательными тестами от лечения отказываются, мотивируя свой отказ отсутствием клинических и лабораторных признаков инфекционного заболевания, удовлетворительным общим самочувствием, возможным токсическим воздействием антибиотиков, особенно при их неоднократном применении по поводу СТЗ ранее. Нередко из-за отсутствия положительных диагностических тестов у одного из половых партнёров происходит недооценка выраженности инфекционного процесса, и, как следствие этого - неадекватное лечение.

Целью нашей работы явился анализ динамики основных клинических и лабораторных показателей хронического урогенитального микоплазмоза и уреаплазмоза у половых пар с учётом проводимого лечения и применения барьерных методов защиты (БМЗ) на протяжении 28 недель их регулярных половых контактов.

Обследовано 160 половых пар репродуктивного возраста с различной патологией мочеполовой системы, регулярно ведущих половую жизнь с различными вариантами гормональной и биологической контрацепции у женщин. Пациентки имели ряд патологических процессов: у 51 (31,9%) женщины диагностирован хронический сальпингоофорит (ХСО), у 103 (64,4%) - хронический эндоцервицит (ХЭ), у 63 (39,4%) - вагиниты различной этиологии. Бактериальный вагиноз (БВ) выявлен у 31 (19,4%) женщины. У 33 (20,6%) женщин было бесплодие различного генеза. У 36 (22,5%) - прослеживался отягощённый акушерский и гинекологический анамнез. Кроме того, имел место у 46 (28,8%) пациенток синдром гипотиреоза, у 14 (8,8%) - кистозно-фиброзная мастопатия, у 46 (28,8%) - нарушение менструального цикла, у 9 (5,6%) - лакторея, у 4 (2,5%) - миома.

У 87 (54,4%) мужчин диагностирован хронический простатит (ХП) различной этиологии, у 45 (28,1%) - хронический уретрит (ХУ), у 5 (3,1%) - хронический орхоэпидидимит (ХОЭ), у 1 - хронический пиелонефрит, у 5 (3,1%) - мочекаменная болезнь. Синдром гипотиреоза установлен у 9 (5,6%), различные формы гипогонадизма - у 9 (5,6%) мужчин.

Хронический урогенитальный микоплазмоз диагностировали на основании комплекса клинико-лабораторных критериев [2,3]. ДНК *M. hominis* и *U. urealyticum* определяли с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием диагностических систем НПФ «Литех» (Москва) на базе лаборатории иммунологии НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН. Количественный учёт микоплазм проводили с помощью набора для идентификации и дифференциального титрования генитальных микоплазм «MYCOPLASMA DUO» Sanofi diagnostics Pasteur согласно инструкции к указанной тест-системе. Минимальным диагностически значимым количеством микоплазм и уреоплазм, в соответствии с инструкцией производителя, было принято значение 10 тысяч колониеобразующих единиц в миллилитре (КОЕ/мл). У всех пациенток исследованы микроскопически мазки из влагалища и/или цервикального канала, у мужчин – мазки из уретры и секрета предстательной железы общепринятым методом [4]. Статистический анализ осуществляли с применением критерия Фишера и Хи-квадрат.

Более углубленно обследованы 14 пар. Хронический урогенитальный микоплазмоз (ХУГМ) выявлен только у женщин, при этом, у 8 - хронический уреоплазмоз (ХУ), у 6 - хронический урогенитальный микоплазмоз (ХУГМ), вызванный *M. hominis*. Клинические и лабораторные данные в пользу указанных заболеваний отсутствовали у всех мужчин. Пациенты были предупреждены о необходимости превентивного курса терапии, в связи с выявлением СТЗ у полового партнёра, но категорически отказались от лечения. В связи с этим комплексную терапию получали только женщины. В течение 16 недель после окончания приёма антибиотиков проводился контроль излеченности женщин и дальнейшее обследование мужчин. Ведение половой жизни при этом парам рекомендовалось в течение указанного срока только с применением барьерных методов защиты. В дальнейшем, в течение 12 недель (до 28 недели после окончания лечения) с частотой один раз в месяц пары дополнительно проходили обследование в ранее применяемом объёме. Необходимо отметить, что половую жизнь они вели, по их словам, без БМЗ, начиная с 17-18 недели после антибиотикотерапии.

С помощью ПЦР *M. hominis* была обнаружена у одного полового партнёра из 26 (16,3%) половых пар (таблица 1). Обращает внимание отсутствие случаев выявления микоплазм только у мужчин при достаточно частой их встречаемости изолированно у женщин (у 16,3% пар). Одновременно у двух половых партнёров микоплазмы определились только в 1,9% случаев. Уреоплазма у одного партнёра была обнаружена в 47 (29,4%) сексуальных пар. При этом, количество пар с обнаружением положительного ПЦР-теста по уреоплазмам только у женщин в 8,3 раза превысило частоту их встречаемости с положительными находками только у мужчин ($p < 0,001$). У положительных по ПЦР-тесту пациентов также проводилась

Таблица 1

Обсеменённость микоплазмами половых путей сексуальных пар

Возбудитель	Лабораторные данные	Половые пары (n=160)					
		Ж(+) М(+)		Ж(+) М(--)		Ж(--) М(+)	
		n	%	n	%	n	%
M. hominis	ДНК	3	1,9	26	16,3	0	0
	КОЕ <10 тыс	0*	0	12	7,5	0	0
	КОЕ \geq 10 тыс	1	0,6	13	8,1	0	0
U. urealyticum	ДНК	16	10,0	42	26,3	5	3,1
	КОЕ <10 тыс	4**	2,5	11	6,9	2	1,3
	КОЕ \geq 10 тыс	8	5,0	31	19,4	2	1,3

Примечания: Ж – женщины, М – мужчины.

* 2 случая с КОЕ \geq 10 тыс. у женщин и с КОЕ < 10 тыс. у мужчин

** 2 случая с КОЕ \geq 10 тыс. у женщин и с КОЕ < 10 тыс. у мужчин и 2 случая с КОЕ < 10 тыс. у женщин и с КОЕ \geq 10 тыс. у мужчин

оценка обсеменённости их половых путей микоплазмами и уреоплазмами. Указанные результаты представлены в таблице 1.

Из 8 обследованных пар с отрицательными результатами лабораторных тестов на уреоплазмы у мужчин (таблица 2, 3) комплексную терапию проводили только женщинам. К 16 неделе после окончания лечения у 5 из 6 женщин отсутствовали признаки активности хронических воспалительных очагов в органах мочеполовой системы (ХСО, бактериального вагинита и хронического цистита). У 1 пациентки через 4 недели после лечения признаки вагинита не определялись, но оставались остаточные явления воспалительного процесса в придатках матки. Уреоплазмы не определялись в половых путях у всех 8 обследованных женщин. На основании полученных данных констатировали излеченность женщин от хронического уреоплазмоза.

Из 8 мужчин, отказавшихся от лечения, у 4 на протяжении указанного периода был выявлен хронический воспалительный очаг в предстательной железе. Причём, у 1 – однократно в конце 12 недели обнаружены уреоплазмы в количестве менее 10 тыс. КОЕ/мл., а у 1 – в количестве \geq 10 тыс. КОЕ/мл. на 8 неделе после окончания лечения женщин. В течение

Таблица 2

Динамика клинико-лабораторных показателей у 8 половых пар
по уреоплазмозу

Показатели	Сроки наблюдения					
	До лечения		После лечения женщин			
			На 16 неделе		На 28 неделе	
	Ж	М	Ж	М	Ж	М
Хронический очаг (активный)	6	3	0	4	6*	5
Острый очаг	0	0	0	0	4**	0
ДНК U.urealyticum	8	0	0	2	8	1
U.urealyticum ≥ 10 тыс.КОЕ	6	0	0	1	6	0
U.urealyticum < 10 тыс.КОЕ	2	0	0	1	2	0

Примечание: * реактивация ** в 3 случаях сочетание с хроническим очагом, в 1 - изолированно

Таблица 3

Диагностика клинического состояния по уреоплазмозу
у 8 половых пар

Клиническое состояние	Сроки наблюдения					
	До лечения		После лечения женщин			
			На 16 неделе		На 28 неделе	
	Ж	М	Ж	М	Ж	М
Хронический уреоплазмоз	6	0	0	1	0	0
Носительство уреоплазм	2	0	0	1	0	1
Острый уреоплазмоз	0	0	0	0	6	0
Свежее инфицирование уреоплазмами в виде носительства	0	0	0	0	2	0

последующих 12 недель проводили дальнейшее обследование пар, причём половую жизнь партнёры вели, начиная с 17-18 недели, без БМЗ. У 7 женщин при этом диагностировали воспалительные очаги в органах мочеполовой системы. Из них у 6 – в течение 20-28 недель

Таблица 4

Динамика клинико-лабораторных показателей у 6 половых пар
по урогенитальному микоплазмозу (*M. hominis*)

Показатели	Сроки наблюдения					
	До лечения		После лечения женщин			
			На 16 неделе		На 28 неделе	
Ж	М	Ж	М	Ж	М	
Хронический очаг (активный)	5	0	2	0	5*	0
Острый очаг	0	0	0	0	0	0
ДНК <i>M. hominis</i>	6	0	0	1	6	1
<i>M. hominis</i> ≥ 10 тыс.КОЕ	5	0	0	0	3	0
<i>M. hominis</i> < 10 тыс.КОЕ	1	0	0	1	3	0

Примечание: * в 3 случаях - реактивация, в 2 – сохранение очага
на протяжении всего периода наблюдения

Таблица 5

Диагностика клинического состояния по урогенитальному микоплазмозу
у 6 половых пар (*M. hominis*)

Клиническое состояние	Сроки наблюдения					
	До лечения		После лечения женщин			
			На 16 неделе		На 28 неделе	
Ж	М	Ж	М	Ж	М	
Хронический УГМ	5	0	0	0	0	0
Носительство микоплазм	1	0	0	1	0	1
Острый УГМ	0	0	0	0	3	0
Свежее инфицирование микоплазмами в виде носительства	0	0	0	0	3	0

определили активацию хронического вагинита в сочетании с ХСО – у 2, хроническим циститом – у 1, острым циститом – у 2 и острым уретритом – у 1 женщины. У одной пациентки острый воспалительный процесс наблюдался одновременно в вагине, эндоцервиксе и уретре. У всех женщин были обнаружены в мочеполовых путях уреоплазмы с обсеменённостью у 2 -

менее 10 тыс. КОЕ/мл, у 6 - 10 тыс. и более. На основании полученных данных у 6 пациенток был констатирован уреоплазмоз, у 2 – носительство уреоплазм.

Микоплазмы (*M.hominis*) были выявлены у 6 женщин (у 5 - урогенитальный микоплазмоз, у 1 – носительство). Им была проведена комплексная терапия с применением антибиотиков, в то время, как их по-ловые партнёры от лечения отказались. После комплексной терапии (таблица 4, 5) к 16 неделе симптомы вагиноза исчезли у 3 из 5 женщин. Микоплазмы с помощью лабораторных тестов не выявлялись. Необходимо отметить, что в 2 случаях к концу 4 недели ещё сохранялся положительный ПЦР-тест при отсутствии роста микоплазм на жидких питательных средах. К окончанию периода наблюдения после снятия презерватива (к 28 неделе после лечения) у 3 женщин диагностировали острый урогенитальный микоплазмоз, у 3 – свежее повторное заражение в виде носительства микоплазм.

Полученные данные о повторном инфицировании женщин после лечения свидетельствуют о том, что отрицательные клинико-лабораторные тесты по хроническому микоплазмозу у мужчин – их половых партнёров не являются свидетельством отсутствия у них инфекционного процесса. Отрицательные лабораторные тесты ХУГМ у мужчин можно объяснить тем, что забор первичного материала у них для лабораторного подтверждения диагноза осуществлялся из уретры. Это возможно из-за механического удаления мочой и эякулятом микроорганизмов, ограничения инфекции очагами фиброза, выраженной десквамации поражённого эпителия. Выше указанное подтверждается работами ряда авторов на примере хламидийной инфекции о более частом обнаружении патогена в вагине и цервикальном канале женщин, по сравнению с частотой их выявления в уретре [5,6,7]. Высокая вероятность обнаружения микоплазм у мужчин существует только в случае острой инфекции. Отрицательный результат исследования материала из уретры и секрета простаты не может гарантировать отсутствие возбудителей СТЗ в организме мужчины.

Таким образом:

1. При обследовании сексуальных пар при хроническом урогенитальном микоплазмозе (*M. hominis* и *U. urealyticum*) возбудители намного чаще обнаруживаются в половых путях у женщин, чем у мужчин.

2. При постановке диагноза ХУГМ у половых пар, продолжительно ведущих регулярную половую жизнь без использования БМЗ, в первую очередь необходимо проводить диагностику и принимать во внимание результаты лабораторного исследования у женщин.

3. При обследовании сексуальных пар и получении положительных клинико- лабораторных признаков по ХУГМ у женщин, наличие отрицательных качественных тестов у мужчин, их половых партнёров, в большинстве случаев не является свидетельством отсутствия их заражения.

4. При подтверждении диагноза ХУГМ у одного из половых партнёров необходимо обязательное лечение сексуальной пары. Если лечение по каким-либо причинам не проводится, то рекомендуется ведение половой жизни пары с применением БМЗ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Венерические болезни: Руководство для врачей. Под ред. О. К. Шапошникова. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1991. - 412 с.
2. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путём: Методические материалы. Под ред. К. К. Борисенко. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Ассоциация САНАМ, 1998. - С. 100 – 101.
3. Диагностика и лечение урогенитальных инфекций: Методические рекомендации. Под ред. И. Е. Семавина, С. Г. Оганесова, М. Н. Зубкова. - М., 1991. - 23 с.
4. Овчинников Н. М., Беднова В. Н., Делекторский В. В. Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путём. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
5. Сельков С. А., Есипов А. С., Веденева Г. Н., Крылова Т. А. Методические проблемы диагностики урогенитального хламидиоза. // TERRA MEDICA.- 2001. - №1. – С. 42- 45.
6. Тиктинский О. Л., Михайличенко В. В. Андрология. - С.- Петербург: Медия Пресс, 1999. - 446 с.
7. Domeika M, Bassiri M, Butrimiene I, Venalis A, Ranceva J, Vasjanova V. Evaluation of vaginal introital sampling as an alternative approach for the detection of genital Chlamydia trachomatis infection in women // Acta Obstet Gynecol Scand.-1999. – Vol. 78, №2. - P. 131-6.