

Определение этиологического фактора при воспалительных заболеваниях органов малого таза: возможности диагностики

Если спросить у любого врача-гинеколога, с какой патологией он чаще всего встречается в своей практической деятельности, он без малейшего сомнения ответит: с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Сегодня существует много проблем и вопросов, связанных с диагностикой и лечением урогенитальной инфекции. В рамках научно-практической конференции «Репродуктивное здоровье семьи как фактор демографического благополучия», которая состоялась 15 мая этого года в г. Киеве, нам удалось узнать мнение специалиста о возможностях диагностики ИППП. Предлагаем нашим читателям узнать о наиболее важных аспектах данного вопроса из беседы с научным консультантом Медицинской лаборатории DILA, кандидатом медицинских наук Ольгой Анатольевной Буркой.



? Ольга Анатольевна, насколько актуальна проблема воспалительных заболеваний органов малого таза? Чем объясняется большая распространенность урогенитальной инфекции среди женщин и какие возбудители наиболее часто у них идентифицируются?

— Урогенитальная инфекция занимает первое место в структуре гинекологической заболеваемости, при этом 60-65% всех пациенток составляют женщины с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ). Этиологический спектр ВЗОМТ включает условно-патогенную (микроорганизмы, которые в норме колонизируют влагалище и нижний отдел цервикального канала) и патогенную флору, представленную различными инфекционными агентами. Сегодня известно 42 возбудителя инфекций, которые передаются половым путем. Согласно эпидемиологическим данным

Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за 2016 г., ежедневно ИППП заражается около 1 млн людей. На протяжении года насчитывается около 357 млн новых случаев хламидиоза, гонореи, сифилиса и трихомониаза. Масштабность инфицирования населения ИППП объясняется тем, что большинство инфекций протекают бессимптомно или только с незначительными клиническими признаками. По этой причине ИППП долгое время могут оставаться нераспознанными. Инфицирование микроорганизмами, относящимися к группе передаваемых половым путем, также возможно парентеральным и вертикальным путем. Наиболее частыми излечимыми формами ИППП являются хламидиоз, гонорея, сифилис, трихомониаз. Среди возбудителей неизлечимых инфекций распространены вирусы простого герпеса, иммунодефицита человека, папилломы человека и гепатита В.

? Какие ошибки наиболее часто допускают гинекологи при ведении пациенток с ИППП?

— В 2016 г. ВОЗ проанализировала приемлемые варианты ведения пациенток



с ИППП и выделила два основных подхода, которые гинекологи используют в своей повседневной практике. Первым вариантом ведения пациенток с ИППП является синдромное управление, при котором диагностика заболеваний основана на выявлении узнаваемых признаков и симптомов для назначения лечения без использования лабораторных исследований. Единственными преимуществами такого подхода является дешевизна и доступность метода. Однако «слепое» назначение антибиотикотерапии характеризуется низкой специфичностью лечения и высоким риском развития ВЗОМТ в дальнейшем. Альтернативный подход к синдромному управлению предусматривает проведение лабораторного обследования на наличие ИППП в качестве скринингового метода у женщин даже при отсутствии жалоб и у пациенток с клиническими проявлениями болезни. Несмотря на то что этот метод более дорогостоящий, он позволяет выявить бессимптомные варианты течения ИППП и назначить рациональную антибиотикотерапию. При применении второго подхода распространенность ВЗОМТ среди женщин существенно снижается.

? Какие показания (с учетом современных тенденций и международных рекомендаций) ведения пациенток с ВЗОМТ являются основными для обследования женщин на наличие ИППП?

— Учитывая эпидемиологические данные и возможность бессимптомного течения ИППП, показаниями к обследованию являются не только явные симптомы патологии (патологические влагалищные выделения, выделение из уретры, дизурия, диспареуния, зуд или раздражение в области наружных половых органов), но и отсутствие жалоб у женщин, у которых:

- появился новый сексуальный партнер;
- партнер имеет ИППП;
- более одного сексуального партнера.

С целью раннего выявления бессимптомной ИППП всем сексуально активным лицам рекомендовано обследоваться каждые 3-6 мес.

? Существует ли оптимальный диагностический алгоритм для верификации ИППП?

— В соответствии с английскими рекомендациями за 2015 г. по ведению и лабораторной диагностике пациенток с патологическими влагалищными выделениями, первым этапом обследования является определение риска заражения ИППП на основании результатов клинической диагностики и данных так называемого сексуального (сексологического) анамнеза пациентки. После этого проводится рН-метрия. При рН $\leq 4,5$ и микроскопии урогенитального мазка, окрашенного по Граму,

исключается кандидоз влагалища. В случае рН $> 4,5$ проводится дифференциальная диагностика бактериального вагиноза от воспалительного процесса. Для этого во влагалищных выделениях определяют наличие ключевых клеток и лейкоцитов, истинных патогенов, условно-патогенных возбудителей с установлением их чувствительности к антибиотикам.

В современных мировых рекомендациях стандартом лабораторной диагностики для большинства ИППП является полимеразная цепная реакция (ПЦР). ПЦР — основной метод диагностики хламидиоза, гонореи, микоплазмоза. Для идентификации трихомониаза в качестве основного метода исследования, кроме ПЦР, может применяться культуральный метод. Такие методики, как определение уровня иммуноглобулинов М и G при хламидиозе, микроскопия материала урогенитального мазка, окраска по Граму, относятся к дополнительным методам исследования (A. Kimberly et al., 2015). Согласно международным стандартам, для диагностики условно-патогенной флоры можно применять как ПЦР, так и культуральные методы.

? Какой должна быть диагностическая тактика врача-гинеколога при обращении молодой женщины, которая не предъявляет никаких жалоб? Нужно ли проводить скрининговые исследования?

— К каждой пациентке, которая обращается к гинекологу, требуется индивидуальный подход. В первую очередь, в ходе беседы с женщиной или с помощью специальных анкет нужно выяснить детали сексологического анамнеза. При наличии нового сексуального партнера на протяжении последнего года, согласно рекомендациям ВОЗ 2016 г., на первом этапе у такой пациентки проводится скрининг наиболее распространенных возбудителей ИППП (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*, *Treponema pallidum*), а также анализ на наличие рака шейки матки (с помощью ПАП-теста методом жидкостной цитологии или традиционным способом).

? XXI век ознаменовался научно-техническим переворотом во всех сферах жизни человека, а полученные знания изменили представление о лабораторной диагностике многих заболеваний. Какие методы идентификации *Chlamydia trachomatis* сегодня являются актуальными, а какие остались в истории?

— Для идентификации *Chlamydia trachomatis* используют метод амплификации нуклеиновых кислот, культуральный метод, серологические анализы. Метод амплификации нуклеиновых кислот является наиболее эффективным для верификации




Доступна лабораторна діагностика для вирішення клінічних задач у реальній лікарській практиці

-  Система менеджменту якості (TQM)
-  Міжнародні стандарти ISO 9001; ISO 15189
-  Міжнародні системи оцінки якості EQAS і RIQAS (Великобританія і США)
-  Актуальні рішення клінічних задач
-  Клінічна верифікація результатів
-  Термінове повідомлення про критичні показники
-  Індивідуальний професійний консалтинг 0 800 600 911, consult@dila.com.ua



- Інноваційні методики, передові технології
- Обладнання від світових лідерів: Siemens, Abbott, bioMerieux, Beckman Coulter
- Моніторинг виробничих процесів з матеріалами Randox, BIO-RAD, Siemens
- Єдина інформаційна служба 0 800 606 777, 0 800 752 180

www.dila.ua

Система управління якістю сертифікована відповідно до міжнародного стандарту ISO 9001:2015 № UA226572 від 15.09.2017. Аналізатори серії вартості відомі до ДСТУ EN ISO 15189:2015 (EN ISO 15189:2012, IDT) № 3M001 від 19.10.2016. Акредитований сертифікат вихідної категорії МОЗУ МЗ № 013358 від 23.02.2017. Ліцензія на медичну практику МОЗУ АБ №041980 від 22.11.2014.

Реформа охорони здоров'я: коментарі експертів

Реформування системи охорони здоров'я за останні два роки стало одним з найбільш актуальних та дискусійних питань в українському суспільстві. Обговорення реформи продовжується, оскільки на етапі її впровадження виникла низка проблем. Україна перебуває в процесі докорінної перебудови системи охорони здоров'я, і здійснити це непросто. Пропонуємо нашим читачам коментарі експертів з приводу стану реформи, ідей, покладених в її основу, невирішених питань і можливого впливу на різні галузі медицини.



Член-кореспондент Національної академії медичних наук України, завідувач кафедри діабетології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Борис Микитюк

— Як вузький фахівець я, безперечно, не можу говорити про загальні результати медичної реформи або її перспективи в цілому. Стосовно ендокринологічної служби важливо відзначити, що в останні роки вдалося запустити реєстр хворих на цукровий діабет, які отримують інсулін. Цей реєстр наразі успішно функціонує на всій території нашої країни, що, поза сумнівом, є серйозним зрушенням, великою перемогою національної системи охорони здоров'я. Завдяки цьому тепер ми точно знаємо кількість пацієнтів, які отримують інсулінотерапію.

Буду відвертим: отримана статистика нас неприємно здивувала, адже інсулінозалежних хворих виявилось набагато менше, ніж було задекларовано у звітах за попередні роки. Так, раніше йшлося приблизно про 220 тис. осіб, а нині ми чітко бачимо, що в Україні на сьогодні близько 175-180 тис. мешканців отримують інсулін. Реєстр дозволив визначити реальні потреби в інсуліні, а також більш детально оцінити ситуацію з лікуванням цукрового діабету в нашій державі.

Також у рамках реформи повною мірою запрацювала система реімбурсації для забезпечення пацієнтів інсуліном. Фактично зараз хворий на цукровий діабет має можливість приймати саме той інсулін, який він особисто і його лікар вважають оптимальним. Пацієнт отримує інсулін в аптечній мережі, яка, своєю чергою, отримує відшкодування від держави. Отже, наразі ні лікар, ні пацієнти не залежать від результатів тендерів, що проводилися в регіонах. Запуск механізму реімбурсації є дійсно прогресивним кроком, який наближає українську систему надання допомоги хворим на діабет до європейської моделі.

Щодо такої складової реформи, як впровадження доказової медицини в рутинну лікарську практику, то й там намітився певний позитивний поступ. Варто відзначити, що ендокринологи, на мою думку, в основній масі і раніше дотримувалися чинних стандартів у лікуванні цукрового діабету. Колектив нашої кафедри на науково-практичних конференціях і на сторінках ЗМІ постійно й послідовно пропагує стандартизований підхід до ведення таких хворих. Утім, сьогодні це вже набагато простіше, оскільки принаймні більшість практикуючих ендокринологів не лише розуміє необхідність впровадження світових принципів у практику лікування діабету, а й послуговується ними у своїй діяльності.

Певні питання у нашій фаховій спільноті пов'язані з передачею деяких повноважень лікарям первинної ланки. Як ендокринологу мені б хотілося, щоб усіх пацієнтів із цукровим діабетом консультував профільний спеціаліст. Однак з огляду на величезну і постійно зростаючу кількість хворих ендокринологічного профілю, вузькі фахівці, на жаль, не завжди справляються, і ця тенденція зберігатиметься й у перспективі. Як свідчить європейський та американський досвід, хворі на цукровий діабет, наприклад, цілком успішно можуть лікуватися на первинній ланці, отримуючи періодичні консультації ендокринолога. Така практика неминуче стане реальністю і для нашої країни.



Народний депутат, заступник голови Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я, голова підкомітету з питань контролю реалізації медичної реформи Ірина Володимирівна Сисюк

— Навряд чи хтось з українців не погодиться з тим, що останніми десятиліттями медицині на державному рівні не приділялося належної уваги. Галузь фінансувалася за залишковим принципом, а застарілі підходи управління не гарантували гідного рівня матеріального і соціального забезпечення медиків і, відповідно, належної якості і доступності медичної допомоги пацієнтам. Та й про яку якість може йтися, коли більшість медичних установ країни не мали ані сучасної апаратури, ані ліків, а медики виїжджали працювати за кордон?

Держава нормою Конституції України гарантує безкоштовну медичну допомогу своїм громадянам, але, на жаль, не створено механізму реалізації цієї гарантії.

І медики, і пацієнти мають бути під захистом держави. Її завдання — створити комфортні умови для роботи медиків, надати їм необхідні інструменти, обладнання, ліки, гідну оплату праці. Лікар не повинен отримувати стільки ж, як охоронець або прибиральниця, і опинитися перед вибором: залишитися в професії або змінити сферу діяльності, щоб прогнати сім'ю. Матеріальні аспекти мусять відійти на задній план. Лише тоді медик зможе займатися тим, чим повинен, — лікуванням хворих. Отже, у вигравші будуть не тільки фахівці, а й їхні пацієнти.

Хворий, своєю чергою, не зобов'язаний оплачувати медичні послуги з власної кишені під виглядом благодійних внесків. Кожна копія з коштів, які збирає держава у вигляді податків і спрямовує на систему охорони здоров'я, повинна йти на оплату медичних послуг тому пацієнтові і в ту лікарню, де ця послуга надається.

У 2017 році нам нарешті вдалося ліквідувати «совкові» норми в законодавстві, яке регулює діяльність системи охорони здоров'я. Верховна Рада ухвалила важливі закони (про автономізацію медичних установ, про фінансові гарантії медичного обслуговування населення, про розвиток сільської медицини), які наближать українську медицину до європейських стандартів медичної допомоги.

Коли багато лікарів і колег — народних депутатів намагалися переконати мене, що нові закони не вдасться затвердити, як це траплялося в попередні роки, я знала, що все вийде! І старт медичної реформи в Україні на основі нових законів — переконливий доказ.

Тепер важливо реалізувати ухвалені закони. Це відповідальність уряду. Але я ні на крок не відійду від контролю цього процесу. Для мене є принципово важливим, щоб закони, в які вкладено стільки моєї праці й зусиль багатьох інших людей, дали користь пацієнтам і медикам. Вірю, що ми не тільки дивитимемося на європейський рівень надання медичної допомоги по ТБ або під час закордонних подорожей, а й досягнемо того, що це стане реальністю в нашій країні.

Начальник Управління реформ медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, керівник напрямку менеджменту Української асоціації сімейної медицини Костянтин Олександрович Надутий

— Від реформування системи охорони здоров'я пацієнти очікують підвищення якості та доступності медичних послуг, лікарі — зростання заробітної плати та покращення умов праці. Якою мірою і як швидко ці



очікування будуть задоволені, залежить від впровадження цілої низки системних змін, як-от: реєстрація населення в лікарів первинної ланки, використання ефективних економічних стимулів якості, забезпечення необхідної кваліфікації, дотримання адекватного навантаження на лікарів тощо.

Слід зазначити, що сьогодні для спонукання лікарів до активної реєстрації пацієнтів застосовується доволі значущий економічний стимул: лікар отримує суму приблизно в 1,5 рази більшу суму оплати за кожного пацієнта, що уклав з ним договір. Однак на сьогодні зареєстровано тільки 20-30% пацієнтів. Таке гальмування пояснюється передусім тим, що первинна допомога і профілактика не є чимось цінним для більшості самих пацієнтів. Отже, на цей час тільки за частину пацієнтів лікарі зможуть отримувати оплату за збільшеним тарифом. Окремі випадки успішного укладання лікарем декларацій з 2 і більше тисячами пацієнтів — лише поодинокі випадки (часом адміністративно стимульовані), але не система і в найближчі декілька років не має шансів стати системою. Повністю ж охопити населення реєстрацією в такий спосіб практично неможливо, на що вказує досвід інших країн.

Треба брати до уваги, що в Україні близько 85% бюджету закладів охорони здоров'я припадає на заробітну плату медичних працівників. Якщо фінансування медичних закладів істотно не збільшиться, то досягти підвищення заробітної плати в три чи чотири рази можливо тільки за умови скорочення еквівалентної кількості медичного персоналу. Передбачається, що принцип «Гроші ідуть за пацієнтом» має стимулювати конкуренцію між лікарями, тобто ті працівники, які не зможуть надавати якісні послуги, не отримуватимуть достойної оплати, що за актуальної кадрової ситуації виглядає як мінімум наївно. Водночас насправді найвища якість та ефективність першої медичної допомоги досягається у великих колективах з лікарів, медсестер інших спеціалістів, де не конкуренція, а співпраця, ефективна взаємна підтримка є важливими чинниками якості.

Не можна забувати й про фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП), що виконують важливу медико-соціальну функцію (переважно з медичного нагляду за пацієнтами похилого віку в сільській місцевості) і також потребують фінансування. У новій моделі фінансування під питанням залишається доля працівників ФАПів та їх підопічних у нових конкурентних умовах, адже в капітаційному тарифі ФАПів просто «не видно».

Важливим є підхід до фінансування профілактичних заходів. Профілактика — потужний інструмент системи охорони здоров'я, що дозволяє значно зменшити потреби громадян у дорогих медичних втручаннях і покращити здоров'я населення. Однак результати профілактичних процедур не очевидні на рівні лікаря та пацієнта, вони проявляються лише на рівні популяції і з часом. Саме тому профілактика та рання діагностика захворювань у країнах з ефективними системами медичного обслуговування фінансуються державою окремо за спеціальними програмами. МОЗ, на жаль, залишило поза увагою наші пропозиції використовувати такий підхід.

Якість медичних послуг залежить не тільки від оплати, а й від навантаження на лікаря. Наприклад, у Києві приблизно 5 млн населення, а кількість лікарів була завжди розрахована лише на 2,7 млн. На сьогодні тільки 1 тис. лікарів первинної ланки почали реєструвати пацієнтів, а це третина від необхідної кількості. За таких умов навантаження на окремого лікаря може перевищувати норму у 2-3 рази, що не дозволяє серйозно говорити про якість медичного обслуговування на первинному рівні, тим більше про довгоочікуване стрімке її підвищення внаслідок реформи.

Підготували **Олександра Меркулова, Ольга Радучич та Ігор Кравченко**

? **Які зміни відбулися в лабораторній діагностиці такої ІППП, як трихомоніаз?**

— В XIX столітті для виявлення *Trichomonas vaginalis* використовували мікроскопію нативного мазка, але цей метод характеризується низкою чутливістю (38-82%). С 1990 г. активно використовується дослідження InPouch TV, яке включає культуральний метод і мікроскопію вологого мазка. Більше переваг цього методу — це виявлення возбудителя при наявності 3-10 мікроорганізмів в біологічному матеріалі, в той час як для ідентифікації трихомонад з допомогою ПЦР потрібно 50 копій ДНК на реакцію. По тому виявлення *Trichomonas vaginalis* методом InPouch TV сьогодні вважається золотим стандартом.

! **В Медичній лабораторії DILA доступні всі сучасні методи ідентифікації *Trichomonas vaginalis* (InPouch TV, метод Real time ПЦР), а також скринингові дослідження для виявлення методом ПЦР (Скринінг 7 ІППП) 7 найбільш розповсюджених возбудителів ІППП (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*).**

? **В практичній діяльності лікарів-гінекологів часто зустрічаються ситуації, коли жінка звертається з скаргами на в'язкісті виділення, але при лабораторних аналізах виявити патогенного возбудителя не вдається. Яка оптимальна тактика в цьому випадку?**

— Таких пацієнток слід обстежити на наявність умовно-патогенної мікрофлори з обов'язковою оцінкою в кількісному форматі. Мікрофлора в'язкістих виділень здорової жінки представляє собою комплексну динамічно змінювану мікробіоту, яка включає крім грамположителів (лактобацилл) грамнегативні облигатні анаеробні палички, грамположителі і грамотрицателі кокки, ентеробактерії. По тому використання якісних методів дослідження для діагностики запального процесу, викликаного умовно-патогенною флорою, або бактеріального вагінозу нецелесообразно, ця патологія потребує кількісного обґрунтування. Медична лабораторія DILA для діагностики бактеріального вагінозу пропонує кількісний метод ПЦР (Скринінг бактеріального вагінозу), з допомогою якого визначається кількість копій ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Lactobacillus* spp. В нормі референтні значення для *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* становлять <10⁴, а для *Lactobacillus* spp. >10⁶. Превышення загальної кількості копій ДНК *Gardnerella vaginalis* і *Atopobium vaginae* над *Lactobacillus* spp. відповідає бактеріальному вагінозу.

Підготувала **Ілона Цюпа**

