

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКОМ БЕСПЛОДИИ

И.И. Горпинченко, Дж.Т. Иманов

Украинский Институт сексологии и андрологии, г. Киев

Введение. Хронические воспалительные заболевания половых органов относятся к так называемым социопатиям, то есть заболеваниям, имеющим не только медицинское, но и социальное значение ввиду широкого распространения среди сексуально активного населения. Более 25% молодых людей страдают этими заболеваниями. Распространенность среди городского и сельского населения составляет по данным статистики соответственно 10 и 7%, хотя реальные цифры в 2–3 раза больше [1,2].

Все возрастающее число больных урогенитальным хламидиозом делает это заболевание весьма серьезной проблемой современной медицины. Сексуальная революция и свободные сексуальные контакты, плохая экология, сниженный иммунитет разрушили многие барьеры и сделали человека уязвимым пред инфекциями, приводящими к бесплодию.

Более половины случаев смешанной инфекции сопровождаются осложнениями, среди которых особое место занимает экскреторно-токсическое бесплодие у мужчин [3]. Воспалительные заболевания половых органов и мочевыводящих путей, этиологическими агентами которых могут быть как патогенные, так и условно-патогенные микроорганизмы, являются одной из наиболее частых причин обращения пациентов к специалистам [4].

Моноинфекция встречается редко, и в генезе всех патологических изменений, происходящих в организме человека, особенно в мочеполовом канале, лежат его микст-формы. Возникновению урогенитальных микст-инфекций способствуют оральные и внутриматочные контрацептивы, исключающие использование презервативов, нерациональный прием антибиотиков, кортикостероидных гормонов.

Наибольшее значение в настоящее время представляют хламидийные заболевания, которые передаются от человека к человеку: трахома, конъюнктивит, болезнь Рейтера, заболевания урогенитального тракта и венерическая лимфогранулема. Среди всего спектра заболеваний, ас-

социированных с *Chlamydia trachomatis*, передающиеся половым путем заболевания урогенитального тракта приобрели особенно большое значение, потому что, как правило, поражают людей в период наибольшей половой активности. К сожалению, эти заболевания диагностируются значительно реже, чем они имеют место. Это связано с тем, что *Chlamydia trachomatis* в урогенитальном тракте может быть ассоциировано с *Trichomonas vaginalis*, *Nesseria ganorchoeae* и любым другим патогенным или условно-патогенным микроорганизмом, а в зависимости от этого и клиническое проявление инфекции бывает различным [5,6].

При смешанной инфекции, остро протекающие формы цервицита, уретрита и цистита наблюдаются очень редко. Акушеры-гинекологи, урологи и венерологи гораздо чаще наблюдают хронические заболевания мочеполовой системы (цервициты, уретриты, вульвовагиниты, эндометриты, циститы, простатиты и др.) и относят их к болезням невыясненной этиологии. Общепринятые методы антибактериальной терапии в таких случаях нередко оказываются безуспешными, заболевания приобретают затяжное течение с развитием в последующем многочисленных осложнений (импотенция, бесплодие, внутриутробная инфекция) [7].

Выявление экскреторно-токсического бесплодия инфекционной этиологии у мужчин во многом зависит от уровня организации медицинской службы и возможностей комплексного подхода к диагностике хламидиоза.

Цель исследования: совершенствование терапии экскреторно-токсического бесплодия, обусловленного инфекциями, передающимися половым путем.

Материалы и методы исследования. В медицинском центре «DoktorCanpoladKlinikasi» (Республика Азербайджан, г. Баку) проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование и лечение 236 пациентов с экскреторно-токсическим бесплодием, вызванным инфекциями урогенитального тракта. Возрастной диапа-

зон пациентов составил от 20 до 43 лет, длительность заболевания – от 1 года до 9 лет.

Критерии включения: наличие письменного согласия больных на проведение лечебно-диагностических процедур, выполнение пациентами указаний врача относительно назначенного обследования и терапии, а также воздержание от незащищенных половых контактов на время исследования. Неучастие пациента в других клинических исследованиях на протяжении 6 мес. до начала исследования.

Критерии исключения: тяжелые сопутствующие заболевания (почечная и печеночная недостаточность, системные заболевания крови, онкологические болезни и т.д.), глубокие эндокринные нарушения и неадекватная сексуально-эякуляторная функция, а также серопозитивность в тестах на сифилис и ВИЧ-инфекцию, гонорея, прием антибактериальных и протистостатических препаратов перед обращением (в течение 1 месяца). Предварительно исключалась органическая патология, которая могла бы вызвать бесплодие у исследуемых.

Первую группу исследования составили – 87 (37%) больных, диагностированных с урогенитальным хламидиозом. Вторую группу составили 53 (22%) больных, у которых этиологическим фактором заболеваний являлись другие патогенные и условно-патогенные микроорганизмы как моноинфекция. Третью группу составили 96 пациентов (41%) с диагностированными микст-инфекциями нехламидийной этиологии, вызванными двумя или более патогенными и условно-патогенными возбудителями.

Этиологическая диагностика возбудителей инфекции включала в себя ПЦР-обследование, ИФА-определение титров специфических антихламидийных Ig классов M, G, кроме этого цитологическое исследование, а также культуральные методы исследования. Изучение семенной жидкости производилось по протоколу Всемирной организации здравоохранения «Исследование эякулята и спермоцервикального взаимодействия».

Во всех трех группах лечение проводилось по индивидуально подобранному схеме для каждого конкретного пациента. Принимались во внимание степень поражения урогенитальной системы, давность заболевания, проводимые раньше курсы лечения, индивидуальная переносимость и аллергические реакции на препараты. Учитывались также возраст, сопутствующие заболевания (желудочно-кишечного тракта, гепато-билиарной системы, почек и др.), а также гормональный и иммунный статус пациента.

Первый этап. Этиотропная терапия. I. Антибиотики. II. В комплексном лечении использовались препараты интерферона и индукторы интерферона, иммуномодуляторы. III. Также в комплексном лечении с целью влияния на звенья патогенеза использовались препараты из следующих групп: 1. Средства для системной энзимотерапии. 2. Гепатопротекторы. 3. Антиоксиданты и их синергисты. 4. Эубиотики. 5. Средства для повышения потенции. IV. Использовались природные пищевые добавки натурального происхождения, такие как «CarobMolasses». V. Физиотерапевтическое лечение.

Второй этап. Стимуляция сперматогенеза. Начинаясь после этиологического и клинического выздоровления. Под клиническим выздоровлением подразумевается отсутствие жалоб, субъективной и объективной симптоматики. Под этиологическим выздоровлением подразумевается стойкое исчезновение возбудителей после проведенной терапии.

Третий этап – санаторно-курортное лечение. Санаторно-курортное лечение проводилось после второго или одновременно с ним на базе как местных курортов (Нафталан, Набран, Истису), так и курортов других стран (Трускавец, Саки, Минеральные Воды, Пятигорск и др.). Использовался широкий спектр воздействий: климатотерапия, аэротерапия, дозированные физические нагрузки, внутреннее употребление питьевых минеральных вод, теплотечение – грязелечение (пелоидотерапия), озокеритотерапия, парафинотерапия, водолечение (души, ванны) и другие.

Результаты и их обсуждение. Обследование больных до начала терапии показало высокую инфицированность урогенитального тракта различными патогенами. Микст-инфекция наиболее часто сочеталась с хламидиозом, папилломавирусной инфекцией, генитальным герпесом, трихомониазом и кандидозом. При клиническом обследовании основные жалобы были представлены зудом, дискомфортом в области гениталий, наличием повышенного количества выделений, а также дизурическими расстройствами разной степени выраженности.

Первая группа. До лечения исследование методом ПЦР показало, что наиболее распространенной среди больных является хламидийная инфекция, выявлено у 87 больных из 236 мужчин.

После лечения из первой группы у 2 (2,3%) больных методом ПЦР выявлены Chl. Trachomonatis, это свидетельствует о высокой общей терапевтической эффективности применяемых схем лечения (97,7%).

Вторая группа. До лечения исследование методом ПЦР показало, что чаще всего у больных (n=53) с нехламидийной этиологией как моноинфекция было обнаружено – *Ureaplasma urealyticum* у 30 (56%) мужчин, *Mycoplasma genitalium* у 18 (34%) мужчин и *Trichomonas vaginalis* у 5 (10%) больных.

После лечения методом ПЦР выявлены следующие виды возбудителей в динамике наблюдения: *Ug. Urealyticum* – 1 (1,9%), *Myc. Genitalium* – 1 (1,9%): всего – 2 (3,8%). Эти данные свидетельствуют о высокой общей терапевтической эффективности (96,2%).

Третья группа. ПЦР-исследования проводились с использованием набора реагентов для «*N.gonorrhoeae* – *M.genitalium* – *T.vaginalis*». Анализ полученных данных до лечения показал, что наиболее распространенный возбудитель инфекции среди мужчин с нехламидийной этиологией – это *M. Genitalium*, выявлено у 41 (43%) больного. Второй по частоте встречаемости является инфекция, вызванная *N. Gonorrhoeae*, выявлено у 36 (38%) больных. На третьем месте у больных выявлен возбудитель *T. Vaginalis*, у 4 (4%) больных.

После лечения методом ПЦР выявлены следующие виды возбудителей в динамике наблюдения: *M. Genitalium* 2 (2,1%), *N. Gonorrhoeae* 3 (3,1%), *T. Vaginalis* не выявлено, другие возбудители 1 (1,0%), всего – 6 (6,2%). Данные свидетельствуют о высокой общей терапевтической эффективности (93,8%).

Для анализа концентрации, подвижности, размеров и формы сперматозоидов использован метод компьютерной метрии с помощью комплекса авто-сперм-анализатор «WLJY-9000». До

и после лечения у всех 3 группах – показатели оплодотворяющей способности и спермоплазменные факторы эякулята изменялись следующим образом (табл.1).

Во всех 3 группах – изменения клинической картины заболевания при комплексных курсах лечения выявлялись довольно быстро. Отмечалось быстрое исчезновение выделений из уретры, ощущения зуда, жжения и гиперемии губок мочеиспускательного канала у мужчин.

Данные свидетельствуют о высокой общей терапевтической эффективности проводимой комплексной терапии (табл. 2): у 1-й группы общее количество жалоб уменьшилось до 2 (96,8%); у 2-й группы общее количество жалоб уменьшилось до 3 (95,7%); у 3-й группы общее количество жалоб уменьшилось до 11 (94,9%).

Необходимо также отметить довольно хорошую переносимость назначаемых комплексов больными. В течение всего курса лечения – у первой группы только у 4 из 87 пациентов (4,6%), у второй группы только у 2 из 53 пациентов (3,8%), в третьей группы у 7 из 96 пациентов (7,3%) отмечались незначительные побочные явления в виде тошноты и головной боли.

Результаты исследования демонстрируют высокую эффективность предложенного комплексного метода лечения инфекции с использованием противовирусных и антибактериальных препаратов в сочетании с физиотерапевтическим лечением.

Проведенное комплексное лечение способствовало выраженной регрессии клинических симптомов инфекции урогенитального тракта. У всех пациентов после проведенного курса комбинированной терапии наблюдали нормализа-

Таблица 1

Показатели оплодотворяющей способности и спермоплазменные факторы эякулята до и после лечения

Патоспермия или нарушение сперматогенеза	1-я группа, n (%)		2-я группа, n (%)		3-я группа, n (%)	
	до	после	до	после	до	после
Азооспермия	2 (2)	2 (2)	1 (2)	1 (2)	5 (5)	5 (5)
Олигоастенозооспермия	25 (29)	8 (9)	14 (26)	5 (9)	36 (38)	9 (10)
Олиготератозооспермия	16 (18)	6 (7)	8 (15)	3 (6)	22 (23)	6 (6)
Астенотератозооспермия	7 (8)	2 (2)	3 (6)		15 (16)	3 (3)
Олигоастенотератозооспермия	5 (6)	1 (1)	2 (4)		7 (7)	
Норм.	32 (37)	68 (79)	25 (47)	44 (83)	11 (11)	73 (76)
Спермоплазменные факторы						
Снижение объема эякулята	49 (56)	11 (13)	28 (53)	7 (13)	56 (58)	13 (14)
Повышение pH эякулята	23 (27)	4 (5)	12 (23)	3 (6)	25 (26)	5 (5)
Агглютинация более ++	46 (53)	12 (14)	25 (47)	6 (11)	58 (61)	14 (15)
Лейкоцитоспермия	50 (57)	11 (13)	22 (41)	5 (10)	56 (58)	11 (12)
Положительный МАР-тест	12 (14)	3 (4)	6 (11)	1 (2)	15 (16)	4 (4)

Характеристика клинических проявлений до и после лечения

Субъективные ощущения и клинические признаки	1-я группа, кол. абс.		2-я группа, кол. абс.		3-я группа, кол. абс.	
	до	после	до	после	до	после
Дискомфорт	21	2	20	2	50	5
Жжение	12	0	11	0	43	1
Учащенное мочеиспускание	4	0	8	0	31	2
Болевые ощущения	5	0	6	1	20	2
Выделения из уретры	11	0	13	0	40	0
Гиперемия губок уретры	6	0	9	0	24	1
Увеличение паховых лимфатических узлов	3	0	3	0	6	0
Общее количество жалоб, %	62 (100%)	2 (3,2%)	70 (100%)	3 (4,3%)	214(100%)	11 (5,1%)

цию уретральных выделений. Динамика результатов микроскопического исследования характеризовалась достоверным уменьшением количества пациентов с лейкоцитозом и с активным выделением микроорганизмов. После лечения патогены не выявлялись, рост условно-патогенной флоры отмечался в единичных случаях.

Комплексное использование перечисленных методов позволило получить выраженный клинический эффект, превосходящий эффект каждого из составляющих методов лечения по отдельности. К традиционным лечением воспалительных заболеваний относят противовирусную, общеукрепляющую, иммуностимулирующую и физиотерапию.

Выводы

1. Использование приведенных схем этиотропного и патогенетического лечения в ком-

плексном лечении урогенитального хламидиоза и воспалительных заболеваний урогенитального тракта, вызванных другими возбудителями, а также микст-инфекциями у мужчин является высокоэффективным.

2. Наибольшую эффективность терапии инфекционных заболеваний следует ожидать от препаратов, сочетающих этиотропный и иммуномодулирующий эффект. Весьма желательным свойством препарата должна быть его поливалентность.

3. Микробиологический эффект излеченности по методу ПЦР был достигнут у 93,0–96,0% пациентов.

4. Использование приведенных схем отличается хорошей переносимостью и небольшим количеством побочных эффектов (4,6–7,3%).

Список литературы

1. Дюдюн А.Д. Значение инфекций, передающихся половым путем, в возникновении воспалительных заболеваний у женщин / А.Д. Дюдюн // Журнал дерматологии и венерологии. – 2000. – № 2. – С. 92–94.
2. Мавров Г.И. Электронная микроскопия маточных труб у больных хламидиозом / Г.И. Мавров // Тез. докл. 7 Рос. съезда дерматол. и венер. – Казань, 1996. – Ч. 3. – С. 117.
3. Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Мацак В.Ю. Значение генитальной микст-инфекции в формировании бесплодия у мужчин // Сексология и андрология. – 2000. – Вып. 5. – С. 94–96.
4. Мавров Г.И. Контроль инфекций, передающихся половым путем, в Украине / Г.И. Мавров // Доктор. – 2005. – № 1(27). – С. 10–14.
5. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология: пособие для студентов, врачей-интернов, иммунологов, аллергологов, врачей лечебного профиля всех специальностей, 3-е изд., доп. – К.: ООО «Полиграф плюс», 2006. – 482 с.
6. Мавров Г.И. Герпесвірусна інфекція – глобальна проблема охорони здоров'я / Г.И. Мавров // Дерматологія та венерологія. – 2007. – № 1(35). – С. 3–8.
7. Минович Д.Ю. Коррекція іммунологічних порушень у больних урогенітальним хламидіозом з використанням методу антибіотикотерапії / Д.Ю. Минович, А.Б. Матійців // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2006. – Т. 11, № 3 – С. 121–125.

Реферат

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКОМ БЕСПЛОДИИ

И.И. Горпинченко, Дж.Т. Иманов

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение 236 пациентов с экскреторно-токсическим бесплодием, вызванным инфекциями уrogenитального тракта. Возрастной диапазон пациентов составил от 20 до 43 лет, длительность заболевания – от 1 года до 9 лет. Первую группу исследования составили – 87 (37%) больных, диагностированных с уrogenитальным хламидиозом. Вторую группу составили 53 (22%) больных, у которых этиологическим фактором заболеваний являлись другие патогенные и условно-патогенные микроорганизмы как моноинфекция. Третью группу составили 96 пациентов (41%) с диагностированными микст-инфекциями нехламидийной этиологии, вызванными двумя или более патогенными и условно-патогенными возбудителями.

Обследование больных до начала терапии показало высокую инфицированность уrogenитального тракта различными патогенами. Микст-инфекция наиболее часто сочеталась с хламидиозом, папилломавирусной инфекцией, генитальным герпесом, трихомониазом и кандидозом. Во всех трех группах лечение проводилось по индивидуально подобранному схемам для каждого конкретного пациента. Проведенное комплексное лечение способствовало выраженной регрессии клинических симптомов инфекции уrogenитального тракта. У всех пациентов после проведенного курса комбинированной терапии наблюдали нормализацию уретральных выделений. Динамика результатов микроскопического исследования характеризовалась достоверным уменьшением количества пациентов с лейкоцитозом и с активным выделением микроорганизмов. После лечения патогены не выявлялись, рост условно-патогенной флоры отмечался в единичных случаях.

Ключевые слова: комплексное лечение, хламидия, нехламидийная моноинфекция и микст-инфекция.

Адреса для листування

Иманов Джанполад Теюфоглы
E-mail: canpolad.imanov@mail.ru

Summary

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX THERAPY IN THE EXCRETORY-TOXIC INFERTILITY

I.I. Gorpynchenko, J.T. Imanov

A comprehensive clinical and laboratory examination and treatment of 236 patients with excretory-toxic infertility caused by infections of the urogenital tract. The age range of the patients was from 20 to 43 years, disease duration – from 1 to 9 years. The first group comprised the study – 87 (37%) of patients diagnosed with urogenital chlamydiosis. The second group included 53 (22%) patients in whom the disease is the etiologic agent of other pathogenic and pathogenic microorganisms as mono-infection. The third group consisted of 96 patients (41%) diagnosed with mixed infections non-chlamydial etiology caused by two or more pathogenic and opportunistic pathogens.

Examination of patients before therapy showed high urogenital tract infection by various pathogens. Mixed infection most often associated with chlamydia, HPV infection, genital herpes, trichomoniasis and candidiasis. In all three groups were treated with individualized regimens for each individual patient. Conducted a comprehensive treatment promoted marked regression of clinical symptoms of infection of the urogenital tract. In all patients, after the course of combination therapy observed normalization of urethral discharge. Dynamics of the results of microscopic examination was characterized by significant reduction in the number of patients with leukocytosis and with the active selection of microorganisms. After treatment pathogens were not found, the growth of conditionally pathogenic flora was observed in isolated cases.

Keywords: comprehensive treatment, chlamydia, non-chlamydial mono and mixed infections.