

таба) и джозамицина (Вильпрафена) при лечении больных осложненной хламидийно-микоплазменной смешанной инфекцией свидетельствует о высокой эффективности джозамицина и цефиксима.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ГЕНЕРАТИВНАЯ ФУНКЦИЯ МУЖЧИНЫ

**Г.И. Маэров, С.В. Унучко,
Т.В. Губенко, Т.В. Осинская**

*ГУ «Институт дерматологии
и венерологии НАМН Украины»*

Воспалительные заболевания мужских половых органов, вызванные трихомонадами, хламидиями и микоплазмами, имеют значение в генезе бесплодия, однако механизмы, приводящие к снижению репродуктивной способности, известны далеко не полностью. Доказано, что антиспермальные аутоантитела в семенной плазме у мужчин с персистирующей хламидийной и уреоплазменной инфекциями выявляются чаще.

Цель. В ГУ Институте дерматологии и венерологии НАМН Украины были изучены клинические, эпидемиологические и морфологические аспекты репродуктивных нарушений у 123 мужчин больных мочеполювым хламидиозом, микоплазмозом и 66 больных с трихомониазом.

Материалы и методы Изучались частота, характер половых и генеративных расстройств в зависимости от этиологии заболевания и течения патологического процесса в половых органах.

Результаты исследования. При изучении клинических проявлений хронической мочеполювой инфекции установлено, что поражение «верхнего отдела» урогенитального тракта при хламидиозе и уреоплазмозе наблюдалось у 41%-47% мужчин. При смешанном инфицировании хламидиями и уреоплазмами восходящая инфекция наблю-

далась у 87% мужчин. В патологический процесс вовлекались предстательная железа, придатки яичек, семенные пузырьки. Так у больных с трихомонадно-бактериальной инфекцией был выявлен у 48 (72,7%) пациентов уретрит, у 58 (87,9%) – простатит, у 8 (2,8%) – баланит, орхоэпидидимит у 7 (10,6%) больных.

Было установлено, что хламидийная и микоплазменная инфекции воздействует на мужскую фертильность двояко. С одной стороны, они вызывали повреждения сперматозоонов, нарушая их двигательную и пенетрирующую способность, а с другой - меняли состав семенной плазмы в результате нарушения функций придаточных половых желез. Установлено, что активно и длительно протекающая хламидийная и уреоплазменная инфекции вызывает патоспермию у 20% больных. Чаще наблюдается экскреторно-токсическая форма снижения мужской фертильности, для которой были характерны увеличения рН, вязкости эякулята, и снижение подвижности сперматозоонов (19%). Реже происходит уменьшение количества половых клеток в эякуляте (у 14%) и увеличение процента патологических форм (у 13%). Нарушение репродуктивной функции у мужчин при хламидиозе, микоплазмозе и трихомониазе коррелирует с длительностью и тяжестью заболевания и вовлечением в патологический процесс предстательной железы, семенных пузырьков и придатков яичек. Снижение фертильности эякулята чаще имеет место при смешанной хламидийно-микоплазменной инфекции (у 33%), чем при хламидиозе и микоплазмозе как моноинфекциях. При изучении копулятивной функции у мужчин, больных хроническим хламидиозом, микоплазмозом и трихомониазом половые расстройства выявлены у 20% мужчин с хламидиозом и у 14% пациентов с трихомонадно-бактериальной инфекцией. Наиболее часто встречалась ускоренная эякуляция - у 17%. Невротические проявления наблюдались у 19% больных. Большинство больных с хроническим хламидиозом,

имевших сексуальные нарушения, соматически и психически ослаблены. Патогенез ускоренной эякуляции, развивающейся в результате хронической мочеполовой инфекции, связан с поражением предстательной железы и семенного бугорка. Образовавшийся застойно-воспалительный очаг вызывает патологическую нервную импульсацию и способствует формированию вегетативного невроза, при котором нервные центры, обеспечивающие эякуляцию, снижали свой порог возбудимости. Хотя эрекция, по данным многих авторов, является наиболее уязвимым сексологическим феноменом, в наших исследованиях у больных хроническим активным хламидиозом и микоплазмозом нарушение эрекции составляющей наблюдалось у несколько реже - до 9 %. Это можно объяснить тем фактором, что большинство пациентов в нашей группе было до 30 лет. Изучение ультраструктурных изменений эякулята у больных хроническим мочеполовым хламидиозом, трихомониазом в сочетании с сопутствующей бактериальной инфекцией показало возрастание количества патологических форм сперматозоонов, выявляемых только на ультраструктурном уровне. Отмечены деформации головки, повреждения акросомы, набухание шейки и структурные изменения ядродержащего компонента.

Выводы. Таким образом, наличие связи между инфекциями, передающимися половым и мужским бесплодием подтверждается клиническими, морфологическими и эпидемиологическими исследованиями. В большинстве проведенных исследований установлено, что активно и длительно протекающая хламидийная и уреоплазменная инфекции вызывает патоспермию у не мене, чем у 20% больных. Чаще наблюдается экскреторно-токсическая форма снижения мужской фертильности, для которой были характерны увеличения рН, вязкости эякулята, и снижение подвижности. Реже происходит уменьшение количества половых клеток в эякуляте и увеличение процента

патологических форм (до 13%). Нарушение репродуктивной функции у мужчин при хламидиозе и микоплазмозе коррелирует с длительностью и тяжестью заболевания и вовлечением в патологический процесс предстательной железы, семенных пузырьков и придатков яичек.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МИКС-ИНФЕКЦИИ (ХЛАМИДИЙНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ) У МУЖЧИН

***В.В. Мужичук, И.Р. Агапова,
С.В. Чернышев***

*Харьковский городской кожно-
венерологический диспансер №2*

За последние годы повысилась частота и значение урогенитальной хламидийной и микоплазменной инфекции в патологии мочеполовых органов как мужчин так и женщин.

Цель. В Харьковском городском кожно-венерологическом диспансере №2 была проведена работа по изучению эффективности использования препарата «Стиллат» у пациентов с воспалительными заболеваниями вызванных микс-инфекцией.

Материалы и методы. В исследовании было включено 49 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет с давностью заболевания от 2-х месяцев до 1 года.

Результаты исследования. В ходе клинических наблюдений пациенты принимали «Стиллат» по 1 таб.-2 раза в день на протяжении 10 дней. С целью коррекции иммунного статуса и улучшения проникновения антибиотика в зону воспаления назначали иммуномодуляторы (полиоксидоний в/м по 6 мг через день №10), противогрибковый препарат флуконазол 150мг по 1 таб. 1 раз в 5 дней. Гепатопротекторы (детоксил по 1 таб. в день).