**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНИХ**

**СПЕЦИФІЧНИХ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

**Кузьміна І.Ю., Шутова Н.А.**

Харківський національний медичний університет

**Вступ.** Останнім часом в Україні збільшується поширеність метаболічного синдрому (МС), який з медико-соціальної значимості представляє одну з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я [1]. Встановлено, що майже 20-25% дорослого населення мають МС [2].

Запальні процеси жіночих статевих органів займають велике місце серед гінекологічних захворювань у пацієнток репродуктивного віку, негативно впливаючи на їх сексуальну, менструальну, репродуктивну та інші функції і потребують значних економічних втрат, пов'язаних з діагностикою та лікуванням [3].

B структурі інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом (ІПСШ), відзначається тенденція до захворювань, що етіологічні асоційовані з такими збудниками як Chlamydia spp., Mycoplasma spp., Herpes simplex virus [4]. Збудники цих інфекцій, в більшості випадків, не викликають гострого запального процесу в урогенітальному тракті, у зв’язку з чим їх важче ідентифікувати та викликані ними захворювання складніше лікувати.

Тривала персистенція збудників викликає важкі ускладнення, що призводять до хронічних порушень репродуктивної системи жінки [5].

Особливої гостроти проблема ІПСШ набуває на тлі значного збільшення жінок з МС. Наявність МС асоціюється з багаторазовим збільшенням ризику серцево-судинних захворювань, a інсулінорезистентність, яка є основною патогенетичною ланкою МС, може бути одним з можливих механізмів розвитку артеріальної гіпертензії [6].

У патогенезі МС виділяють дві групи факторів: генетичні і середовищні. Епідеміологічні дослідження дозволили сформулювати гіпотезу "економічного генотипу" як основи його розвитку. Так, особи, які проживають в несприятливих умовах, повинні мати максимальну здатність до накопичення енергії у вигляді жирової тканини. При зміні умов середовища у жінки генотип реалізується в порушенні толерантності до глюкози або ожирінні. Альтернативна гіпотеза носить назву фетального програмування і вказує на великий вплив внутрішньоутробного харчування в розвитку МС [7].

При проведенні анамнестичних досліджень виявлено, що зниження фізичної активності та характер харчування з переважанням вуглеводів, є головними чинниками того, що захворюваність МС набуває поширеного характеру.

На розвиток МС мають безпосередній вплив деякі біологічні та поведінкові фактори, до числа яких відносяться вік, малорухливий спосіб життя, переважання вуглеводної дієти, соціально-економічний статус і постменопаузальний період у жінок. Число таких хворих неухильно зростає і, за прогнозами, у найближчі 25 років очікується зростання цього захворювання на 50% [8].

У молодих жінок МС - одна з найбільш частих причин порушення репродуктивної функції на тлі прогресуючого ожиріння і дієнцефальної симптоматики. Висока частота розвитку МС в деяких етнічних групах доводить існування генетичної схильності не тільки до частоти його виникнення, але і до тяжкості клінічних проявів [9].

Вважається, що МС - хвороба людей середнього віку і переважно жінок. Однак деякі дослідження свідчить про те, що даний синдром також має тенденцію до зростання серед підлітків і молоді. Саме в цій групі відзначається традиційно висока частота виникнення венеричних захворювань [10].

**Мета и завдання дослідження.** Вивчити особливості клінічних проявів і перебігу хронічних специфічних урогенітальних інфекцій у жінок з МС.

**Матеріал та методи дослідження.** Обстежено 80 пацієнток з хронічним перебігом специфічних запальних процесів та МС. Появи МС діагностували на підставі загальноприйнятих критеріїв (наявність артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, надлишкової маси тіла (абдомінальне ожиріння), порушення толерантності до глюкози або цукровий діабет).Діагностику хронічних урогенітальних інфекцій проводили на підставі лабораторних досліджень, які включали комплекс методів, спрямованих на виявлення самого мікроорганізму (прямі методи) або визначення специфічної реакції пацієнта, що служить маркером позасимптомного носійства інфекції (непрямі методи).

Матеріалом для виявлення збудників інфекцій урогенітального тракту служили мазки епітелію слизової уретри, піхви і цервікального каналу. Кожен з методів має певні переваги і недоліки, тому алгоритм лабораторної діагностики залежав від виду інфекції. Найбільш часто застосовувалися такі методи: мікроскопічні (цитологічне фарбування, методи прямої і непрямої імунофлуоресценції), культуральний (ізоляція збудника в культурі клітин). Обов'язково проводилася діагностика ІПСШ із застосуванням ПЛР-аналізу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Віковий склад обстежених пацієнтів представлений в таблиці 1. У всіх хворих з інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом, діагностовано ознаки МС.

 Таблиця 1

Розподіл хворих з метаболічним синдромом і специфічними

запальними захворюваннями жіночих статевих органів за віком.



Дані, що наведені в таблиці, свідчать про те, що переважна кількість хворих, становлять особи віком від 31 до 40 років 51 (55,0%). Звертає на себе увагу високі показники наявності МС і специфічних хронічних захворювань у пацієнток молодого віку. Із 80 жінок, що були обстежені на урогенітальний хламідіоз, він був виявлений у 46 пацієнток (57,5%), мікоплазмена інфекція - у 18 хворих (22,5%), урогенітальний герпес - у 16 (20,0%) жінок (табл. 2).

 Таблиця 2

Кількість пацієнток зі специфічними запальними

захворюваннями жіночих статевих органів



Отримані дані свідчать про високу частоту мікст інфекції специфічних запальних захворювань жіночих статевих органів при МС.

Крім основних специфічних процесів у обстежених жінок, виявлено урогенітальний трихомоніаз у 4 пацієнток (5,5%) і урогенітальний кандидоз - у 6 хворих (6,4%). У тих випадках, коли у пацієнток виявлялися асоціації з трихомоніазом і урогенітальним герпесом, клінічна картина була більш виразною. Однак все клінічні прояви не мали специфічного характеру.

Отже, з 80 жінок з МС 43 (53,75%) були уражені ще якоюсь урогенітальною інфекцією і тільки у 46,25% випадків (37 пацієнток)

виявлена моноінфекція. У всіх обстежених хворих з ІПСШ не спостерігалося змін в сечі і крові (лейкоцитоз, ШОЕ, показник гемоглобіну, кількість еритроцитів і ін.). У 24 (30%) обстежених хворих спостерігався тривалий інкубаційний період. У всіх випадках інфекції протікали мало- або асимптомно. Тільки у 23% випадків пацієнтки відзначали невеликі суб'єктивні розлади: відчуття дискомфорту, свербіж і невелике печіння в уретральному каналі, а також незначні слизові виділення, які спонтанно зникали і знову з'являлися. Однак ці симптоми були швидкоминучі і занепокоєння у пацієнток не викликали. За медичною допомогою ніхто з них не звертався. Ці ж симптоми, а також хворобливі відчуття в ділянці зовнішніх статевих органів були при розвитку бартолініту (2 випадки).

Кольпоскопічна картина відзначалася набряком і гіперемією слизової оболонки у 53 хворих (66,25%) у 13 з них (16,25%) виявлялися наявністю дрібних папул, розташованих на передній губі шийки матки. У підслизовій тканині визначалися різко розширені судини. Таким чином, проведене дослідження дозволяє припустити значний вплив МС на перебіг специфічних урогенітальних інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом. Встановлено, що хронічні специфічні урогенітальні інфекції у жінок з МС протікають, як правило, у мало- або поза симптомній формі. Найбільш характерними клінічними проявами захворювань були легке запалення шийки матки з переважним ураженням зовнішнього зіву. У частині хворих, при асоціації з іншими урогенітальними інфекціями, відзначалися слизові виділення з піхви, печія, біль та дискомфорт при сечовипусканні. Бактеріологічні дослідження сечі, при цьому, патогенну мікрофлору не виявляли. Такий перебіг захворювань має особливе значення, так як може служити резервуаром і джерелом венеричних інфекцій.

**Висновки.**

Вивчення особливості перебігу та клінічних проявів ІПСШ у хворих з МС виявило переважно такі інфекції, як хламідіоз, мікоплазмоз, генітальний герпес. Клінічні прояви специфічних урогенітальних інфекцій у жінок з МС мають ряд особливостей: мало- або позасимптомний перебіг, поширення патологічного процесу на зовнішні і внутрішні органи сечостатевої системи, часта асоціація двох і більше урогенітальних інфекцій.

**Література**

1. Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Ожирение. — М.: МИА, 2014. — С. 43-55.

2. Козлова В. И., Пухнер А. Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. — СПб:, Ольга, 2015. - 312 с.

3. Сидорова И.С., Шешукова Н.А., Боровкова Е.И., Принципы лечения хронического воспалительного процесса придатков матки// Акушерство и гинекология – 2003. – №5 – с.61–65.

4. Гинекология — национальное руководство / Под ред. В. И. Кулакова, Г. М. Савельевой, И. Б. Манухина. — М.: ГЭОТАР- Медиа, 2016. — 1088 с.

5. Рыбалкин С.Б.., Мирзабаева А.К. Альтернативные подходы к терапии урогенитальных заболеваний. СПб, 2011.- 453 с. 6. Луценко С.В. Молекулярные механизмы ангиогенеза в физиологических и патологических процессах. Введение а молекулярную медицину /С.В. Луценко. С.М Киселев, Н.Б Фельдман и др // Под ред. М. А . Пальцева.- М.: Медицина. 2014.- С 446-495.

7. Martinez M.A. Microbiological diagnosis of sexually transmitted infections (STI). - Part 1: Non-viral STI // Rev. Chilena Infectol. - 2009. - Vol. 26. - № 6. - Р. 529-539.

8. Martinez M.A. Microbiological diagnosis of sexually transmitted infections (STI). - Part 1: Non-viral STI // Rev. Chilena Infectol. - 2009. - Vol. 26. - № 6. - Р. 529-539.

9. Reaven G. M. Metabolic syndrome. Pathophysiology and implications for management of cardiovascular disease. // Circulation. — 2012. — № 106. — Р. 286-288.

10. Lee N.C, Rubin G.L., Boruchi R. The intrauterine device and pelvic inflammatory disease revisited: new results from the women's health study // J. Obstet. Gynec. 2006. - Vol. 72. - N 1. - P. 17-24.

РЕФЕРАТ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кузьмина И.Ю., Шутова Н.А.

Целью исследования было изучить особенности клинических проявлений и течения хронических специфических урогенитальных инфекций у женщин с МС. Обследовано 80 пациенток с хроническим течением специфических воспалительных процессов и МС. Проявление МС диагностировали на основании общепринятых критериев (наличие артериальной гипертензии, дислипидемии, излишней массы тела (абдоминальное ожирение), нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет). Проведенное исследование позволяет предположить значительное влияние МС на течение и клинические проявления хронических специфических урогенитальных инфекций. Установлено, что хронические специфические урогенитальные инфекции у женщин с МС протекает, как правило, в слабой или бессимптомной форме.

Наиболее характерными клиническими проявлениями заболеваний были воспаление шейки матки с преимущественным поражением наружного зева, слизистые выделения из влагалища, жжение, боль и дискомфорт при мочеиспускании. Бактериологические исследования мочи, при этом, патогенную микрофлору не проявляли. Такое течение заболевания может служить резервуаром и источником венерических инфекций.

Ключевые слова: специфические урогенитальные инфекции, метаболический синдром, клинические проявления.

PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF CHRONIC SPECIAL INFECTIONS OF WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME

Kuzmina I.Yu., Shutova N.A

The aim of investigation was to study the features of clinical manifestations and course of chronic specific urogenital infections in women with metabolic syndrome (MS). Investigated 80 patient in the specific inflammatory processes in the genital organs and MS. Manifestation of MS was diagnosed on the basis of generally accepted criteria (presence of arterial hypertension, dyslipidemia, excessive body weight (abdominal obesity), impaired glucose tolerance or diabetes

mellitus).The conducted study suggests a significant effect of MS on the course and clinical manifestations of chronic specific urogenital infections. It was established that chronic specific urogenital infections in women with MS, as a rule, in a weak or asymptomatic form. The most characteristic clinical manifestations of the diseases were inflammation of the cervix with a primary lesion of the external pharynx, mucous discharge from the vagina, burning, pain and discomfort during urination. Bacteriological studies of urine, while pathogenic microflora did not manifest. Such a course of the disease can serve as a reservoir and source of sexually transmitted infections.

Key words: specific urogenital infections, metabolic syndrome, clinical manifestations.