



УДК 616.697+618.177]-022-07-08

Комплексне обстеження бездітних сімейних пар та особливості лікування

З. Т. Іванишин, Б. Д. Луцик, Л. С. Гуцал, В. А. Філіпський,
М. М. Сімо, О. Ю. Рябініна, І. П. Куш

Клінічна лікарня Львівської залізниці, Львів
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького



Ключові слова: непліддя, хронічна інфекція, *Gardnerella*, *Mobiluncus*, *Candida*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Herpes simplex virus II type*, *Cytomegalovirus*, *Papillomavirus*.

Збереження генофонду держави було і є одним із найважливіших медичних та державних завдань. З огляду на це в 2000 році вийшов Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України», у 2001 році прийнято Національну програму «Репродуктивне здоров'я 2001–2005». Ці заходи направлені на зміцнення здоров'я нації. Проте непліддя дотепер залишається актуальною проблемою — не тільки медичною та медико-генетичною, а також із психологічного й соціального погляду, часто стаючи причиною розлучень.

За останні десять років середньорічне зниження народжуваності в Україні в 10 разів перевищило показники попередніх десятиліть. Непліддя діагностують у 15–20% подружніх пар. У 54–55% випадків причиною є жінка, у 45–46% — чоловік, часто обоє. Кількість неплідних пар зростає з кожним роком [3, 4, 5].

Виникнення неплідності зумовлює велика кількість чинників, що свідчить про різноманітність патогенних механізмів порушення репродуктивної системи. Це ускладнює діагностування, особливо тоді, коли причиною є не один, а кілька чинників. Встановлено, що непліддя здебільшого пов'язане із запальними процесами після абортів (62%), із порожнинними гінекологічними операціями (31,6%), зокрема після позаматкової вагітності (16,5%) та пологів (4,6%) [2, 4, 5]. В етіології запальних процесів простежується еволюція мікробного агента: зросла роль хламідій (40%), мікоплазм (19,3%), вірусів (15,0%), анаеробної флори (22,7%), їхніх асоціацій (40,5%) [8, 9, 10].

Матеріали і методи

Ми провели комплексне обстеження 102 бездітних сімейних пар віком від 18 до 36 років (се-

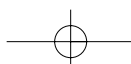
редній вік 27 років). Біоматеріал у чоловіків отримували з уретри за допомогою одноразових зондів. Досліджували також секрет простати, еякулят, сечу. У жінок матеріал для дослідження брали із сечовипускального каналу, шийки матки та бічної стінки піхви. *Gardnerella*, *Mobiluncus*, *Candida*, *Papillomavirus* виявляли під час мікроскопічного аналізу забарвлених мазків за методикою Романовського — Гімзи [1, 3, 7]. Трихомонаду [6], хламідію, герпетичну II типу та цитомегаловірусну інфекції ідентифікували методом імунофлюоресценції [1]. Антигени *Chlamydia trachomatis* виявляли методом прямої імунофлюоресценції, герпетичну II типу, цитомегаловірусну та трихомонадну інфекції — методом непрямої імунофлюоресценції (використовували діагностикуми виробництва НПФ «Лабдіагностика» та ЗАО «НИАРМЕДИК Плюс», Росія). Усім пацієнтам провели ультразвукове дослідження (УЗД) на апараті Aloka-630 із застосуванням лінійного давача 3,5 МГц та секторних давачів 3,5 та 7,5 МГц. Чоловікам проводили УЗД сечового міхура, простати, сім'яних міхурців та яєчок. Жінкам — УЗД сечового міхура та геніталій.

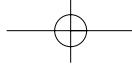
Результати та обговорення

В анамнезі у 15,7% обстежених жінок були медичні аборти, у 10,8% — викидні, у 2,9% завмерла вагітність.

Спостерігали клінічні ознаки кольпіту — у 43,8% пацієнток, вульвовагініту — у 3,9%, бартолініту — у 1,9%, циститу — у 13,9%, ендocerвіциту — у 49,8%, ерозії шийки матки — у 40,8%, сальпінгоофориту — у 12,8%.

УЗД у 35 жінок виявило наявність спайок малого таза після перенесеного правобічного сальпінгоофориту (зокрема в стадії загострення — у 8),





перенесеного лівобічного сальпінгофориту — у 22 обстежених (у стадії загострення — у 6), перенесеного двобічного сальпінгофориту — у 12 (у стадії загострення — в одній). У 13 жінок виявили наботові кісти, у 8 обстежених — кісти ендонцервіксу. У 6 пацієнток відзначили ознаки ендонцервіциту. У 15 жінок були початкові ознаки ендометріозу матки, у 6 — аденоміозу. Інтрамуральні міоми матки виявили в 2 пацієнток, субсерозну міому до 7 тижнів — в одній. Ознаки гіпоплазії матки відзначили в 2 жінок. Фолікулярні кісти були наявні у 8 обстежених, параоваріальні — в одній. Ендометріальну кісту виявили в 2 жінок. Ознаки гідросальпінксу відзначили в 5 пацієнток, сактосальпінксу — в одній. УЗД-ознаки циститу виявили в 6 обстежених жінок (була наявна і клінічна симптоматика).

У чоловіків спостерігали клінічні ознаки гострого уретриту — у 5,1%, хронічного уретриту — у 34,2%, уретропростатиту — у 17,6%, простатиту — у 18,8%.

За результатами обстеження чоловіків ультразвукові зміни відзначили в 64 осіб, зокрема: хронічний простатит виявили в 13 пацієнтів, ознаки перенесеного простатиту — у 18, хронічний уретропростатит — у 10; хронічний везикулит — у 4 осіб. Хронічний простатит на підставі УЗД характеризувало збільшення простати в передньо-задньому розмірі (негомогенність, наявність ділянок фіброзу в обох частках, наявність дрібних кальцинатів діаметром до 1–3 мм, нерівність контуру залози). У 3 чоловіків спостерігали ознаки хронічного епідидиміту, у 2 пацієнтів — перенесеного епідидиміту. Ознаки помірного гідроцеле виявили в 4 обстежених, ознаки варикоцеле — у 5 осіб.

Лабораторне дослідження виявило у 81 неплідної пари наявність хронічної мікст-інфекції.

Спектр етіологічних чинників наведено в табл. 1, 2. Відсоткове співвідношення збудників

інфекції, виявлених у лютеїнову та фолікулярну фази, див. у табл. 2. Мікрофлору піхви досліджували відповідно до фази менструального циклу, беручи до уваги те, що за 7–10 днів до менструації на слизовій оболонці піхви зростає кількість облигатно-анаеробних мікроорганізмів більш як у 100 разів [3, 5, 6]. Це пояснюють впливом гормонозалежних змін (період менструації, вагітність, менопауза) на кількість і якісний склад мікрофлори піхви. На тлі естрогенів (фолікулярна фаза) автори спостерігали домінування лактобактерій і достовірне зменшення кількості облигатно-анаеробних мікроорганізмів проти лютеїнової фази (вплив лютеїнізуючого гормону гіпофізу, а також пролактину). Автори обстежували хворих у гострий період, а не в стадії виразної хронізації процесу з наявними органічними змінами органів і систем. Ми спостерігали таку закономірність тільки стосовно грибів (*Candida*) — досліджуючи зішкреби з шийки матки та піхви, і *Trichomonas vaginalis* — під час аналізу зішкребів із шийки матки (див. табл. 2). Ми дійшли висновку, що відсутність гормонозалежних змін спектра та кількості мікроорганізмів є **несприятливою ознакою і вимагає тривалої корекції гомеостазу слизової оболонки піхви.**

Таблиця 1

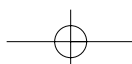
Спектр інфекції, виявленої в обстежених чоловіків, n = 102

Інфекція	Частота виявлення, %
<i>Gardnerella</i>	1,9
<i>Candida</i>	43,1
<i>Trichomonas vaginalis</i>	49,0
<i>Chlamydia trachomatis</i>	57,8
<i>Herpes simplex virus II type</i>	8,8
<i>Cytomegalovirus</i>	5,9
<i>Papillomavirus</i>	12,7

Таблиця 2

Спектр інфекції, виявленої в обстежених жінок, n = 102

Інфекція	Частота виявлення, %					
	Фолікулярна фаза			Лютеїнова фаза		
	Шийка матки	Піхва	Сечівник	Шийка матки	Піхва	Сечівник
<i>Candida</i>	22,5	22,5	12,8	5,9	11,8	1,9
<i>Mobiluncus</i>	1,9	2,9	0,9	1,0	1,0	0
<i>Gardnerella</i>	20,5	24,5	10,8	40,2	39,2	9,7
<i>Trichomonas vaginalis</i>	17,6	33,3	7,8	30,4	29,4	4,9
<i>Chlamydia trachomatis</i>	24,5	—	—	31,3	—	—
<i>Herpes simplex virus II type</i>	8,5	—	—	7,1	—	—
<i>Cytomegalovirus</i>	22,5	—	—	7,1	—	—
<i>Papillomavirus</i>	10,7	—	—	6,9	—	—





Спираючись на цю принципову ідею, ми проводили лікування й динамічне спостереження 81 бездітної сімейної пари. Лікування тривало 4–5 місяців (інколи довше), передбачало індивідуальний підхід і поетапність у лікуванні патогенної мікрофлори. На першому етапі лікували кандидоз і трихомоніаз, водночас проводили імунокоригувальну терапію (альфа-інтерферони парентерально чи за допомогою супозиторіїв, поліоксидоній, «Мієлопід», «Ербісол», полібіолін, левамизол, елеутерокок, ехінацея тощо). Контролювали наявність грибів і трихомонад, відтак призначали етіотропне лікування вірусно-бактеріальної інфекції («Герпевір», «Вальтрекс», «Протефлазид», імуноглобулін протицитомегаловірусний (Київ), левофлоксацин, «Юнідокс», циклофлосаксацин, джозаміцин, флуронезид, «Гіналгін», протихламідіозний імуноглобулін (Київ) та інші медикаменти відповідно до інструкцій із застосування). Одночасно призначали адаптогени та вітаміни (найчастіше препарати елеутерококу, ехінацеї та «Прегнавіт»). Мікроелементи потрібно застосовувати обережно, оскільки передозування

їх може зумовити хронізацію процесу. Упродовж всього лікування намагалися підтримувати нормальну функцію кишечника, підшлункової залози та печінки.

Динамічне спостереження та лікування продовжували два роки. За цей час 14 жінок завагітніли. Дослідження триває.

Висновки

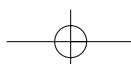
1. Ефективна терапія бездітних сімейних пар потребує провести комплексне обстеження лабораторними та інструментальними методами (знайти причини запальних процесів урогенітальної системи).

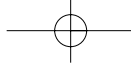
2. Бажано поетапно проводити лікування (спочатку кандидозу та трихомоніазу, потім бактеріально-вірусних інфекцій) за наявності хронічних хвороб, що передаються статевим шляхом.

3. Потрібно проводити аналіз мікрофлори у фолікулінову і лютеїнову фази. У разі високої мікробної інвазії у фолікулінову фазу бажано досягти мікробіологічного гомеостазу піхви, щоб мати надалі сприятливий прогноз.

Цитована література

1. *Диагностика хламидийной и гарднереллезной инфекций у больных с острыми гинекологическими заболеваниями* / Е. Б. Лазарева, С. С. Селицкая, Н. И. Тихомирова и др. // *Клин. лаб. диагност.* — 1997. — № 3. — С. 21–23.
2. *Кисина В. Й.* Микроценоз влагалища в норме и при вагинальных инфекциях: методы его коррекции // *Репродуктивное здоровье женщины.* — 2003. — № 1. — С. 72–76.
3. *Контактные инфекции, передающиеся половым путем* / И. И. Мавров, М. Н. Бухарович, Б. Т. Глухенький и др.; Под ред. И. И. Маврова. — К.: Здоров'я, 1989. — 363 с.
4. *Краснопольский В. И.* Гнойная гинекология / В. И. Краснопольский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина. — М: Медпресс, 2001. — 288 с.
5. *Ларсен Б.* Микрофлора родовых путей в норме // *Репродуктивное здоровье: Пер. с англ. Т. 1. Общие инфекции.* — М.: Медицина, 1988. — С. 17–45.
6. *Михайлов А. В.* Распространенность урогенитального трихомониаза и особенности его лабораторной диагностики у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза / А. В. Михайлов, Т. А. Гасанова // *ИППП.* — 2000. — № 2. — С. 26–29.
7. *Якимова Т. П.* Цитологічна діагностика гарднерельозних вагінітів // *Лаб. діагностика.* — 1998. — № 4. — С. 42–44.
8. *Stamm W. E.* *Chlamydia trachomatis* infections: progress and problems. Division of allergy and infections diseases // *J. Infect. Dis.* — 1999. — Vol. 179, Supple 2. — P. S380–S383.
9. *Tekgul S.* Genital infections in men associated with *Chlamydia trachomatis* / S. Tekgul, O. Aktepe, A. Sahin // *Int. Urol. Nephrol.* — 1992. — Vol. 24, N 2. — P. 167–170.
10. *Winefield A. D.* Bacterial vaginosis: a review / A. D. Winefield, S. A. Murphy // *Clin. Excell. Nurse Pract.* — 1998. — Vol. 2, N 4. — P. 212–217.





Комплексное обследование бездетных семейных пар и особенностей лечения

З. Т. Иванышин, Б. Д. Луцк, Л. С. Гуцал, В. А. Филипский, М. М. Симо, О. Ю. Рябинина, И. П. Куш

Проведено лабораторно-инструментальное обследование 102 бездетных семейных пар, изучение этиологических факторов воспалительных процессов. Представлен спектр микроорганизмов — вирусы, бактерии, простейшие, которые приводили к хроническим воспалительным процессам. Отмечено, что у бездетных женщин микробный гомеостаз влагалища нарушен вследствие отсутствия различий в микробном обсеменении влагалища в фолликулиновую и лютеиновую фазы (у здоровых женщин в фолликулиновую фазу в 100 раз меньше облигатно-анаэробных микроорганизмов). Сделан вывод о том, что желательно проводить лечение поэтапно (лечить вначале кандидоз и трихомониаз, затем бактериально-вирусные инфекции, применяя одновременно иммунокорректирующие препараты), в процессе лечения необходимо контролировать его эффективность.

The integrated survey of childless married couples and peculiarities of their treatment

Z. T. Ivanyshyn, B. D. Lutsyk, L. S. Hutsal, V. A. Filip's'kyi, M. M. Simo, O. Yu. Riabinina, I. P. Kusch

The laboratory and instrumental examination and study of etiological factors of inflammatory processes was carried out on 102 childless married couples. The spectrum of microorganisms (viruses, bacteria, protozoa) — causative agent of chronic inflammatory processes has been presented. It has been established that childless women have disturbances of the vaginal microbial homeostasis as they have no difference in vaginal microbial contamination in the estrone phase and lutein phase (healthy women during estrone phase have the number of strict anaerobes in 100 times less). It has been concluded that the treatment should be carried out stepwise. On the first stage fungi and protozoa should be treated, then bacterial and viral association with concomitant administration of immune corrective drugs. The process of treatment should be accompanied with the control of its efficacy.

