

## ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Ломоносова О.А.

Днепропетровская государственная медицинская академия. Кафедра кожных и венерических болезней, г.Днепропетровск

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), характеризуются высоким уровнем распространенности и неуклонной тенденцией к росту во всех странах мира, в том числе и в Украине. По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируется более 330 млн больных ИППП, наиболее частыми возбудителями которых являются *Trichomonas vaginalis*, *Chlamidia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*. Общие пути передачи урогенитальной инфекции (УГИ) ведут к одновременному инфицированию большого количества возбудителями. Воспалительные процессы сопровождаются нейротрофическими изменениями в слизистом и подслизистом слоях мочевого тракта (МПТ).

Инфекционно-воспалительные заболевания урогенитального тракта в настоящее время являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем национальных служб здравоохранения во всех регионах мира вследствие их широкого распространения и влияния на репродуктивное здоровье населения. По данным ВОЗ в последние 20-30 лет во всех высокоразвитых странах наблюдается увеличение числа бесплодных браков, при этом в 30-50% случаев бесплодие обусловлено стерильностью мужчин.

Огромная медицинская и социальная значимость проблемы определяют необходимость решения целого ряда задач, связанных с диагностикой и повышением эффективности лечения УГИ, направленных на предупреждение развития осложнений и хронизации процесса, предотвращение развития дегенеративных процессов в слизистом и подслизистом слоях МПТ, ограничение распространения ИППП, профилактику бесплодия. Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных с УГИ, осложненными вторичным бесплодием, путем разработки дифференцированных показаний и методов комплексной терапии с учетом этиологических факторов воспалительного процесса, а также особенностей спермограммы, адреналовой системы, вегетативного, эндокринного и иммунного статуса.

Материалы и методы. Исследование проводилось у пациентов, обратившихся по вопросам планирования семьи. Критерии отбора пациентов: - мужчины в возрасте от 20 до 50 лет; - жалобы на вторичное бесплодие по истечении 2-3 лет нормальной половой жизни при отсутствии нарушений фертильности у женщины; - наличие хронической рецидивирующей УГИ и/или хронических воспалительных заболеваний мочевого тракта; - обязательное наличие гонореи в анамнезе, выявленные при обследовании случаи гонореи исключались из исследований и направлялись на лечение. Все исследуемые больные были распределены на группы: I (контроль) - соматически здоровые мужчины с нормальной репродуктивной функцией без ИППП - 10 человек; II (контроль) - инфертильные мужчины с секреторно-эндокринным бесплодием без ИППП - 16 человек; I (основная) - больные с хроническими УГИ нижних отделов МПТ, страдающие вторичным бесплодием - 25 человек; II (основная) - больные с хроническими УГИ, осложненными заболеваниями мочевого тракта в сочетании со вторичным бесплодием - 42 человека; III (основная) - больные с хроническими воспалительными заболеваниями верхних отделов МПТ, страдающие вторичным бесплодием, у которых ИППП отсутствовала - 21 человек. В исследованиях использовались методы: - клиничко-анамнестические; - общеклинические; - инструментальные (УЗИ, Ro); - определение инфекционного возбудителя (бактериоскопический, бактериологический, цитологический, ИФА, ПИФ, ПЦР); - иммунологические (показатели клеточного и гуморального иммунитета); - исследование эякулята (микроскопия, окрашивание гематоксилином и эозином, морфометрия); - радиоиммунологический (определение половых, гонадотропных гормонов, гормонов щитовидной железы, надпочечников); - оценка вегетативного статуса (симпатическая, парасимпатическая регуляция); - статистические.

Результаты.

1. Клиничко-анамнестическими особенностями хронических УГИ у лиц, перенесших в анамнезе гонорею и страдающих вторичным бесплодием, являются: преобладание малосимптомных и торпидных форм заболеваний; наличие смешанной ИППП у 63,6 % больных, а также их ассоциаций с условно-патогенной флорой - у 46,6 %; наличие хронических воспалительных заболеваний мочевого тракта - у 71,6 %, в том числе распространенных на несколько органов у 51,1 % пациентов.

2. Патоспермия выявлена у 68,2 % пациентов, в том числе в 76,2 % случаев при осложненных УГИ, что проявлялось достоверным снижением по сравнению со здоровыми лицами общего числа сперматозоонов в 1 мл эякулята (в 1,3-2 раза) и интегративного показателя плодовитости (в 2,1-5,8 раза), лейкоцитозом, увеличением количества сперматозоонов с патологией, нарушением их подвижности, увеличением времени разжижения, ухудшением вязкости, снижением содержания фруктозы и лимонной кислоты, появлением антиспермальных антител. Выявленные нарушения свойств эякулята коррелировали с продолжительностью инфекционно-воспалительного процесса и, несмотря на сопоставимость ряда показателей спермограммы с секреторно-эндокринным бесплодием, в отличие от последнего носили обратимый характер.

3. Степень выраженности эндокринных и гормональных нарушений у инфертильных больных с постгонорейными поражениями мочевого тракта и другими УГИ характеризуется достоверным повышением уровней ФСГ и ЛГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона; снижением содержания тестостерона;

повышением ТТГ и снижением Т4 при относительно нормальном уровне Т3, адреналина, норадреналина, 17-КС и дофамина, что подтверждает роль хронической инфекции как триггерного фактора в возникновении взаимозависимых гипоталамо-гипофизо-гонадных изменений, приводящих к приобретенной патоспермии.

4. У больных со вторичным бесплодием, преимущественно с осложненными формами УГИ, иммунная супрессия проявляется количественным дефицитом Т-лимфоцитов, дисбалансом субпопуляций Т-клеток, снижением иммунорегуляторного индекса, повышением активности натуральных киллеров, увеличением продукции В-лимфоцитов и содержания IgA, снижением IgG, что угнетает сперматогенез.

5. При вторичном бесплодии выявлены признаки вегетативных нарушений нервной системы с преобладанием парасимпатических проявлений, более выраженные при осложненных формах УГИ. Установленные корреляционные ассоциации нарушений спермограммы с иммунными, гормональными и вегетативными изменениями позволяют предполагать взаимосвязь этих систем в патогенезе вторичного бесплодия.

6. Комплексное этиотропное лечение проводится одним курсом, независимо от количества возбудителей, всем половым партнерам сразу же после постановки диагноза препаратами не обладающими тератогенным действием: Метронидазол, Фазижин, Спирамицин, Вильпрафен, Юнидокс.

7. Целесообразно назначать антигомотоксические препараты - Траумель-С, Эхинацея-Композитум - на аутокрови, для ускорения элиминации возбудителя, восстановления фертильности, устранения токсических влияний инфекции.

8. С целью дифференцированной иммунокоррекции при хронической осложненной урогенитальной инфекции назначают Циклоферон и Тиотриазолин; при поражении иммунных отделов - Протефлазид и Гонококковую вакцину; при воспалительном процессе без ИППП - Амиксин и Пирогенал.

9. Разработанные нами алгоритмы терапии этих больных сократили сроки лечения, нормализовали лабораторные показатели, способствовали восстановлению фертильности эякулята и рождению здоровых детей у 20 из 88 семейных пар.

Вывод. Современный этап борьбы с ИППП требует интеграции усилий врачей дерматовенерологов со всеми смежными специалистами, занимающимися репродуктивным здоровьем, для стандартизации подходов к диагностике, лечению и установлению критериев излеченности от ИППП.