ДУ «Інститут дерматології та венерології АМН України», м. Харків

Проведено вивчення репродуктивних порушень у 438 хворих зі змішаною урогенітальною інфекцією. Виявлено клінічні й епідеміологічні особливості хламідіозу й трихомонозу в поєднанні з умовно-патогенними бактеріями в чоловіка й жінки, що живуть у марному шлюбі (33 марні пари й 33 фертильні пари). Змішана урогенітальна інфекція призводить до порушень у статевій сфері як чоловіків, так і жінок. У чоловіків патоспермія спостерігалася у 33,0±3,2%. Рухливість сперматозоонів знижувалася у 17,2±2,6%. Зменшення кількості статевих клітин в еякуляті – до 8,8±1,9%. Тератоспермія спостерігалася у 7,0±1,7%. Статеві розлади мали місце у 26,0±3,0% хворих. Прискорена еякуляція – у 12,1±2,2%. Порушення ерекції – в 8,8±1,9%. Лібідо знижувалося в 5,1±1,5%. У жінок безплідність розвивалася у 22,9±2,8% хворих, а невиношення та інша патологія вагітності – у 17,0±2,5%. Сексуальні розлади виявлялися в 68,2±3,1% хворих. Лібідо у жінок при змішаній інфекції знижувалося до 53,8±3,3% випадків, гіпо- і аноргазмія зустрічалися у 35,9±3,2%. У безплідних пар зі змішаною урогенітальною інфекцією порушення репродуктивної функції розвивалися за такими напрямками – порушення прохідності маткових труб (36,4%), порушення овуляції (33,3%), чоловіча безплідність (24,2%). Одночасно два й більше факторів безплідного шлюбу – 6,1%. У жінок розвитку безплідності сприяли ранній початок статевого життя поза шлюбом, застосування внутрішньоматкових спіралей для запобігання вагітності, тривалий перебіг інфекції. Вивчено загальний вміст гіпофізарних гормонів (пролактин, фолікулостимулюючий (ФСГ) і лютеїнізуючий (ЛГ) гормони), гормонів яєчників (естрадіол, прогестерон) і гормону надниркових залоз кортизолу в сироватці крові у 52 жінок із хламідійно-трихомонадно-бактеріальною інфекцією й 19 здорових донорів. Встановлено, що в 9,6 % жінок, хворих на змішану інфекції спостерігалося збільшення пролактину до 658,0±76,2 мОД/л у фолікулінову фазу й до 678,2±22,3 мОД/л у лютеїнову фазу. У 32,7 % мало місце зниження рівня гормонів яєчників – прогестерону, естрадіолу (прогестерон у лютеїнову фазу – 4,6±0,3 нмоль/л, прогестерон у фолікулінову фазу – 2,7±0,3 нмоль/л, естрадіол у лютеїнову фазу – 0,3±0,02 нмоль/л, естрадіол у фолікулінову фазу – 0,4±0,1 нмоль/л). У 19,2 % пацієнток виявлялося зниження загального кортизолу в сироватці крові (у фолікулінову фазу – 202,9±1,5 нмоль/л, у лютеїнову фазу – 205,3±1,2 нмоль/л).

Таким чином у план обстеження жінок, хворих на ускладнені форми хронічної сечостатевої змішаної інфекції рекомендується включити визначення гормонів – пролактину, кортизолу, прогестерону, естрадіолу, ФСГ, ЛГ. До комплексної терапії ускладнених форм змішаної інфекції рекомендується включати препарати статевих гормонів. Це призводить до ліквідації запального процесу й нормалізує репродуктивну функцію.

УДК 616.9:576.893.161.21]–053.31–036.2–08–084

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ИППП

Осинская Т.В., Губенко Т.В., Унучко С.В., Щербакова Ю.В.
ГУ "Институт дерматологии и венерологии АМН Украины", Харьков.

Распространенность урогенитального хламидиоза среди новорожденных девочек от матерей с высоким уровнем акушерско-гинекологической патологией составила 25,5%, трихомонадной инфекции - 22,2%. Клинические проявления хламидийной инфекции

наблюдались у 6,5% новорожденных с преобладанием атипичной пневмонии, конъюнктивита, воспаления носоглотки и среднего уха. Специфических клинических проявлений трихомонадной инфекции у новорожденных девочек в ранний неонатальный период не отмечалось. Показано, что основными факторами риска перинатального заражения ИППП являются не диагностированные инфекции до родов, осложненный акушерско-гинекологический и соматический анамнез, неблагоприятное течение периода гестации и родов, а также пол ребенка (преимущественно болеют девочки). Разработаны основные организационно-методические и лечебно-диагностические рекомендации по профилактики ИППП у новорожденных детей, которая должна проводиться по нескольким направлениям: 1) профилактика перинатальной инфекции (обследование и лечение планирующих беременность, беременных и рожениц с выделением групп инфекционного риска); 2) профилактика инфекции, приобретенной в постнатальный период (обследование и лечение новорожденных с урогенитальной патологией, в «семейных» очагах и при подозрении сексуального насилия); 3) профилактика уже развившихся осложнений инфекции (своевременная и полноценная диагностика и лечение, обязательный контроль излеченности, соблюдение санитарно-гигиенических норм и стерилизационного режима в семье, лечебных и детских учреждениях, санитарно-просветительная работа, индивидуальная профилактика родителей).