

**TERRA MEDICA®**

**ПРИЛОЖЕНИЕ** ISSN 2219-4096

# УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ

Материалы V Междисциплинарной научно-практической конференции  
с международным участием

**6–7 июня 2012 года**

**Санкт-Петербург**



ПАРТНЕРЫ КОНФЕРЕНЦИИ:



Bayer HealthCare



RECORDATI

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ АДМИНИСТРАЦИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
ФГБУ «ПОЛИКЛИНИКА № 1» УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РФ, МОСКВА  
ГБОУ ВПО СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. И. И. Мечникова, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. акад. И. П. ПАВЛОВА  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НИИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И МИКРОБИОЛОГИИ им. ПАСТЕРА  
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ им. С. М. КИРОВА, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  
СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ИНСТИТУТ АНДРОЛОГИИ, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  
НИИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ им. Д. О. ОТТА РАМН, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПО ГЕНИТАЛЬНЫМ ИНФЕКЦИЯМ И НЕОПЛАЗИИ, МОСКВА  
ВСЕРОССИЙСКИЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ «TERRA MEDICA»  
ЖУРНАЛ «TERRA MEDICA. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА»

## УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ

*Материалы*

*V Междисциплинарной научно-практической конференции  
с международным участием*

**6–7 июня 2012 года**

**9.30 – 17.00**

Место проведения: Санкт-Петербург, СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
(ст. м. «Чернышевская», ул. Кирочная, д. 41)

Санкт-Петербург  
2012

• Если влагалищную гистерэктомию выполняют в условиях выраженного спаечного процесса органов малого таза, для контроля гемостаза в раннем послеоперационном периоде целесообразно дренировать брюшную полость введением через рану влагалища, на которую наложены обвивные швы, катетера Фолея, перед тем как эти швы будут завязаны. Эта методика позволяет осуществлять надежный контроль гемостаза в послеоперационном периоде. В наших наблюдениях не отмечено послеоперационных кровотечений.

Вагинальная гистерэктомия становится оптимальной, когда она выполнена без чрезмерной кровопотери при больших размерах матки. Это возможно, если бисекцию и морцелляцию выполняют после лигирования маточных сосудов. Расположение маточных сосудов у сводов влагалища делает целесообразным использование влагалищного доступа, лигирование сосудов в этом случае гораздо удобнее, чем при абдоминальном доступе.

В случае лапароскопической гистерэктомии при работе на маточных сосудах имеется более высокий риск повреждения мочеточников, нежели при влагалищной операции. Это связано с тем, что при использовании маточного манипулятора в ходе лапароскопической гистерэктомии для лучшей визуализации маточных сосудов вектор смещения маточного манипулятора направлен краниально. При этом мочеточники смещаются, приближаясь к шейке матки, что вместе с использованием электрохирургии создает достаточно высокий риск повреждения мочеточников.

В то же время, когда выполняют влагалищную гистерэктомию, фиксированная щипцами шейка матки подтягивается каудально, благодаря чему мочеточники отходят краниально, и расстояние между мочеточниками и шейкой матки значительно увеличивается.

В наших исследованиях не отмечено ни одного случая повреждения мочеточников при выполнении влагалищной гистерэктомии. После лигирования маточных сосудов для выполнения гистерэктомии, возможно применение таких техник, как бисекция, миомэктомия, морцелляция, коринг. Отбор больных для этих операций очень важен. Показания к влагалищному доступу определяются наличием достаточной мобильности матки по всем направлениям и ёмкостью влагалища. Эти условия важнее, чем размеры матки.

**Выводы.** Используя дифференцированный подход к выбору метода радикального хирургического лечения миомы матки и применяя усовершенствованные техники отдельных этапов малоинвазивной гистерэктомии, нам удалось в 3 раза снизить количество осложнений при лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомии в сравнении с традиционной гистерэктомией (1,04 % при лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомии против 3,64 % при абдоминальной гистерэктомии), при том, что при влагалищной гистерэктомии их не отмечено вовсе. Констатировано также снижение количества послеоперационных осложнений – с 4,5 % при абдоминальной гистерэктомии до 1,75 % при влагалищной гистерэктомии.

Минимизация хирургической агрессии за счет дифференцированного выбора метода операции, профилактика операционных осложнений вследствие усовершенствования отдельных этапов хирургического вмешательства позволили повысить эффективность операции и сократить послеоперационный койко-день с  $8,1 \pm 0,4$  (при абдоминальной гистерэктомии) до  $4,3 \pm 0,7$  (при лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомии) и  $3,2 \pm 0,5$  (при влагалищной гистерэктомии), соответственно.

### **Сопоставление лабораторных показателей, клинических проявлений и осложнений хламидийной инфекции**

*Ришук С.В.<sup>1</sup>, Дробченко С.Н.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ЗАО «Биоград», Санкт-Петербург

Из-за выраженного полиморфизма клинических проявлений хламидийной инфекции, значительно затрудняющих клиническую диагностику, решающее значение в постановке диагноза при данной инфекции принадлежит лабораторным методам исследования. В связи с этим, нами было проведено сопоставление различных комбинаций специфических лабораторных тестов с клиническими проявлениями и осложнениями хламидийной инфекции.

**Материалы и методы.** Всего были обследованы 626 пациентов, из них 333 мужчины и 293 женщины, обратившихся за медицинской помощью в связи с проблемами мочеполовой системы. ДНК *Chlamydia trachomatis* определяли в эякуляте и образцах из уретры у мужчин и в вагинальных образцах и образцах из цервикального канала у женщин методом ПЦР на тест-системах ЦНИИЭ (Москва). Исследование иммунного ответа проводили с помощью иммуноферментных тест-систем «ИммуноКомб» (Orgenics Ltd., Израиль). Выявление видоспецифичных IgA-антител к *C. trachomatis* проводили с помощью ImmunoComb *Chlamydia trachomatis* Monovalent IgA. Дифференцированное выявление видоспецифичных IgG-антител к *C. trachomatis* и *C. pneumonia* проводили с помощью ImmunoComb *Chlamydia Bivalent* IgG. Секреторные IgA-антитела к *C. trachomatis* в эякуляте у мужчин определяли на ИФА тест-системах ImmunoComb *Chlamydia trachomatis* Monovalent IgA.

**Результаты.** Все лабораторные тесты у мужчин распределили на 8 групп: 1-ю группу составили изолированные IgA к *C. trachomatis* в эякуляте ( $n=23$ ); 2-ю – IgG + IgA к *C. trachomatis* в сыворотке + IgA к *C. trachomatis* в эякуляте ( $n=87$ ); 3-ю – IgG к *C. trachomatis* в сыворотке + IgA к *C. trachomatis* в эякуляте ( $n=25$ ); 4-ю – IgA к *C. trachomatis* в сыворотке + IgA к *C. trachomatis* в эякуляте ( $n=17$ ); 5-ю – изолированные IgG к *C. trachomatis* в сыворотке без IgA в эякуляте ( $n=11$ ); 6-ю – IgG + IgA к *C. trachomatis* в сыворотке без IgA в эякуляте ( $n=8$ ); 7-ю – изолированные IgA к *C. trachomatis* в сыворотке без IgA в эякуляте ( $n=19$ ); 8-ю – отсутствие глобулинов в сыворотке крови и эякуляте ( $n=143$ ).

У женщин было сформировано 4 группы в зависимости от наличия или отсутствия следующих положительных тестов: IgG к *C. trachomatis* в сыворотке крови, IgA к *C. trachomatis* в сыворотке крови: 1-ю группу составили IgG к *C. trachomatis* в сыворотке изолированные ( $n=38$ ); 2-ю – IgA к *C. trachomatis* в сыворотке изолированные ( $n=19$ ); 3-ю – IgG к *C. trachomatis* + IgA к *C. trachomatis* в сыворотке ( $n=110$ ); 4-ю – отсутствие глобулинов в сыворотке крови ( $n=126$ ).

Для анализа были взяты чаще всего встречающиеся клинические признаки у женщин: бесплодие (первичное и вторичное)

в паре; неудачи при проведении ЭКО (отсутствие приживания оплодотворённой яйцеклетки, абортирование яйцеклетки на раннем сроке беременности); наличие отягощённого акушерского анамнеза – ОАА (самопроизвольные выкидыши и несостоявшиеся выкидыши); наличие отягощённого гинекологического анамнеза – ОГА (внематочная беременность и резекция яичников); НМЦ (альгодисменорея, метrorрагии, меноррагии, аменорея, олигоменорея); хронические воспалительные процессы в малом тазу в сочетании или без спаечного процесса; бактериальный вагиноз; хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы (цистит, мочекаменная болезнь, пиелонефрит, периодически возникающие дизурии невыясненной этиологии). У мужчин сопоставлялись: бесплодие в паре (первичное и вторичное); различные варианты патоспермии (олиго-, астено-, тератоспермия в разных сочетаниях, пиоспермия, гемоспермия); хронические воспалительные процессы в органах мочеполовой системы (простатит, уретрит, везикулит, орхит, эпидидимит); эректильная дисфункция; эякуляторная дисфункция; неудачи при проведении ЭКО у супруги (отсутствие приживания оплодотворённой яйцеклетки, абортирование яйцеклетки на раннем сроке беременности); осложнения у супруги в виде ОГА и/или ОАА.

Серологические маркеры хламидийной инфекции в целом примерно с одинаковой частотой выявляли у мужчин и женщин обследованных групп. Однако IgA к *C. trachomatis* в изолированном виде выявлялись чаще у мужчин, а сочетание IgG к *C. trachomatis* и IgA к *C. trachomatis* – чаще у женщин. Сочетание IgG к *C. trachomatis* и IgA к *C. trachomatis* у женщин чаще всего встречается при хронических воспалительных и спаечных процессах в малом тазу, при бактериальном вагинозе, а также при хронических воспалительных процессах в органах мочевыделительной системы. Наиболее частым у мужчин при патоспермии является обнаружение IgA к *C. trachomatis* в сыворотке и IgA к *C. trachomatis* в эякуляте. Неудачи при ЭКО и отягощённый акушерский и гинекологический анамнез у женщин не коррелируют ни с одним вариантом их серологических тестов. Однако установлена связь между неудачным ЭКО и наличием изолирован-

ных IgA к *C. trachomatis* в сыворотке без IgA в эякуляте у мужчин. Отягощённый акушерский и гинекологический анамнез у женщин коррелирует с сочетанием IgA к *C. trachomatis* в сыворотке и IgA к *C. trachomatis* в эякуляте у мужчин.

При хронизации хламидийной инфекции обнаружение возбудителя в ПЦР имело место лишь в редких случаях и не коррелировало ни с одним из клинических признаков.

**Заключение.** Подтверждена диагностическая ценность определения в биоматериалах специфических противохламидийных иммуноглобулинов на тест-системах с использованием фосфатазно-щелочного конъюгата в установлении диагноза данного инфекционного заболевания.

### Качество диагностики причин бесплодия в системе практического здравоохранения России

*Рицук С. В., Татарова Н. А., Мирский В. Е.,  
Душенкова Т. А., Гусев С. Н.*

Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

В настоящее время продолжают нарастать негативные тенденции, связанные с увеличением количества бесплодных семейных пар, ухудшением общего и репродуктивного здоровья у детей и подростков, отсутствием системы подготовки семейных пар к естественному и искусственному зачатиям, что, в свою очередь, приводит к частым осложнениям со стороны матери и плода, особенно в результате применения циклов ЭКО.

**Материалы и методы.** В связи с этим, за последние 7 лет нами были обследованы 1 626 человек (1 026 мужчин и 600 женщин), 1 056 из которых составили 528 половых пар с различными заболеваниями репродуктивной системы. Из данной совокупности пар 350 были бесплодны, причём доля мужского бесплодия составила 45 %, женского – 40 %, сочетанного – 15 %. Остальные 178 пар обратились для подготовки к беременности. Обследование данных контингентов проводили с учётом разработанных нами оптимизированных диагностических подходов.

**Результаты.** Уровень репродуктивно значимой инфекционной патологии в различных сочетаниях (хламидийной, микоуреаплазменной и трихомонадной) имел высокие цифры и не отличался в группе пар с бесплодием и в группе подготовки к зачатию – 78 и 77 %, соответственно; это может свидетельствовать о появлении предпосылок к формированию бесплодия у молодых людей ещё до формирования их брачных отношений.

Уровень эндокринной патологии у женщин составил 33,8 и 23,3 %, соответственно, у бесплодных пар и в парах с подготовкой к беременности; преобладала патология щитовидной железы (аутоиммунный тиреозит с гипотиреозом), заболевания надпочечников (скрытый адреногенитальный синдром, синдром гиперкортицизма), гиперпролактинемия и синдром поликистозных яичников.

Реальный уровень поражённости населения репродуктивного возраста хламидиозом был получен после введения в диагностические блоки зарубежных систем для определения специфических IgG и IgA в сыворотке крови и других биоматериалах с использованием фосфатазно-щелочного конъюгата, позволяющего достичь более высокой чувствительности, по сравнению с тестами, основанными на пероксидазной реакции, использующейся в отечественных системах. Заслуживает внимания сопоставление тест-систем «Orgenics» (Франция–Израиль) с тест-системами «Вектор-Бест» (Новосибирск) и ПЦР по результативности диагностики хламидиоза. Около 90 % положительных результатов на тест-системах «ИммуноКомб» (Orgenics-Биоград) по крови не были подтверждены серологическими тестами в тест-системах Вектор-Бест и в ПЦР. Возникновение корреляционных связей положительных результатов и полное отсутствие какой-либо корреляции отрицательных серологических тестов и отрицательных тестов ПЦР с клинической проблемой (в том числе с бесплодием) можно рассматривать как лабораторную недооценку хламидийного инфекционного процесса (ложноотрицательный результат) со всеми вытекающими клиническими последствиями (особенно при проведении циклов ЭКО).

Проведен анализ случаев с неудачными попытками ЭКО у 52 семейных пар, у которых до его проведения (согласно утверждённому диагностическим стандартам) инфекционно-эндокринная патология не выявилась. В результате применения оптимизиро-

ванных диагностических подходов была выявлена репродуктивно значимая инфекционная патология в различных сочетаниях у 36 (69,2 %) пар, из которой преобладала хламидийная (41,9 %), трихомонадная (25,6 %) и микоуреаплазменная (32,6 %) инфекции. У остальных 5 (9,6 %) пар определилась эндокринная патология (аутоиммунный тиреоидит, скрытый аденогенитальный синдром и гиперпролактинемия в различных сочетаниях); ещё у 7 (13,5 %) – сочетанная инфекционно-эндокринная патология; у остальных 4 (7,7 %) причину неудач ЭКО выявить не удалось (возможно, имели место генетические дефекты, отвечающие за эмбриогенез).

**Выводы.** Возникшая ситуация в РФ в репродуктивном здоровье семейных пар, детей и подростков является критической в связи возникновением замкнутого порочного круга: больные семейные пары – больные дети и подростки – больные семейные пары. Настоящая расстановка сил в учреждениях практического здравоохранения не позволяет выйти из данной ситуации по следующим причинам: 1) специалисты, имеющие прямое отношение к репродукции населения (гинекологи, урологи, эндокринологи), не обладают системой знаний по инфектологии, лабораторной диагностике и эндокринной патологии, которая должна быть использована для подготовки семейных пар к реализации репродуктивной функции; в связи с этим, необходимо повышение квалификации этих специалистов в данной области; 2) отсутствует сама система подготовки семейных пар к естественному зачатию с учётом значительного увеличения в последнее время инфекционно-эндокринной и генетической патологии; 3) отсутствуют эффективные стандарты подготовки семейных пар к естественному и искусственному зачатиям; нередко обилие методов обследования являются излишними и неэффективными в решении репродуктивных проблем; 4) необходимо незамедлительное введение эффективных стандартов в амбулаторно-поликлиническое звено практического здравоохранения; 5) форсирование на данном этапе искусственных технологий как способа увеличения количества населения является излишним, нерациональным и крайне отрицательно сказывается на качестве здоровья молодого населения – ухудшает его генофонд; отсутствие системы подготовки и тщательного отбора семейных пар на ЭКО дискредитирует его как метод лечения бесплодия.

## Пути улучшения общего и репродуктивного здоровья женщин-проводников железнодорожного транспорта

*Россолюко Д. С., Россолюко Л. И.*

Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

В подразделениях ОАО «Российские железные дороги» при составлении комплексных планов улучшения условий труда, охраны труда, рационального трудоустройства и разработке лечебно-профилактических мер необходимо учитывать анатомические, физиологические особенности женщин, а также особенности течения беременности и послеродового периода.

Технологическое оборудование и средства механизации, на которых используется труд женщин, должны отвечать их анатомическим и физиологическим особенностям и соответствовать современным требованиям эргономики и производственной эстетики. Оздоровление труда женщин-проводников должно быть направлено, в первую очередь, на снижение психоэмоционального напряжения трудового процесса, создание оптимальных (комфортных) условий в вагоне и должное санитарно-бытовое обеспечение.

Для профилактики неблагоприятного воздействия условий труда на женский организм необходимо улучшать и совершенствовать медицинское обслуживание, условия проведения и частоту предварительных и периодических медицинских осмотров ежеквартально. При поступлении на работу женщины должны проходить медицинское обследование в соответствии с приказом № 90 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.03.1996 г.

Основным методом работы медицинской службы на ОАО «Российские железные дороги» является диспансерный метод. Диспансеризации подлежит контингент больных, здоровых и беременных женщин. Одними из важнейших задач профилактических осмотров должны стать четырехкратные годовые осмотры, при этом необходимо своевременное выявление и лечение воспалительных заболеваний половой сферы, предопухолевых состоя-

Рищук С.В. Сопоставление лабораторных показателей, клинических проявлений и осложнений хламидийной инфекции / С.В. Рищук, С.Н. Дробченко // Материалы 5-й Междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием «Урогенитальные инфекции и репродуктивное здоровье: клиничко- лабораторная диагностика и терапия». - TERRA MEDICA NOVA (Приложение), 2012. - №1. – С. 77-80.

Рищук С.В. Качество диагностики причин бесплодия в системе практического здравоохранения России / С.В. Рищук, Н.А.Татарова, В.Е. Мирский, Т.А. Душенкова, С.Н. Гусев // Материалы 5-й Междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием «Урогенитальные инфекции и репродуктивное здоровье: клиничко- лабораторная диагностика и терапия». - TERRA MEDICA NOVA (Приложение), 2012. - №1. – С. 80-82.