

Статья. Опубликовано в журнале: ARS medica -2012.-№ 5(60).- С. 36-38.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕСПЛОДИИ У МУЖЧИН

Е. И. Юшко, А. В. Бондарев

Кафедра урологии (зав. кафедрой - профессор А.В. Строчкий) БГМУ, Городской

центр планирования семьи, роддом № 2 г.Минска (главный врач – Н.О.Курек)

В последние десятилетия нарушения репродуктивной функции у мужчин приобрели особую медицинскую и социальную значимость[1]. Специальные популяционные исследования оплодотворяющей способности спермы во всех экономически развитых странах мира свидетельствуют о постоянном прогрессирующем снижении основных показателей спермограммы у взрослых мужчин. Считается, что около 15% супружеских пар во всем мире имеют проблемы с естественным наступлением беременности[2,3]. Существует много причин, вызывающих мужское бесплодие[1,2]. Наиболее частым причинным фактором при мужском бесплодии являются воспалительные процессы в половой сфере. В подавляющем большинстве случаев этиологическими агентами их являются инфекции. Их негативное влияние на сперматогенез и качество спермы следующее[1, 4,5]:

- ⊙ Микроорганизмы оказывают прямое и опосредованное действие на сперматозоиды, вызывая их агглютинацию и иммобилизацию.
- ⊙ Нарушение секреторной функции половых желез приводит к изменению реологических и химических компонентов эякулята, изменяя систему поддерживающих и защищающих факторов, влияя косвенно на функциональное состояние сперматозоидов.
- ⊙ Вызывая воспаление и склероз в тканях, инфекция создает условия для нарушения проходимости семявыносящих протоков.
- ⊙ Возникновение иммунологических реакций с появлением антиспермальных антител делает невозможным продвижение сперматозоидов к яйцеклетке

В целом среди пациентов с диагнозом "мужское бесплодие", по нашим данным за 2008 – 2011 годы воспалительные процессы половой сферы имели место в среднем у 34%.

Нами проанализированы результаты обследования и исходы лечения у 291 мужчины с патоспермией и лейкоцитоспермией, наблюдавшихся в Городском центре планирования семьи при Роддоме №2 г.Минска в 2010 - 2011гг.

Стандарт обследования включал: исследование 2 спермограмм, взятых с интервалом в 15 дней (с оценкой по критериям ВОЗ), мазок на флору из уретры с целью выявления трихомонад, гонококков, гарднерелл, кандид, ПЦР-исследование на хламидии, трихомонады, микоплазмы, вирус герпеса, папилломавирус человека, посев из спермы на микрофлору и гонорею, посев из уретры на уреоплазмы и микоплазмы, анализ секрета предстательной железы, УЗИ предстательной железы, семенных пузырьков и органов мошонки с определением объема каждого яичка.

В результате обследования у 265 (91%) из включенных в исследование мужчин были выявлен инфекционный агент (таблица 1). У оставшихся 26 (9%) нами выявлено абактериальное воспаление органов половой сферы (это хронический абактериальный простатит или хронический уретрит).

Таблица 1. Спектр выявленных возбудителей у пациентов с воспалительными заболеваниями гениталий при мужском бесплодии.

№ п/п	Возбудитель	Количество пациентов, n=265	%
1.	Хламидии	42	16
2.	Энтерококк	37	14
3.	Уреаплазмы	29	11
4.	Микоплазмы	21	8
5.	Кишечная палочка	19	7
6.	Стрептококк	13	5
7.	Вирус простого герпеса	11	4
8.	Трихомонады	11	4
9.	Стафилококк	8	3
10.	Папилломавирус человека	8	3
11.	Гарднереллы	5	2
12.	Кандиды	3	1
13.	Микробные ассоциации	58	22

Воспалительные процессы при этом имели следующий характер: хронический уретрит был диагностирован у 154 (53%) мужчин, хронический уретропростатит – у 64 (22%), хронический баланопостит- у 33 (11%), хронический везикулит – у 29 (10%), хронический эпидидимит – у 11 (4%). В эякуляте были выявлены следующие варианты патоспермии: изолированная астенозооспермия в 99 (34%) спермограмм, изолированная олигозооспермия - в 32 (11%), изолированная тератозооспермия - в 26 (9%), астенотератозооспермия – в 79 (27%), олигоастенотератозооспермия – в 32 (11%), олигоастенозооспермия – в 23 (8%). Кроме этого в большинстве спермограмм фиксировались повышение вязкости спермы и спермоагглютинации, лейкоцитоспермия, повышение pH. Патоспермия легкой степени диагностирована в 48% (139 пациентов) случаев, средней степени - 36% (106 пациентов), тяжелой степени – в 16% (46 пациентов).

Всем пациентам и их супругам проведено этиопатогенетическое лечение, которое закончилось элиминацией инфекционного агента в 282 (97%) случаях. Нами замечено, что в течение

первого периода наблюдения после лечения, который обычно продолжался 25-30 дней, показатели спермограммы несколько ухудшались по сравнению со стартовыми, но затем постепенно улучшались и положительный эффект от проведенного лечения наступал в среднем через 3 мес. По нашему мнению это связано с негативным влиянием на сперматогенез антибактериальных препаратов и медленным восстановлением параметров спермы после курса лечения. Мы наблюдали следующие изменения в спермограмме после проведенной терапии:

-через 1 месяц: улучшение в 69 (23%) случаях, ухудшение - в 151 (52%),
-через 3 месяца: улучшение в 215 (74%) случаях, ухудшение сохранялось в 32 (11%),
-через 6 месяцев: улучшение в 235 (81%) случаях, ухудшение осталось в 14 (5%).

Наступление беременности после проведенного совместно курса противовоспалительного лечения обоим супругам было зафиксировано у 32 семейных пар.

Выводы:

1. Инфекционный агент выявляется у 91% мужчин с воспалительными заболеваниями гениталий при мужском бесплодии.

2. Элиминация инфекции достигается в 97% случаев (кроме вариантов с вирусом простого герпеса и вирусом папилломы человека).

3. Улучшение параметров спермограммы наступает примерно через 3 месяца после начала лечения.

4. После проведенного противовоспалительного лечения возрастает вероятность наступления беременности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы : пер. с англ. / под ред. Э. Нишлага, Г. М. Бере. – М. : МИА, 2005. – 554 с.
2. Гамидов С. И. Мужское бесплодие: современное состояние проблемы // Фарматека.- 2009. - N 9. - С. 12-17.
3. Irvine D. S. Epidemiology and etiology of male infertility // Hum. Reprod. – 1998. –Vol. 13, suppl. 1. – P. 33.
Irvine D. S. Epidemiology and etiology of male infertility // Hum. Reprod. – 1998. –Vol. 13, suppl. 1. – P. 33–44.
4. Михайличенко В. В., Есипов А. С., Фесенко В. Н. Параметры репродуктивной функции у мужчин, переболевших генитальной хламидийной инфекцией // Урология.- 2008. - N2. - С. 49-52.
5. Chachamovich J.R., Chachamovich E, Ezer H. e..a. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. – 2010.- Vol.31, N 2.- P. 101-110.