

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКОМ БЕСПЛОДИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Дж.Т. Иманов

г. Баку

Введение. В андрологии, сексологии и репродуктологии до настоящего времени одной из самых актуальных проблем остается проблема лечения хронических воспалительных заболеваний органов половой сферы у мужчин.

Хронические воспалительные заболевания половых органов характерны для наиболее активного в сексуальном и трудовом отношении возраста. Это приводит к снижению работоспособности, настроения, сексуальных потребностей и возможностей, нарушению репродуктивной функции, что отрицательно влияет на семейные отношения [1].

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 [2,3].

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 перед инфекциями, приводящими к бесплодию.

Более половины случаев смешанной инфекции сопровождаются осложнениями, среди которых особое место занимает экскреторно-токсическое бесплодие у мужчин [4]. 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 [5].

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, ассоциированных с *Chlamydia trachomatis*, передающихся 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*, *Nesseriaganorchoeae* и любым другим патогенным или условно-патогенным микроорганизмом, а в зависимости от этого и клиническое проявление инфекции бывает различным [6, 7].

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) [8].

Наряду с характерным течением урогенитального заболевания возможны также атипичные, инаппаратные проявления и бессимптомные формы хламидийной инфекции, которые также представляют большие трудности в их диагностике. У мужчин при негонококковых уретритах хламидии выявляются в 40% случаев.

Кроме того, ряд исследователей отмечают тенденцию к росту экстрагенитальных форм урогенитального хламидиоза. Так, в литературе описаны случаи хламидийных проктитов, фарингитов, конъюнктивитов, пневмоний, болезни Рейтера и др.

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

Материалы и методы исследования. В медицинском центре «DoktorCanpoladKlinikasi» (Республика Азербайджан, г. Баку) проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение 236 пациентов с экскреторно-токсическим бесплодием, вызванным инфекциями урогенитального тракта. Возрастной диапазон пациентов составил от 20 до 43 лет, длительность заболевания – от 1 до 9 лет.

Критерии включения: наличие информированного 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. Отсутствие участия пациента в других клинических исследованиях на протяжении 6 месяцев 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 протистоцидных 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 со-

ставили 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 подобранным схемам 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, гепатобилиарной 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. IV. Физиотерапевтическое лечение.

Продолжительность антибактериальной терапии составила в среднем 15 дней, иногда курс лечения был продолжен до 21 дня. При необходимости (в случаях лабораторного подтверждения отсутствия элиминации патогенного микроорганизма или при реинфекции) проводились повторные курсы лечения.

Второй этап. Стимуляция сперматогенеза.

Начинался 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.

Проводился 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, теплолечение – грязелечение (пелоидотерапия), озокеритотерапия, парафинотерапия, водолечение (души, ванны) и другие.

Результаты и их обсуждение. Цель настоящего исследования – совершенствование терапии экскреторно-токсического бесплодия, обусловленного инфекциями, передающимися половым путем.

Обследование больных до начала терапии показало высокую инфицированность урогенитального тракта различными патогенами. Микстинфекция 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. Длительность перечисленных симптомов продолжалась иногда до 2 лет.

У всех 3 групп 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. 1): у 1-й группы общее количество жалоб уменьшилось до 2 (96,8%); у 2-й группы – до 3 (95,7%); у 3-й группы общее количество жалоб уменьшилось до 11 (94,9%).

Первая группа. До лечения исследования методом ПЦР показано, что наиболее распрост-

раненной 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 исследования методом ПЦР показано, что чаще всего у больных (n=53) с нехламидийной этиологией как моноинфекция было обнаружено – *Ureaplasmaurealyticum* 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 является *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 оказался возбудитель *T. Vaginalis*; выявлено 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%).

Таблица 1

Характеристика клинических проявлений до и после лечения

Субъективные ощущения и клинические признаки	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	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
Жалобы, общее количество (%)	62 (100%)	2 (3,2%)	70 (100%)	3 (4,3%)	214 (100%)	11 (5,1%)

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

До и после лечения во всех 3 группах показатели оплодотворяющей способности и спермоплазменные факторы эякулята изменялись следующим образом (табл. 2).

Таблица 2

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)
Олигоасетнотератозооспермия	5 (6)	1 (1)	2 (4)	—	7 (7)	—
Норма	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)

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%), у 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 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.

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.

На основании проведенного клинико-микробиологического наблюдения за эффективностью лечения больных урогенитальной инфекцией и переносимостью предложенной терапевтической методики можно сделать следующие выводы.

Выводы.

1. Использование приведенных схем этиотропного и патогенетического лечения в комплексном 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 літератури

1. Горпинченко И.И., Мирошников Я.О. Эректильная дисфункция. – Львів: Медицина світу, 2003. – 88 с.
2. Дюдюн А.Д. Значение инфекций, передающихся половым путем, в возникновении воспалительных заболеваний у женщин // Журнал дерматологии и венерологии. – 2000. – № 2. – С. 92–94.
3. Мавров Г.И. Электронная микроскопия маточных труб у больных хламидиозом // Тез. докл. 7 Рос. Съезда дерматол. и венер. – Казань, 1996. – Ч. 3. – С. 117.
4. 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.
5. Мавров Г.И. Контроль инфекций, передающихся половым путем, в Украине // Доктор. – 2005. – №1 (27). – С. 10–14.
6. 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.
7. Мавров І.І. Герпес-вірусна інфекція – глобальна проблема охорони здоров'я // Дерматологія та венерологія. – 2007. – №1 (35). – С. 3–8.
8. Минович Д.Ю. Коррекция иммунологических нарушений у больных урогенитальным хламидиозом с использованием метода антибиотикотерапии / Д.Ю. Минович, А.Б. Матийцев // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2006. – Т. 11, № 3. – С. 121–125.

Реферат

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ ПРИ ЕКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧНОМУ БЕЗПЛІДДІ, ОБУМОВЛЕНОМУ ІНФЕКЦІЯМИ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

Дж.Т. Іманов

Проведено обстеження та лікування 236 пацієнтів з екскреторно-токсичним безпліддям, викликаним інфекціями урогенітального тракту. Першу групу дослідження склали – 87 (37%) хворих з діагностованим урогенітальним хламідіозом. Другу групу склали – 53 (22%) хворих, у яких етіологічним фактором захворювань були інші патогенні та умовно патогенні мікроорганізми як моноінфекція. Третю групу склали – 96 пацієнтів (41%) з діагностованими микстинфекціями нехламідійної етіології, викликаними двома або більше патогенними та умовно-патогенними збудниками. Етіологічна діагностика збудників інфекції включала в себе ПЛР – обстеження, ІФА – визначення титрів специфічних антихламідійних Іg класів М, G, крім цього цитологічне дослідження, а також культуральні методи дослідження. Дослідження сім'яної рідини проводилось згідно з протоколом Всесвітньої організації охорони здоров'я «Дослідження еякуляту та спермоцервікальної взаємодії». В усіх трьох групах лікування проводилось за індивідуально підібраним схемам

Summary

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF THERAPY IN THE EXCRETORY-TOXIC INFERTILITY, CAUSED BY SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

J.T. Imanov

Examined and treated 236 patients with excretory- toxic infertility caused by infections of the urogenital tract . The first group comprised the study – 87 (37 %) 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 infection nehlamidiynoy etiology caused by two or more pathogenic and opportunistic pathogens. Etiologic diagnosis of infectious agents included PCR – screening, ELISA – definition of Chlamydia titers of specific Ig classes M, G, besides cytology and culture methods. Study of seminal fluid produced by the protocol of the World Health Organization «Research of ejaculate and spermatocervix interaction». In all three groups – treatment was carried out by individualized regimens for any particular patient.

Found that changes in the clinical picture of complex courses of treatment were detected fairly quickly. The results showed a high efficiency of the proposed integrated method for treating an infection

для кожного окремого пацієнта. З'ясовано, що зміни клінічної картини при комплексних курсах лікування виявлялися достатньо швидко. Результати продемонстрували високу ефективність запропонованого комплексного метода лікування інфекції з використанням противірусних та антибактеріальних препаратів у поєднанні з фізіотерапевтичним лікуванням.

Виявлена висока ефективність наведених схем етіотропного та патогенетичного лікування уrogenітального хламідіозу та запальних захворювань уrogenітального тракту. Найбільша ефективність терапії встановлена від препаратів поєднуючих етіотропний та імуномодулюючий ефект, причому бажаною властивістю є полівалентність препарату.

Ключові слова: екскреторно-токсичне безпліддя, хламідія, нехламідійна моно інфекція та мікст інфекція, комплексне лікування.

Адреса для листування

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

with antiviral and antibacterial drugs in combination with physiotherapy treatment.

Keywords: excretory-toxic infertility, chlamydia, no chlamidial mono and mixed infections, comprehensive treatment.