

Подвійна контрацепція – подвійний захист

О.В. Ромащенко, І.М. Кащенко, В.В. Білоголовська, С.М. Мельников, Б.К. Луб'янець, В.І. Хіміч
 ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

У статті висвітлено значущість системи профілактичних дій, спрямованих на збереження репродуктивного здоров'я сім'ї та народження здорової дитини, починаючи з юного віку. Шляхом аналізу літературних джерел розкрито механізми формування порушень репродуктивної функції як наслідок передчасних статевих стосунків у юних жінок та підходи щодо профілактики їх виникнення. Продемонстровано результати власного спостереження даних стосовно ефективності використання подвійної контрацепції (презерватив та бензалконію хлорид) для попередження як непланованої вагітності, так і інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, юні жінки, бар'єрна контрацепція, бензалконію хлорид, подвійна контрацепція.

Система профілактичних дій, спрямованих на збереження репродуктивного здоров'я сім'ї та народження здорової дитини, ототожнюється з позитивною перспективою розвитку майбутнього суспільства [1, 2]. На особливу увагу заслуговують заходи, розроблені відповідно до вікових особливостей та характеристик жіночого організму.

Традиційно виділяються певні вікові етапи життя жінки: від становлення та реалізації репродуктивної функції з характерними анатомо-фізіологічними особливостями (підліткового – від 12 до 18 років, раннього репродуктивного – від 16 до 35 років, пізнього репродуктивного – від 35 до 49 років) до досягнення менопаузи [3].

Підлітковий період у дівчат характеризується розвитком вторинних статевих ознак, збільшенням функціональної активності яєчників, надниркових залоз, а також віковими змінами з боку всіх органів та систем. За таких умов в перші 1,5–2 роки з моменту менархе овуляторні цикли прослідковуються в 80% випадків, а досягнення статевої зрілості співпадає з періодом 17–18 років [4].

Водночас, за даними світової статистики в умовах сьогодення відзначено лібералізацію статевих стосунків серед підлітків при недостатній обізнаності стосовно фізіологічних змін в організмі, песимістичних репродуктивних перспектив внаслідок переважно незахищеного передчасного статевого життя.

І. Mahmoud та співавтори відзначили, що 68,0% молоді мають дошлюбний сексуальний досвід. Дебют статевих стосунків з 16 років в Німеччині зазначають 35,0% юнаків та 30,0% дівчат, в Ізраїлі – 42,0% та 11,0% відповідно, в Японії – 15,0% та 7,0%, в Кореї – 17,0% та 4,0%. У країнах СНД серед більшості дівчат-підлітків відзначено ранній початок статевих стосунків (до 18 років) в середньому з 16,5 року [5]. Слід наголосити, що більшість юних жінок мають декілька статевих партнерів і з безпечною легкістю повідомляють про можливість проміскітету [6, 7].

Уже традиційно молодю надає перевагу громадянському шлюбу та відстрочує бажану вагітність відповідно до переліку причин на більш пізній віковий період [8]. У даному контексті слід зазначити, що така особливість є ознакою нашого часу і відповідно до резолюції XI з'їзду Європейської асоціації сексуальної медицини «стосунки між чоловіком та жінкою в громадянському та офіційному шлюбі в цивілізо-

ваному світі суттєво не відрізняються». При цьому зауважується і той факт, що зростання та лібералізація сексуальної активності серед молоді в умовах сьогодення нерідко (що стосується в першу чергу країн СНД) корелює з низькою частотою використання сучасних методів контрацепції, недостатнім рівнем обізнаності стосовно її ефективності, зростанням незапланованих вагітностей та частоти абортів серед неповнолітніх з високою ймовірністю розвитку запальних захворювань органів малого таза, зумовлених інфекціями, що передаються статевим шляхом [9].

Лібералізація статевих стосунків серед підлітків при низькому рівні сексуальної культури стала головною причиною «мовчазної епідемії» захворювань, які поширюються статевим шляхом в юному віці [10].

У зв'язку з цим, було прийнято визначення «юні жінки», якими називають дівчат, що передчасно (до 18 років) розпочинають статеve життя.

Високий ризик поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом, спостерігається серед підлітків та юних жінок, які з легкістю (характерною для цього віку) змінюють статевих партнерів [11]. Саме серед сексуально-активних підлітків запальні захворювання органів малого таза виявляються в 3 рази частіше з більш песимістичним прогнозом, ніж серед пацієнток віком від 25 до 29 років [12].

«Запальні захворювання органів малого таза» – термін, який використовують в усіх випадках, коли мають на увазі потрапляння інфекції у верхні відділи статевої системи (ендометрит, сальпінгіт, оофорит, міометрит, параметрит, перитоніт). Однак більшість з авторів використовують термін «сальпінгіт», оскільки в усіх випадках запальних захворювань органів малого таза ушкоджуються маткові труби.

Уперше Palmer, Mintz та гістолог De Vruh описали гістологічні аспекти в поєднанні з клінічними особливостями ушкодження тазових органів інфекціями, що поширюються статевим шляхом, у жінок і тим самим розвіяли «міф» про можливість виникнення запальних захворювань статевих органів на спровокованому преморбідному тлі, при переходженні тощо [13].

Мікробним агентам, чи, швидше за все, їхнім різноманітним асоціаціям, належить провідна роль у виникненні запальних захворювань органів малого таза з моменту початку статевого життя.

Як свідчать результати спостережень, серед причинних факторів запальних захворювань статевих органів, в тому числі у юних жінок, провідна роль належить хламідіям, мікоплазмам, кишковій паличці, стрептококам, ентерококам, L-формам бактерій, які спричиняють виникнення значних анатомо-функціональних змін з боку маткових труб [14].

Інфекція в гінекології набуває особливих характеристик, які пов'язані з анатомічними та фізіологічними особливостями статевих шляхів. Верхні відділи статевих органів (матка, маткові труби) вкриті ніжним та вразливим епітелієм, який межує із септичною порожниною піхви, епітелій якої стійкий до інфекцій. Шийка матки – певний кордон між двома епітеліями (плоским та циліндричним). У шийці матки, каналі шийки матки виробляється слиз, збагачений протеазами та бактеріцидними ензимами, який виконує роль «за-

хисного» фільтра, в першу чергу, стосовно мікробів, які досягають верхніх відділів статевих органів безпосередньо зі сперматозоїдами. Ці бар'єри прохідні для деяких чинників, таких, як хламідії та гонококи, які потрапляють у верхні відділи статевих органів трансканалікулярно, а також через ендометрій при проведенні інструментальних втручань в порожнині матки [15].

«Психопатологія» інфекцій залежить від багатьох факторів: причинних бактерій, їхнього локального та генералізованого характеру впливу, а також від співвідношень, які складаються в кожному випадку безпосередньо між хазяїном та інфекційним агентом [16].

Як відомо, хламідіям, гарднерелам властива стимулювальна дія стосовно лімфоцитарних реакцій, що спричиняє розвиток поступового фібринозу. Банальні мікроби, гонококи, навпаки, стимулюють розвиток грубих піогенних процесів.

Для деяких бактерій (мікоплазм, гарднерел, банальних мікробів) співвідношення між організмом та інфекцією залежать від колонізації та кількості бактерій даного виду. Мікробіологічний антагонізм пояснює захисну роль, яка притаманна флорі піхви (паличками Дедеклейна). Синергізм мікроорганізмів дозволяє деяким інфекційним агентам потенціювати вірулентність інших мікроорганізмів, яка з часом зростає (гарднерел та анаеробів).

На сучасному етапі виділяють декілька основних патогенетичних механізмів інфікування придатків матки та потрапляння патогенних та умовно-патогенних чинників у верхні відділи статевих органів, в тому числі у юних жінок [17].

Найбільш поширений механізм переміщення мікробних чинників у верхні відділи статевих органів – трансканалікулярний (через канал шийки матки по поверхні ендометрія на маткові труби та яєчники).

Схематично модель потрапляння інфекційного агента (агентів) у верхні відділи статевих органів було представлено J. Wasserheit [18]:

- захворювання починається з інфікування каналу шийки матки (переважно *S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* або асоціацією цих мікроорганізмів);

- спостерігається зростання диспропорції лактобацил та мікроорганізмів у вагіні, каналі шийки матки в бік кількісної переваги останніх;

- відзначається витіснення природної флори вагіни, каналу шийки матки тотально та перевага паразитарної життєдіяльності мікроорганізмів з повним проявом бактеріального вагінозу;

- фінал істинного цервікального патогенезу поширення інфекції характеризується численним зростанням мікроорганізмів-чинників до такої якісної межі, коли істинний збудник спроможний без перешкод потрапляти у верхні відділи статевих органів: ендометрій, маткові труби, яєчники. Поетапно ушкоджуються всі відділи генітального тракту, а з часом і парієтальна очеревина. Розвиток патологічного процесу в маткових трубах відбувається одночасно з обох боків.

Особливо поширений механізм трансканалікулярного ушкодження статевих органів спостерігається серед юних жінок [19].

На думку L. Westrom та співавторів, це пояснюється тим, що у юних жінок існує певний дефіцит місцевих факторів імунологічного захисту від інфекції та більш широка зона циліндричного епітелію шийки матки, що сприяє колонізації *S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* [20]. Саме така точка зору стала вже класично визнаною.

При вивченні фрагментів маткових труб, отриманих під час лапароскопії у жінок 16–18 років із запаленням органів малого таза, бактеріальні культури були позитивними в 25,0%, в тому числі виявлені *Chlamydia trachomatis*

(12,0%), *Bacteroides species* (5,0%), *Gardnerella vaginalis* (2,0%), *Neisseria gonorrhoeae* (3,0%), *Ureaplasma urealyticum* (1,0%) [21].

При обстеженні 181 здорової жінки у віці від 15 до 25 років *S. trachomatis* визначені у 5,5%, клінічні симптоми захворювань були відсутніми.

Проведені спостереження свідчать, що первинна інфекція має місце в більш молодому віці, хламідії зберігаються роками, перш ніж потрапляють у верхні відділи статевих органів [22].

Більшість бактерій та вірусів потрапляють у верхні відділи статевих органів з допомогою сперматозоїдів, які містять роль транспортного засобу.

Поширення бактерій та вірусів у верхні відділи статевих органів можливе також за рахунок здатності сперматозоїдів розріджувати слизову пробку шийки матки, а також у зв'язку з імуносупресивним впливом сім'яної рідини, яка вміщує численну кількість мікроорганізмів.

Інший механізм потрапляння мікроорганізмів у верхні відділи статевих органів пов'язаний із трихомонадами. Ураховуючи, що трихомонади відносять до класу джгутиків, вони потрапляють як в маткові труби, так і в черевну порожнину, з властивою для них легкістю [23]. Вони не виділяються самостійно, а зустрічаються в різноманітних мікробних асоціаціях.

Крім наведених шляхів потрапляння інфекції у верхні відділи статевих органів, імовірно артеріальне поширення інфекції через систему регіональних чи магістральних судин, а також при безпосередньому контакті органів черевної порожнини, ушкоджених запаленням із придатками матки. У таких випадках розвиток запалення з боку органів малого таза відбувається вторинно.

У кожному окремому випадку ймовірно поширення запального процесу шляхом декількох механізмів, що і визначає специфіку клінічного розвитку захворювання.

Хронічний сальпінгіт характеризується макроскопічно потовщенням стінок маткових труб; склеюванням фімбрії та тазовими спайками.

Було прийнято класифікацію хронічних сальпінгітів, в якій враховувалися морфологічні особливості ушкодження маткових труб та стадія запального процесу [24].

Роль запальних захворювань матки та придатків визначено не лише їх зростаючою частотою, а й тими ускладненнями, до яких вони призводять (порушення менструальної, генеративної, сексуальної функції), коли включається в ланцюг патологічних реакцій ендокринна, нервова, імунна та інші системи організму [25–27].

Починаючи з 80-х років минулого століття ВООЗ приділяє пильну увагу проблемі передчасних сексуальних стосунків серед молоді і у зв'язку з цим визначенню шляхів стосовно збереження репродуктивного здоров'я майбутніх поколінь (Доповідь «Здоров'я молоді – виклик спільноті» – Звіт технічної серії ВООЗ, № 731).

Так, ВООЗ була прийнята Програма охорони здоров'я для юнацтва, головною стратегією якої визначено покращання знань молоді про здоров'я та проведення активних дій, спрямованих на його збереження.

Залишається також потреба у вдосконаленні системи профілактичної допомоги молоді стосовно збереження репродуктивного здоров'я майбутньої жінки-матері і народження здорової дитини в умовах сьогодення.

Саме такі заходи ототожуються з профілактикою небажаної вагітності, порушень репродуктивної функції внаслідок ураження статевих органів інфекційними чинниками, комплексом дій, спрямованих на формування, з одного боку, статевої культури юнаків та дівчат («від світу ширмою загоротитися неможливо, за таких умов край не

обхідно сформувавши соціальний імунітет у молодих людей до негативу реальності»), а з іншого – впровадити в практику систему захисту щодо порушень репродуктивної функції, в тому числі із формуванням традицій стосовно використання адекватних методів контрацепції, як з метою попередження незапланованої вагітності, так і інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) [28].

Традиційно, молодь недостатньо обізнана стосовно попередження небажаної вагітності та надає перевагу використанню не завжди ефективних методів контрацепції. До того ж, на початку статевих стосунків попереджають небажану вагітність лише 22,6% молоді, при цьому перевага у виборі серед засобів контрацепції надається перерваному статевому акту [29]. Відповідно до певних інформаційних джерел, а також власних спостережень поясненням такої ситуації може бути недостатня інформація та обізнаність молоді щодо методів попередження небажаної вагітності та ІПСШ, ризиків, що супроводжують передчасні статеві стосунки, до того ж, основним інформаційним джерелом, щодо пояснення всіх цих моментів в більшості випадків є переважно однолітки, випадкові люди, часто некомпетентні стосовно висвітлення життєво важливої інформації.

Проведення медичного консультування з цих питань значено серед 13,0% підлітків в Києві. До того ж обмеженість спілкування між дітьми та батьками свідчить про реальну необхідність створення дієвої системи надання молоді знань з питань статевої культури [30, 31].

У розвинених країнах світу тривалий час формувались традиції стосовно збереження репродуктивного потенціалу майбутніх поколінь, що поєднують систему знань, яка висвітлює фізіологічні зміни в юному організмі відповідно до вікових особливостей; статевої культури як складової загальної культури та ментальності суспільства, знань про засоби попередження небажаної вагітності.

Саме така позиція сприяла зниженню частоти незапланованої вагітності, абортів (в 2 рази), хронічних запальних захворювань органів малого таза з подальшими ускладненнями репродуктивного здоров'я серед неповнолітніх за період з 1975 по 1995 рік в багатьох європейських країнах (Швеції, Бельгії, Голландії, Франції, Англії, Швейцарії) [32].

Доступність контрацептивів в юному віці поєднана водночас з можливістю використання протизаплідних засобів із забезпеченням мінімальних ризиків стосовно як гінекологічного, так і соматичного стану юнаків та дівчат та ефективного попередження ІПСШ [33].

Відповідно до сучасних вимог ВООЗ контрацептиви, що використовують, особливо в юному віці, повинні бути високобезпечними, ефективними, зручними у застосуванні, сприяти збереженню репродуктивної та менструальної функції [34].

Кожний з відомих методів попередження небажаної вагітності, що використовують в юному віці, потребує вдосконалення і покращання. Відповідно, при їх призначенні юним жінкам варто враховувати як їхні переваги, так і можливі недоліки, а також ступінь ризиків та ймовірного негативного впливу на юний організм у порівнянні з ризиками можливих наслідків незапланованої вагітності [35].

За умови передчасних статевих стосунків серед безпечних методів попередження небажаної вагітності бар'єрна контрацепція заслуговує на певну увагу, особливо за умови поєднання з вагінальними сперміцидами та хімічними засобами за принципом «подвійного захисту», сприяє покращанню результативності, як за умови досягнення контрацептивного ефекту, так і попередження ІПСШ [36, 37].

З цього приводу слід зазначити, що хімічні методи контрацепції, серед яких сперміцид та антисептик Еротекс займає особливу позицію, із-за простоти та зручності викорис-

тання, достатньо ефективні, особливо на початку статевих стосунків.

Захисна дія препарату Еротекс зумовлена сперміцидною дією його активної субстанції – бензалконію хлориду, що осідає на стінках піхви, інактивує сперматозоїди за умови їх проникнення на слизову оболонку генітального тракту. У подальшому активний компонент виводиться з фізіологічними виділеннями або при промиванні водою.

На особливу увагу заслуговує той факт, що бензалконію хлорид як складова препарату Еротекс – це також додаткова профілактика стосовно ІПСШ.

Бензалконію хлорид було відкрито Догмарком в 1937 році і доведено, що ця хімічна сполука діє як на рівні мембран сперматозоїдів (руйнівна дія акросомальної частини сперматозоїдів), так і на патогенні мікроорганізми. Бензалконію хлорид має руйнівний вплив на перелік бактерій та вірусів, нейтралізуючи в тому числі активність гонококів, хламідій, трихомонад [38–41].

Експериментально встановлено, що бензалконію хлорид подавляє активність герпесвірусів 2-го типу, цитомегаловірусу, вірусу Епштейна–Барр, а також, за свідченням професора Монтаньє із Інститута Пастера, – вірусу СНІДу [42]. Більшість епідеміологів наголошують на доцільності використання бензалконію хлориду з метою профілактики саме СНІДу [43].

Водночас, бензалконію хлорид не порушує природну мікрофлору піхви і не впливає на стан гормонзалежних особливостей мікробіоценозу піхви, може одночасно використовуватись з естрогенами, прогестероном, а також іншими протизаплідними засобами, що вкрай важливо для юних жінок.

Ураховуючи те, що використання даного препарату розраховано на тривалий час, слід зазначити, що всі мутагенні тести *in vitro* та *in vivo* свідчать про його абсолютну безпечність стосовно розвитку онкозахворювань.

Ліпофільна основа свічок Еротекс сприяє покращанню любрикації слизової оболонки піхви і усуненню диспаревнії. Протизаплідна дія свічки виникає вже через 5 хв після її введення і продовжується 3–4 год.

Місцевий контрацептивний негормональний препарат Еротекс у формі свічок заслуговує на особливу увагу, оскільки може використовуватись як щоденно, так і у випадкових випадках залежно від ситуації (в момент, коли виникає ризик непланованої вагітності). Саме така свобода у використанні даного контрацептивного засобу не порушує інтимність статевих стосунків.

Слід наголосити, що призначення препарату Еротекс є ефективним за умови виключення із використання засобів інтимної гігієни (звичайне мило), котрі, як відомо, порушують контрацептивний ефект, а для туалету зовнішніх статевих органів в даному випадку слід використовувати звичайну чисту воду.

Однак контрацептивний та, особливо, протективний ефект свічок Еротекс може бути посилено за умови використання подвійної контрацепції (презерватив+Еротекс), що активно використовується в світі серед молоді.

Мета дослідження: визначити в порівняльному аспекті особливості мікробіоценозу статевих органів юних жінок, які використовували з метою попередження небажаної вагітності лише бар'єрну контрацепцію та подвійну контрацепцію (Еротекс та презерватив).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено клініко-параклінічне обстеження 32 юних жінок (віком від 16 до 17 років), партнери яких з метою контрацепції використовували презерватив, – I основна група та 27 юних жінок (від 16 до 17 років), які за нашими

Видовий спектр виявлених мікроорганізмів в біоматеріалі із каналу шийки матки у юних жінок I основної групи через 6 міс, n=32

| Вид виділеної мікробної флори | Кількість обстежених з виявленими мікроорганізмами | | Показники мікробного числа | | | | | |
|-------------------------------|--|------|----------------------------|---|------------|------|------------|------|
| | | | + | | ++ | | +++ | |
| | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| Staphylococcus epidermidis | 2 | 6,25 | - | - | - | - | 2 | 6,25 |
| St. aphylococcus aureus | 2 | 6,25 | - | - | 1 | 3,12 | 1 | 3,12 |
| Streptococcus haemolyticus | 2 | 6,25 | - | - | 1 | 3,12 | 1 | 3,12 |
| Грампозитивна паличка | 1 | 3,1 | - | - | 1 | 3,12 | - | - |
| E.coli | 2 | 6,25 | - | - | 1 | 3,12 | 2 | 3,12 |
| Гриби роду Candida | 4 | 12,5 | - | - | 4 | 12,5 | - | - |
| Ріст бактерій не виявлений | 19 | 59,4 | - | - | - | - | - | - |

Примітки: + – низьке мікробне число до 9×10^3 кол.б./мл;
 ++ – критичне мікробне число 1×10^4 до 9×10^4 кол.б./мл;
 +++ – високе мікробне число не менше 1×10^5 кол.б./мл.

рекоме́ндаціями використовували з метою попередження небажаної вагітності та ІПСШ Еротекс, а їхні партнери – чоловічий презерватив («подвійна контрацепція») – II основна група.

Мікробіологічне обстеження проводили з використанням сучасних діагностиків. Матеріалом для дослідження були епітеліальні зскрібки із каналу шийки матки та виділення з піхви юних жінок. Індикацію збудників проводили з використанням полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) [15]. Оцінювання ступеня інфікування бактеріями біоматеріалу, отриманого з каналу шийки матки, проводили за кількістю зрослих колоній за методом В.С. Рябинського та В.С. Родомана.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При проведенні клініко-параклінічного спостереження встановлено, що менархе в віці від 11 до 13 років відзначено у 28 (87,5%) обстежених, а у віці від 14 до 15 років – у 4 (12,5%) дівчат I основної групи і у 23 (85,2%) та у 4 (14,8%) відповідно – II основної групи. Менструальний цикл у всіх пацієнток був регулярним, кількість крові, що втрачалась, була помірною.

Середній вік початку статевого життя серед обстежених I основної групи становив 16,8 року, а II основної групи – 16,9 року, тобто всі обстежені юні жінки були в дебюті статевого стосунків, використовували зазначену вище контрацепцію і перебували під спостереженням 6 міс.

З додаткового анамнезу було встановлено, що партнери обстежених жінок мали досвід статевого стосунків, середній

вік чоловіків жінок I основної групи становив $19,6 \pm 2,3$ та II основної групи – $21,2 \pm 3,5$ року.

Індекс сексуальної активності (чисельність статевих актів за місяць) серед обстежених I основної групи становив $5,7 \pm 2,4$, а серед обстежених II основної групи – $6,3 \pm 3,1$, $p > 0,05$.

При гінекологічному обстеженні на початку спостереження патологічних змін з боку статевих органів у всіх юних жінок встановлено не було, що підтверджувалось і при проведенні цитологічного дослідження, а також шляхом використання методу ПЛР.

При бактеріологічному дослідженні біоматеріалу із каналу шийки матки юних жінок на початку спостереження встановлено певні особливості. Так, у спектрі мікроорганізмів, що колонізували піхву підлітків I основної групи, виявлялись Staphylococcus spp. у 4 (12,5%), в тому числі Staphylococcus aureus – у 1 (3,1%) та Staphylococcus epidermalis – у 3 (9,4%); гриби роду Candida – у 3 (9,4%) та E.coli – у 1 (3,1%) в монокультурі з низьким (до 9×10^3 кол.б./мл) мікробним числом, а у юних жінок II основної групи, аналогічно, Staphylococcus spp. – у 3 (11,1%), в тому числі Staphylococcus aureus – у 1 (3,7%) та Staphylococcus epidermalis – у 2 (7,4%); грампозитивна паличка – у 1 (3,7%), гриби роду Candida – у 4 (14,8%) та E.coli – у 1 (3,7%) в монокультурі з низьким (до 9×10^3 кол.б./мл) мікробним числом. У решті обстежених зросту бактерій встановлено не було.

Якщо встановлення в біоматеріалі із каналу шийки матки обстежених клінічно здорових дівчат-підлітків, які розпочали статеве життя, сапрофітної (стафілокок епідермальний) та умовно-патогенної флори (кишкова паличка) з

Видовий спектр виявлених мікроорганізмів у юних жінок II основної групи через 6 міс, n=27

| Вид виділеної мікробної флори | Кількість обстежених з виявленими мікроорганізмами | | Показники мікробного числа | | | | | |
|-------------------------------|--|------|----------------------------|-----|------------|---|------------|---|
| | | | + | | ++ | | +++ | |
| | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| Staphylococcus epidermidis | 2 | 7,4 | 2 | 7,4 | - | - | - | - |
| Грампозитивна паличка | 1 | 3,7 | 1 | 3,7 | - | - | - | - |
| Гриби роду Candida | 2 | 7,4 | 2 | 7,4 | - | - | - | - |
| Ріст бактерій не виявлений | 22 | 81,5 | - | - | - | - | - | - |

Примітки: + – низьке мікробне число до 9×10^3 кол.б./мл;
 ++ – критичне мікробне число 1×10^4 до 9×10^4 кол.б./мл;
 +++ – високе мікробне число не менше 1×10^5 кол.б./мл.

низьким мікробним числом можна вважати ознакою нормобіоценозу, то виділення грибів роду *Candida* та золотистого стафілококу, свідчить про необхідність ретельного обстеження цих підлітків та проведення профілактичних заходів.

Через 6 міс було проведено повторне обстеження юних жінок, які не мали скарг з боку статевих органів та традиційно використовували методи контрацепції, зазначені вище. Так, при обстеженні 32 дівчат-підлітків, партнери яких використовували з метою попередження небажаної вагітності та ППСШ презерватив, у 3 (9,37%) встановлено сальпінгіти, причому у 2 (6,25%) з них в поєднанні з фоновими захворюваннями шийки матки. Саме у цих обстежених в аналізах виділень зі статевих шляхів відзначено зростання чисельності лейкоцитів від 30 до 40 в полі зору та констатовано у 2 (6,25%) *S.tracomatis* і у 1 (3,12%) – генітальний герпес методом ПЛР.

Водночас, у юних жінок II основної групи, які протягом 6 міс регулярних статевих стосунків використовували подвійний захист (презерватив+Еротекс) змін з боку статевих органів при черговому гінекологічному обстеженні встановлено не було. При цитологічному дослідженні та використанні методу ПЛР патологічні чинники не спостерігались.

У порівняльному аспекті ми вважали за доцільне представити результати бактеріологічного дослідження біоматеріалу із каналу шийки матки обстежених юних жінок через 6 міс від початку спостереження.

Проведені дослідження свідчать (табл. 1), що серед юних жінок I основної групи виявлялись *Staphylococcus aureus* – у 2 (6,25%) та *E.coli* – у 2 (6,25%), *Staphylococcus epidermalis* – у 2 (6,25%), *Streptococcus haemolyticus* – у 2 (6,25%), грампозитивна паличка – у 1 (3,12%), гриби роду *Candida* – у 4 (12,5%).

Установлені чинники у обстежених юних жінок I основної групи, партнери яких використовували виключно презерватив, виявлялись достовірно частіше, порівняно з аналогічними результатами на початку дослідження, і переважно з високим мікробним числом – у 6 (18,7%) та критичним мікробним числом – у 8 (25,0%).

Отже, за умови регулярних статевих стосунках у дівчат-підлітків, партнери яких використовували презерватив, через 6 міс від початку спостереження встановлено накопичення біомаси мікроорганізмів слизової оболонки каналу шийки матки, що, можна припустити, сприяє зростанню інвазивності виявлених чинників та потенціює розвиток запальних змін. До того ж, у двох юних жінок I основної групи з фоновими захворюваннями шийки матки в поєднанні із сальпінгітами у зскрібках із каналу шийки матки встановлено хламідії, та в однієї спостерігались

вперше ознаки генітального герпесу, що було підтверджено при проведенні ПЛР.

Аналізуючи клінічну динаміку ситуації, слід зазначити, що партнерів обстежених юних жінок перед дослідженням профілактично було проконсультовано андрологом за місцем проживання і засвідчено відсутність андрологічних та урологічних проблем. Однак ураховуючи неоднозначність подальшої ситуації, перевагу латентного (50% випадків) перебігу запального захворювання статевих і сечових органів у чоловіків, інколи, неадекватність, своєчасної діагностики запальних змін з боку сечових та статевих органів та неспроможність бар'єрної контрацепції забезпечити надійний захист стосовно ППСШ, підтверджується необхідність вдосконалення протективних можливостей бар'єрної контрацепції.

У подальшому ми ще раз переконалися в такій необхідності та можливості за умови використання подвійного захисту – презерватив+Еротекс (табл. 2).

Як видно з табл. 2, у спектрі мікроорганізмів, що виявлялись при дослідженні біоматеріалу із каналу шийки матки юних жінок II основної групи через 6 міс від початку спостереження, в поодиноких випадках виявлялись умовно-патогенні чинники в монокультури з низьким (до 9×10^3 кол.б./мл) мікробним числом.

Порівнюючи особливості мікробіологічних «знахідок» з клінічною ситуацією жінок обстежених груп, можна прослідкувати певні якісні характеристики з динамікою розвитку запального процесу з боку статевих органів за умови накопичення чисельності мікроорганізмів, що на тлі несприятливих умов, ендогенних інфекцій, в поєднанні з чинниками, що передаються статевим шляхом і спричиняють формування запальних змін з боку статевих органів. Водночас, за умови використання запобіжних та лікувальних заходів (в даному випадку це є поєднана контрацепція – презерватив та Еротекс, складовою якого є бензалконію хлорид) забезпечується стійкий нормобіоценоз слизових оболонок генітального тракту, а значить, і протективна спроможність.

ВИСНОВКИ

Отже, формування системи знань стосовно заходів попередження як небажаної вагітності, так і ППСШ, – актуальне завдання в профілактиці порушень репродуктивної функції майбутньої жінки – матері, потребує активної співпраці з молоддю і популяризації методів контрацепції та профілактики виникнення запальних захворювань статевих органів.

Як свідчать наші дослідження, використання бар'єрної контрацепції не може забезпечити надійний ефект захисту стосовно ППСШ. У даному аспекті використання «подвійної контрацепції» має позитивні перспективи. Дослідження в даному напрямку продовжуються.

Double Contraception – Double Protection

O.V. Romashchenko, I.M. Kashchenko, V.V. Bilogolovska, S.N. Melnykov, B.K. Lubyants, V.I. Himich

The significance of a system of preventive actions, directed at preservation of reproductive health of a family and birth of a healthy child, starting from young age, is described in the article. By analyzing literary sources the mechanism of formation of reproductive function violations as a result of premature sexual relations in young women and approaches to prevent these violations from happening are explained. The results of our own data observation regarding the effectiveness of double contraception (condom and bezalkonium chloride) for the prevention of both unplanned pregnancy and sexually transmitted infections have been demonstrated.

Key words: reproductive health, young women, barrier contraception, benzalkonium chloride, double contraception.

Двойная контрацепция – двойная защита

О.В. Ромащенко, И.Н. Кащенко, В.В. Билоголовская, С.Н. Мельников, В.К. Лубенец, В.И. Химич

В статье отражена значимость системы профилактических действий, направленных на сохранение репродуктивного здоровья семьи и рождения здорового ребенка, начиная с юного возраста. Путем анализа литературных источников раскрыты механизмы формирования нарушений репродуктивной функции как следствие преждевременных половых отношений у юных женщин и подходы к профилактике их возникновения.

Продемонстрированы результаты собственного наблюдения данных относительно эффективности использования двойной контрацепции (презерватив и бензалкония хлорид) для предупреждения как неплановой беременности, так и ИППП.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, юные женщины, барьерная контрацепция, бензалкония хлорид, двойная контрацепция.

Сведения об авторах

- Ромашенко Оксана Васильевна** - ГУ "Институт урологии НАМН Украины", 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а; тел.: (044) 486-98-90
- Кашенко Ирина Николаевна** - ГУ "Институт урологии НАМН Украины", 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а
- Билоголовская Валентина Васильевна** - ГУ "Институт урологии НАМН Украины", 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а
- Мельников Сергей Николаевич** - ГУ "Институт урологии НАМН Украины", 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а; тел.: (044) 486-98-90
- Лубенец Бронислава Кирилловна** - ГУ "Институт урологии НАМН Украины", 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а
- Химич Валентина Ивановна** - ГУ "Институт урологии НАМН Украины", 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Devid Barlow. Sexually Transmitted Infections. – Oxford, 2010. – P.135.
- Жилка Н.Я. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу 2005 року / Н.Я. Жилка. – К., 2006. – С.52.
- Запорожан В.Н. Перспективы внедрения программы «Безопасное материнство в Украине» / В.Н. Запорожан, Н.Н. Низова, Т.К. Иркина // Репродуктивное здоровье женщины. – 2002. – № 3. – С. 9–12.
- Lue T.F. Sexual Medicine. Sexual Dysfunction in Men and Women. 2nd International Consultation on Sexual Dysfunction / T.F. Lue [et al.] – Paris: 2004. – P. 515–516.
- Аборты и контрацепция в Украине: стратегическая оценка политики, программ и исследований / Министерство здравоохранения Украины; Всемирная организация здравоохранения. – Мединформ, 2008. – 88 с.
- Акушерско-гинекологическая помощь в Украине за 2007 год; Статистический аналитический справочник/ Министерство здравоохранения Украины; Центр медицинской статистики. – К.: МНІАЦ мед. статистики: Мединформ, 2008. – 182 с.
- Бехало В.А. Нереализованные стратегии профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекции / В. Бехало, Е. Сысолятина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2007. – № 6. – С. 84–89.
- Планування сім'ї: навчальний посібник / [під ред. Н.Я. Жилки, І.Б. Вовк.]. – К., 2006. – 251 с.
- Репродуктивное и половое здоровье подростков в Украине. Ситуационный анализ / Под ред. Б.М. Ворника. – К., 2005. – 215 с.
- Ross J., Judline P., Nilas L. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease // Int. J. STD AIDS, 2007. – № 18. – P. 662–665.
- Мавров Г.И. Психосексуальные аспекты урогенитальных инфекций у женщин / Г.И. Мавров // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – № 3/12. – С. 44–49.
- Russell M.W., Mestecky J. Tolerance and protection against infection in the genital tract // Immunol. Invest. – 2010. – Vol. 39. – P. 500–525.
- Гомберг М.А. Новые европейские рекомендации по ведению больных с хламидийной инфекцией // Здоровье женщины. – 2011. – № 14. – С. 21–23.
- Руденко А.В., Ромашенко О.В., Романенко А.М., Билоголовська В.В., Кузьменко А.С. Роль інфекційних факторів у формуванні порушень репродуктивного здоров'я сім'ї// ПАГ. – 2003. – № 2.
- Рэдклиф К. Европейские стандарты диагностики и лечения ЗППП. – М., 2006. – 272 с.
- Маянский Д.Н. Хроническое воспаление. – М.: Медицина, 1991. – 272 с.
- Henry-Suchet J.L. L'infection en gynecologie. – Paris, 1994. – 176 p.
- Wasserheit J.N. Pelvic inflammatory diseases and infertility// Am Med J. – 1987. – Vol. 36, № 7. – P. 58–63.
- Ромашенко О.В. Запальні захворювання геніталій у дівчат та підлітків (етіологія, патогенез, прогнозування, лікування): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – К., 2000. – 36 с.
- Westrom L. Decrease in incidence of women treated in hospitals for acute salpingitis in Sweden// Genitorin Med. – 1998. – Vol. 64. – P. 59–63.
- Rottingen J.A., Cameron D.W., Garnett G.P. A systemic review of epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV: how much is really known? Sex Trans Dis. – 2001. – Vol. 28. – P. 579–597.
- WHO. Sexually transmitted and other reproductive tract infections. A guide to essential practice. Annex 3. Laboratory tests for STI. 2005.
- Forna F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women.// Cochrane Database Syst Rev. – 2003. – № 2. CD000218.
- Elmerstig E. et al. Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain. J. Adolesc Health. – 2008. – Vol. 43. – P. 453–457.
- Lanjouw E., Ossewarde J.M., Stray A., Boag F. European guideline for the management of Chlamydia trachomatis // Int J. STD AIDS. – 2010. – Vol. 21. – P. 729–37.
- Ledger W., Witkin S. Vulvovaginal infections. – MANSON PUBLISHING. – 2010. – P. 128.
- Global prevalence incidence of selected curable sexually transmitted infections. WHO report, Geneva, 2001.
- Workowski K.A., Berman S.M. Sexually transmitted diseases treatment guidelines // MMWR Recomm. Rep. – 2006. – № 55. – 1–94 p.
- Современные аспекты контрацепции: практ. руководство / Под ред. А.Я. Сенчука, Б.М. Венцовского; Ассоц. акушеров-гинекологов Украины. – К.: ТМК, 2001. – 211 с.
- Медико-демографічне обстеження населення України 2007 року / Calverton, Maryland, США: Український центр соціальних реформ, Державний комітет статистики України, Міністерство охорони здоров'я України та Macro International Inc., 2008. – 336 с.
- Romashchenko O. The sexual health of women in Ukraine / O. Romashchenko, S. Melnikov // J Sex Med. – 2005. – Suppl. 1, Vol. 2. – P. 78.
- Стратегический подход ВООЗ к усилению мер, политик и программ в области сексуального и репродуктивного здоровья / ВООЗ. – Мединформ, 2008 – 12 с.
- Жилка Н.Я. Ситуаційний аналіз доступності засобів контрацепції для населення України / Н.Я. Жилка. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 56 с.
- Devison E.C. The age extremes for reproduction: Current implications for policy change / Devison E.C., Fukushima T. Amer. J. – Obstet. Gynecol, 2005. – Vol. 152, № 4. – P. 467–673.
- Вовк І.Б. Репродуктивна ендокринологія: Проблеми планування сім'ї та попередження нежелательной беременности / І.Б. Вовк // Здоровье Украины. – 2008. – № 6 (15). – С. 77–81.
- Сидоров П.И. Сексуальное поведение и насилие / П.И. Сидоров, Г.Б. Дерягин. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 272 с.
- Оральные и внутриматочные гормональные контрацептивы / L. Morin-Papunen, H. Martikainen, I. Mark McCarthy [та ін.] // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – № 3/1. – С. 18–22.
- Pharmacopee Francaise X edition, 1987.
- Bleu G. Rapport pour le Laboratoire Pharm. Departement Obstetrique-Gynecologique. Universite de Montreal, 1982, 83, 84.
- Zerbib D. Activite bactericide du chlorure de benzalkonium. These pharm., Toulouse, 1988.
- Chantefort A., Druilles J. Activite bactericide de quelquesdesinfectants en presence ou non de substances interferantesproteiques. Pathol. Biol. – 1984. – Vol. 32. – P. 615–618.
- Coleman S., Poitron P.T. Les spermicides: simplicité et innocuitésont leurs plus grandsavantages. Popul. Rep. – 1979. – № 5. – P. 1–42.
- Poitevin M., Collait P. Etude de l'action du chlorure de benzalkonium (Pharmatex) sur les MST. In: Protocole d' experimentation entre OMS MST. Institut A.Fournier, 1986, pour le LaboratoirePharmelac.

Статья поступила в редакцию 15.08.2014