

МІКОПЛАЗМОЗ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ ПРИ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНОЗАХ ТА НЕСПЕЦИФІЧНИХ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНИТАХ

© Н.Б. Антонецька, Т.А. Юзько

Лабораторія репродуктивної медицини, м. Чернівці

РЕЗЮМЕ. Отримані результати свідчать про можливий взаємозв'язок запальних захворювань піхви та хронічного сальпінгофориту (гідросальпінгсів). Частота виявлення *M. hominis* у жінок з бактеріальним вагінозом не виключає її ролі в етіології цього захворювання. Наявність *U. urealyticum* у жінок з бактеріальним вагінозом та лейкоцитами не виключає етіологічної ролі цих мікроорганізмів в розвитку бактеріального вагінозу поряд з мікоплазмами, але більша частота виявлення їх при бактеріальних вагінітах може свідчити про етіологічну роль уреоплазм при цій патології.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: мікоплазмоз, жіноче безпліддя трубного походження, бактеріальний вагіноз, неспецифічний бактеріальний вагініт.

Вступ. Проблема запальних захворювань жіночих статевих органів сьогодні обумовлена їх високою частотою, в тому числі в молодому віці, та можливістю передачі інфекції до плода [9,11,12]. Захворювання мають поліетіологічний характер. Один збудник може викликати захворювання різної локалізації, а клінічна картина захворювання при різних збудниках може бути подібною [4,7,8]. Це створює клінічні та діагностичні труднощі. Особливо у жінок з безпліддям. Найбільші труднощі пов'язані з діагностикою мікоплазмозових та уреоплазмозових інфекцій [3,6].

Мета дослідження. Оцінити взаємозв'язок мікоплазмозу при безплідді трубного походження з бактеріальним вагінозом та неспецифічним бактеріальним вагінітом.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 80 жінок репродуктивного віку з безпліддям трубного походження.

Вони були поділені на дві групи. У першій (25 жінок – 100 %) діагностовано хронічний сальпінгофорит (гідросальпінкс). В цій групі у 8 жінок (32,0 %) мав місце бактеріальний вагіноз, у 5 – з наявністю «ключових» клітин без лейкоцитів, у 3 – з наявністю «ключових» клітин та з лейкоцитами від 10 до 30 в полі зору. У 8 (32,0 %) жінок спостерігали хронічні запальні процеси в піхві різної етіології: у 5 – неспецифічний бактеріальний вагініт, у 3 – специфічний трихомонадний вагініт.

В групі жінок з безпліддям без хронічного сальпінгофориту (55 жінок – 68,7 %) бактеріальний вагіноз спостерігався у 18 (32,7 %), неспецифічний бактеріальний вагіноз – у 6 (10,9 %) та специфічний трихомонадний вагіноз – у 4 жінок.

У всіх пацієнток мазки з піхви досліджували мікроскопічно. Матеріал із цервікального каналу для ідентифікації *M. hominis* і *U. urealyticum* досліджували культуральним методом.

Результати й обговорення. Уреоплазми (*U. urealyticum*) були знайдені у 13 (52,0 %) па-

цієнток з хронічним сальпінгофоритом та у 20 (36,4 %) без хронічного сальпінгофориту. Різниця статистичного вірогідна ($p < 0,05$). Мікоплазма (*M. hominis*) була виявлена у 6 (24,0 %) пацієнток з хронічним сальпінгофоритом та у 10 (18,2 %) без хронічного сальпінгофориту ($p > 0,05$). Вагінальні трихомонади у пацієнток з хронічним сальпінгофоритом були виявлені в 2,2 раза частіше, ніж у пацієнтах без хронічного сальпінгофорита ($p < 0,05$). Отримані дані про часте поєднання хронічних запальних процесів в піхві з хронічним сальпінгофоритом може свідчити про взаємозалежність цих патологічних нозологій.

У пацієнток тільки з хронічним сальпінгофоритом без хронічної інфекції піхви частота виявлення *U. urealyticum* (2 – 3,6 %) не відрізнялась від частоти виявлення даного збудника (7 – 12,7 %) у пацієнток без хронічного сальпінгофориту ($p > 0,05$).

У жінок з наявністю бактеріального вагінозу без лейкоцитів в мазку з піхви, на відміну від контрольної групи, *M. hominis* виявлялась вірогідно частіше (у 8 – 100,0 % проти 1 – 1,8 % $p < 0,05$). Не було різниці в частоті знаходження *U. urealyticum*.

Група з бактеріальним вагінозом та лейкоцитами в вагінальному мазку відрізнялась від контрольної за частотою виявлення *M. hominis* та *U. urealyticum*. Так, мікоплазми були знайдені у 4 (50,0 %) пацієнток основної групи проти 1 (1,8 %) в контрольній ($p < 0,05$). Уреоплазми були знайдені, відповідно, у 8 (100,0 %) та у 2 (3,6 %) пацієнток. Тобто, мікоплазми були в 6 разів частіше виявлені у пацієнток з бактеріальним вагінозом та присутніми лейкоцитами в вагінальному мазку, порівняно з контрольною групою, а уреоплазми – частіше в 2 рази.

Висновок. Частота виявлення *M. hominis* у жінок з вагінозом відповідає даним літератури про можливість етіологічної ролі цього мікроор-

ганізму при даній патології [1,2,10]. Виявлення у жінок з бактеріальним вагінозом та лейкоцитами в мазку із піхви *U. urealyticum* свідчить про можливу участь даного мікроорганізму, поряд з мікроплазмами, у формуванні патологічного процесу. Якщо врахувати, що у жінок з неспецифічним бактеріальним вагінозом *U. urealyticum*

виявляється з більшою частотою, не можна виключати її етіологічного значення при цьому захворюванні.

Перспективи подальших досліджень. Необхідно поглибити дослідження в цьому напрямку для вирішення проблеми зростання безпліддя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анкирская А.С., Прилепская В.Н., Байрамові Г.Р., Муравьева В.В. Бактериальный вагиноз: особенности клинического течения, диагностика и лечение // Русский медицинский журнал. – 1998. – № 5. – С. 29.
2. Кубанова А.А., Аковбян В.А., Федоров С.М. и соавт. Состояние проблемы бактериального вагиноза. // Вестник дерматологии и венерологии. – 1996. – № 3. – С. 22–26.
3. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. – М.: Авиценна. – ЮНИТИ, – 1995. – 317 с.
4. Краснопольский В.И. Патология влагалища и шейки матки. – М.: Медицина, 1997. – 272 с.
5. Муравьева В.В., Анекирская Ф.С. Особенности микроэкологии влагалища при бактериальном вагинозе и вагинальном кандидозе // Акушерство и гинекология. – 1996. – № 6. – С. 27 – 30.

6. Прозоровский С.В., Раковская И.В., Вульфвич Ю.В. Медицинская микоплазмология. М.: Медицина, 1995. – 288 с.
7. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщины. – М.: Медицина, 1987. – 158 с.
8. Савичева А.М., Башмакова М.А. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия. – Н. Новгород: Изд-во НГМА. – 1998. – 182 с.
9. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – М.: Медицинское информационное агентство. 1998. – 592 с.
10. Mardh P.A. // Sex. Trans. Dis. – 1983. – Vol. 10. – P. 331 -334.
11. Neman-Simna V., Renaudin H., Barbeyrac B. et al. // Scand. J. Infect. Dis. – 1992. – Vol. 24. – P. 317-321.
12. Oriel J. D. // Sex. Trans. Dis. – 1983. – Vol. 10. – P. 263 – 270.

MYCOPLASMOSIS IN WOMEN WITH INFERTILITY OF TUBULAR ORIGIN IN CASE OF BACTERIAL VAGINOSES AND NON-SPECIFIC BACTERIAL VAGINITES

© N.B. Antonetska, T.A. Yuzko

Laboratory of Reproductive Medicine, Chernivtsi

SUMMARY. The results obtained testify to possible relations of inflammatory processes of vagina and chronic salpingoophoritis (hydrosalpinces). Frequency of occurrence of *M. hominis*, *U. urealyticum* in women with bacterial vaginosis does not exclude their role in the etiology of this disease.

KEY WORDS: mycoplasmosis, tubular female infertility, bacterial vaginosis, non-specific bacterial vaginosis.