

© ЗИНДОБРАЯ Ю.Е., ПОЗДНЯКОВА О.Н.

УДК 616.97:618.177+616.697

К ВОПРОСУ О НАРУШЕНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ

Ю.Е. Зиндобрая, О.Н. Позднякова

Новосибирский государственный медицинский университет, ректор –
д.м.н., проф., И.О. Маринкин; кафедра дерматовенерологии и косметологии,
зав. – д.м.н., проф., О.Б. Немчанинова.

Резюме. Урогенитальный трихомониаз является частой причиной возникновения простатита. В статье приводится анализ результатов клинико-лабораторного исследования, цель которого – выявление воспаления предстательной железы и нарушения фертильности у мужчин, больных урогенитальным трихомониазом. У пациентов снижается оплодотворяющая способность эякулята: уменьшается подвижность сперматозоидов, увеличивается число патологически измененных форм.

Ключевые слова: урогенитальный трихомониаз, простатит, спермограмма, фертильность, эякулят.

Зиндобрая Юлия Евгеньевна – врач дерматовенеролог ООО "МедиоМед",
г. Новосибирск; e-mail: yuliazindobraya@mail.ru, тел: 8(383)3548699.

Позднякова Ольга Николаевна – д.м.н., проф. кафедры дерматологии и косметологии НГМУ; тел. 8(383)2740412.

Одним из наиболее распространенных заболеваний мочеполовой сферы среди мужчин молодого и среднего возраста является простатит. По данным отечественных авторов, от 11% до 35% мужчин в возрасте от 20 до 40 лет страдают данным заболеванием и только незначительная часть обращается за медицинской помощью [3,5]. Это связано с обилием рекламы лекарственных

препаратов и биологически-активных добавок в средствах массовой информации, что приводит мужчину к процессу самолечения, которое в большинстве случаев является необоснованным и бесполезным, а иногда и вредным для организма в целом.

Снижение потенции и репродуктивной функции придает социальную значимость этому заболеванию. Отсутствие чёткой и правдивой информации о данной патологии, единого подхода в диагностике и тактике лечения (при показаниях) среди врачей урологов и дерматовенерологов отталкивает мужчин от профилактических мер (давно забытая диспансеризация), а при развитии болезни приводит пациента к длительному походу по медицинским учреждениям в поисках адекватного лечения.

Наиболее частой причиной возникновения простатита являются инфекционные поражения уrogenитального тракта, особенно трихомониаз, который, несомненно, способствует развитию острого и хронического простатита.

Важность этой проблемы связана с тем, что воспаление предстательной железы, вызванное ИППП, может значительно нарушать ее функции, обеспечивающие мужскую фертильность. При изменении свойств секрета простаты, вследствие воспаления, наблюдаются следующие изменения в сперме, снижающие способность мужчины к оплодотворению:

- снижение pH спермы в кислую сторону – так как при воспалении простаты в секрете начинают накапливаться кислые продукты патологического окисления. Кислая среда чрезвычайно губительна для сперматозоидов вызывая их обездвиживание и даже гибель;

- агглютинация сперматозоидов – их склеивание в основном головками, связанное с изменением физико-химических свойств секрета;

- астеноспермия – снижение подвижности сперматозоидов, вызванное сдвигом pH в кислую сторону и нарушением выработки простатой лецитиновых телец, которые обеспечивают жизнедеятельность сперматозоидов [3].

Часто простатогенное снижение фертильности может быть связано с контаминацией микрофлоры на спермиях и их ранней акросомной реакцией.

Известно, что в предстательной железе осуществляется метаболизм половых гормонов, в связи с чем снижение ее андрогентрансформирующих свойств при воспалении может приводить к угнетению сперматогенеза [1]. Определенную роль в нарушении фертильности могут также играть нарушения копулятивной функции, связанные с длительно протекающим воспалительным процессом в предстательной железе. Установлено, что продолжительность и кратность перенесенных ИППП коррелируют со снижением фертильности у мужчин [2].

Учитывая изложенное, целью исследования являлось выявление частоты возникновения трихомонадного простатита и нарушения фертильности у мужчин, больных острыми и хроническими формами урогенитального трихомониаза.

Материалы и методы

Исследование одобрено локальным этическим комитетом Новосибирского государственного медицинского университета.

Клинико-лабораторное обследование было проведено в группе пациентов – 128 мужчин с острыми и хроническими формами урогенитального трихомониаза, обратившихся в поликлиническое отделение ГБУЗ НСО «НОКВД» г. Новосибирска за период с 1.10.2006 г. по 10.02.2009г. Критерий включения в исследование: верифицированный диагноз урогенитального трихомониаза. При наборе группы учитывались следующие показатели: возраст, первичное или повторное заражение трихомонадной инфекцией, давность заболевания, наличие воспаления и *Tr.vaginalis* в секрете предстательной железы, исследование спермограммы.

Для определения субъективного состояния больных простатитом использовался I-PSS тест (Prostata Syndroms System). Эта оценка играет заметную роль в выраженности депрессивного синдрома, который, как известно, достаточно характерен для хронического простатита. Тест удобен

для количественной оценки субъективных проявлений болезни (S) (рези при мочеиспускании, чувство дискомфорта над лобком, болезненный оргазм, неприятные ощущения в мошонке, в крестце или в пояснице, в области промежности и головки полового члена, повелительные позывы к мочеиспусканию, неоднократные ночные мочеиспускания, задержки при первом утреннем мочеиспускании) и качества жизни, оцениваемых самим пациентом (L) (отличное, хорошее, удовлетворительное, плохое, очень плохое, ужасное). Оценка общего состояния проводилась по сумме баллов: S+L (легкая степень – не более 7; средняя – от 8 до 19; серьезная – от 20 до 35; тяжелая – свыше 35).

Для диагностики ИППП использовались следующие методики: бактериоскопическое и бактериологическое исследование материала (соскоб из уретры, секрет предстательной железы, сперма). Клинический диагноз отражал основное заболевание и сопутствующую патологию. Основной диагноз формулировался с учетом рекомендаций ВОЗ и Международной классификации болезней 10 пересмотра (раздел Б. 37.4). Результаты исследования обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

При исследовании наибольший процент трихомонадной инфекции выявлен в возрастной группе 20 - 29 лет – 41% (52 чел.), в группах 30-39 лет и 40-49 лет – 31% (40 чел.) и 25% (32 чел.) соответственно. В возрастных группах до 20 и старше 50 лет зарегистрирован одинаковый процент заболевших – 1,5% (по 2 чел.).

По поводу первичного заражения трихомонадной инфекцией обратилось – 26% (34 чел.), повторно – 74% (94 чел.). В исследуемой группе у 32% (42 чел.) пациентов отмечался острый процесс, давность заболевания менее 2-х месяцев, а у 68% (86 чел.) пациентов – хронический с давностью заболевания более 2-х месяцев. Трихомонадный уретрит — наиболее частая форма мочеполового трихомониаза у мужчин. По литературным данным, в 30%

случаев он протекает в острой форме, в 60-70% — в хронической форме или бессимптомно [4].

Исследование секрета предстательной железы показало, что в группе пациентов со свежей трихомонадной инфекцией у 71% (30 чел.) отмечалось наличие в ней воспалительного процесса (лейкоцитоз от 15-20 лейкоцитов до сплошь), а у 29% (12 чел.) воспаление отсутствовало. При этом *Tr. vaginalis* были обнаружены только у 8 пациентов с наличием воспалительного процесса в предстательной железе, тогда как у 22 чел. *Tr. vaginalis* в секрете отсутствовали, что свидетельствует о «реактивном» характере развития простатита.

В группе пациентов с хронической трихомонадной инфекцией воспалительный процесс в предстательной железе отмечался у 51% (44 чел): лейкоцитоз в секрете от 15 до 45 лейкоцитов в поле зрения. *Tr. vaginalis* были обнаружены у 28% (24 чел.), из них только у 1 мужчины количество лейкоцитов в секрете предстательной железы было в норме.

Анализ спермограммы проводился в группе пациентов с хронической трихомонадной инфекцией (всего проведено 53 исследования). У 85% (45 чел.) в той или иной степени отмечалось нарушение подвижности сперматозоидов, которое определяется как астенозооспермия (астеноспермия).

Вопрос о связи хронического простатита и нарушений фертильности не имеет в настоящее время однозначного ответа. В связи с тем, что предстательная железа продуцирует около 30% семенной жидкости, обеспечивающей жизнеспособность сперматозоидов, их транспорт и оплодотворяющую способность, логично предположить, что изменение ее секреторной активности должно приводить к изменениям фертильности.

По результатам I-PSS тестирования, у 53% (68 чел.) отмечается легкая степень, у 45% (58 чел.) – средняя степень и у 2% (2 чел.) – серьезная степень выраженности симптомов простатита.

У больных хроническим простатитом нередко развиваются невротические расстройства. Они были замечены многими исследователями еще на заре развития учения о заболевании. Б. Н. Хольцов (1909) писал, что встревоженные длительностью заболевания и не удовлетворительными результатами лечения больные хроническим простатитом фиксируют внимание на своем недуге, уходят в болезнь, преувеличивают имеющиеся у них расстройства [5]. В результате у них развивается неврастения, выражающаяся не только местными (нарушения мочеиспускания, расстройства половой деятельности, парестезии и боли), но и общими нервными расстройствами (уныние, глубокая меланхолия). Одним из факторов развития вторичного неврастенического синдрома при хроническом простатите может быть стресс.

Таким образом, полученные нами клинические и лабораторные данные свидетельствуют о том, что наибольший процент трихомонадной инфекции выявлен в возрастной группе 20-29 лет – 41%, это, вероятно, связано с наибольшей сексуальной активностью в данный возрастной период. У 68% обратившихся имело место хроническое течение заболевания. Исследование секрета предстательной железы показало, что в группе пациентов со свежей трихомонадной инфекцией даже при отсутствии *Tr. vaginalis* в секрете отмечается воспалительный процесс в предстательной железе, что свидетельствует о «реактивном» характере развития простатита. Все мужчины в 100% случаев отмечали ухудшение качества жизни по шкале I-PSS (Prostata Syndroms System). При исследовании спермограммы у 85% мужчин с хронической трихомонадной инфекцией отмечалось снижение подвижности сперматозоидов, что свидетельствует о нарушении фертильности у данной группы пациентов, и, следовательно, о высокой социальной значимости этой проблемы.

Уретрогенный простатит – одна из наиболее частых причин бесплодия. Тщательное выявление и успешное лечение даже бессимптомно протекающих хронических простатитов – путь к восстановлению утраченной

фертильности. Учитывая высокую частоту развития простатита у больных урогенитальным трихомониазом с целью оптимизации терапии и профилактики осложнений рекомендуется проводить обследование предстательной железы у всех мужчин, больных этой инфекцией.

FERTILITY DISTURBANCES IN PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC FORMS OF UROGENITAL TRICHOMONIASIS

Y. Zindobraya, O. Pozdnyakova.

Novosibirsk State Medical University

Abstract. Urogenital trichomoniasis is a frequent reason of prostatitis development. The paper presents clinical and laboratory analysis which was aimed to reveal inflammation of prostate and fertility disturbances in men with urogenital trichomoniasis. In the studied ejaculate fertilization capacity decreased: sperm motility was less and the number of pathologically changed forms increased.

Key words: urogenital trichomoniasis, prostatitis, spermogramm, fertility, ejaculate.

Литература

1. Аль-Шукри С.Х., Амдий Р.Э., Бобков Ю.А. Урология: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Академия, 2005. – 448с.
2. Анискова И.Н., Дадашев С.Я., Гомберг М.А. Нарушение гематотестикулярного барьера как следствие хламидийной инфекции у мужчин, состоящих в бесплодном браке // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2006. – № 6. – С.24-28.

3. Арнольди Э.К. Хронический простатит, проблемы, перспективы, опыт. – Ростов –на-Дону: Феникс, 1999. – 314 с.
4. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г.. Урогенитальный трихомониаз // Лечащий врач. – 2003. – №7. – С. 15-19.
5. Хольцов Б.Н. Повреждения и заболевания предстательной железы. – СПб.: Государственное издательство, 1909. – С. 24.