

Роль хламидийной инфекции в развитии бесплодия

И.И. Федоренко, М.Ю. Фадеев

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

Наше исследование роли хламидийной инфекции в этиологии трубно-перитонеального фактора бесплодия показало, что наличие урогенитальной хламидийной инфекции является прогностически неблагоприятным состоянием в отношении развития трубно-перитонеального бесплодия.

Ключевые слова: хламидийная инфекция, бесплодие.

The role of chlamydial infection in development of infertility

I.I. Fedorenko, M.Yu. Fadeev

Tver State Medical Academy

Our research of the role of chlamydial infection in etiology of the pipe peritoneal factor of the infertility gives the following: the presence of the genitourinary chlamydial infection is foreseen unfavorable condition regarding the progression of the pipe peritoneal infertility.

Key words: chlamydial infection, infertility.

За 5 лет наблюдения (с 2005 по 2009 годы), заболеваемость женщин бесплодием увеличилась в 1,4 раза (с 369,9 на 100 тыс. женщин в 2005 году до 524,9 в 2009 году). Угрожающие темпы роста бесплодия не могут не отразиться на уровне рождаемости и жизни в стране. Среди факторов бесплодия на сегодняшний момент преобладает трубно-перитонеальный фактор бесплодия (ТПФБ), что, по мнению многих исследователей проблемы, связано с высокой инфекционной нагрузкой на население. Судя по обзору статей по данной проблеме, отмечается все большая уверенность исследователей, что ведущую роль здесь играет хламидийная инфекция (ХИ). Частота хламидийного инфицирования при трубном бесплодии, по данным российских исследователей, составляет 41–54%, а по данным европейских – до 70–90%. Вместе с тем нельзя игнорировать роль и других факторов в этиологии бесплодия.

Поставлена цель: определить взаимосвязь наличия ХИ и развития ТПФБ.

Материал и методы

Исследовательская работа проведена на базе Центра планирования семьи родильного дома № 2 г. Твери. В ходе работы были проанализированы 100 амбулаторных карт женщин, страдающих бесплодием, по следующим показателям: возраст, время наступления менархе, регулярность менструального цикла, начало половой жизни, ранее выявленные инфекции передаваемые половым путем (ИППП), причина обращения за консультацией и лечением, протоколы диагностических обследований и анализов (гинекологический осмотр, исследование гормонального фона (лютеинизирующий и фолликулостимулирующий гормоны, эстрадиол, прогестины, пролактин и тестостерон), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза (аппарат Aloca-650), исследование полимеразной цепной реакции (ПЦР) и реакции иммуноферментного анализа (ИФА) на носительство ХИ, исследование вагинального мазка на наличие условно-патогенной микрофлоры (УПМ), для достоверной диагностики ТПБ применялась методика метросальпингографии (МСГ) и лапароскопии (ЛС).

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациенток составил $26,9 \pm 0,24$ года, возраст наступления менархе – $13,8 \pm 0,66$ года, регулярный менструальный цикл регистрировался в 70% случаев. Основные результаты исследования приведены в табл. 1.

Таблица 1

Результаты обследования пациенток (в %)

Признак	Показатель
Клинические синдромы (n = 100 женщин)	
Тазовые боли	25
Выделения из половых путей	15
Вторичное бесплодие	79
Нарушение менструального цикла	30
УЗИ-симптомы (n = 100 женщин)	
Спаечный процесс в малом тазу	28
Косвенные признаки сальпингоофорита	59
МСГ-признаки (n = 60 женщин)	
Сужение просвета маточных труб	63
Односторонняя окклюзия 1 маточной трубы и сужение 2-й.	27,3
Двусторонняя окклюзия маточных труб	9,7
Данные лапароскопии (n = 50 женщин)	
Спаечный процесс (СП) в параовариальном пространстве	В разной степени выраженности выявлен у

При сборе анамнеза ведущими жалобами явились: отсутствие беременности более одного года при регулярной половой жизни (100%), синдром нарушения менструальной функции (30%), синдром тазовых болей (25%), синдром выделений из половых путей (15%). Из перенесенных гинекологических заболеваний имелись указания на следующие: сальпингоофорит – 72%, апоплексия яичника – 5%, эндометрит – 54%. Хирургическое вмешательство (аппендэктомия) отметили 2% пациенток с бесплодием.

По данным клинических исследований с соблюдением алгоритма, рекомендованного экспертами ВОЗ для бесплодных супружеских пар, диагностировано бесплодие трубно-перитонеальное у 57,8%, бесплодие другой природы – 42,2%. Воспалительные заболевания органов малого таза сочетались или служили причиной бесплодия у 76% обследованных.

При исследовании на инфекции полового тракта выявлено следующее: ИППП и условно-патогенная микрофлора (УПМ) зарегистрирована у 60%, показатели нормобиоценоза отмечены у 40% больных.

Выявленные при лабораторном исследовании микроорганизмы представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели патобиоценоза половых путей у пациенток с бесплодием

Категория	% от спектра возбудителей
Условно-патогенная микрофлора (УПМ) половых путей	
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	38
<i>Mycoplasma genitalium</i>	15
ИППП *	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	47
Микст-инфекции, в сочетании с <i>Chlamydia trachomatis</i>	
–	20

* Примечание: случаев сифилиса и гонореи у обследуемого контингента не выявлено.

Как видно из данных таблицы лидирующее место среди ИППП занимает хламидиоз. При этом в 81% случаев эта инфекция была зарегистрирована среди больных с диагностированным ТПФБ. Микст-инфекция, с участием хламидий, встретилась у 20% случаев.

Для сравнения – среди практически здоровых женщин репродуктивного возраста только в редких случаях обнаруживается условно патогенная флора в сочетании с лактобациллами, участвующими в саногенезе влагалища.

Ни одно значимое в медицине исследование не обходится без сравнения полученных результатов, со среднестатистическими или с результатами работ исследователей, признанных лидерами в изучении данной проблемы.

В табл. 3 приводятся данные сравнения с результатами Министерства здравоохранения и социального развития России, Общества по борьбе с ИППП США и Европы (CDCE).

Таблица 3

Данные сравнительного анализа заболеваемости на 100 000 населения хламидийной инфекцией в странах Европы, США и России

Страна	Год		
	2008	2009	2010
Исландия	254	711	Н*
Дания	316	541	Н
Норвегия	301	474	Н
Великобритания	–	800	811
Швеция	321	408	Н
США	295	409	448
Россия	89,6	80/67	71,0/59,2**

Примечание: * нет данных, ** среднее по РФ/ЦФО.

Согласно данным таблицы видно, что из года в год в США и странах Европы отмечается прирост выявленности хламидийной инфекции, тогда как в России ситуация противоположная: регистрируется ежегодное снижение заболеваемости хламидиозом. Сложившуюся ситуацию демонстрирует рис.

Рисунок показывает, что заболеваемость в Европе (на примере Норвегии) и США хламидийной инфекцией в среднем в 6 раз выше, чем в РФ. Данное различие можно объяснить следующим. В странах Европы и США имеется четкая процедура регистрации каждого выявленного случая сексуально-трансмиссивного заболевания в центрах по профилактике ИППП. При этом, как частные клиники, так и государственные, подают единый бланк отчета по диагностированным заболеваниям в статистические агентства. Широко используются скрининг-методики (даже на приеме у терапевта, стоматолога и др.), хорошо отлаженная система по контролю «долеченности» ИППП. В РФ подобного прецедента в отношении ИППП нет.

Принимая во внимание статистические данные по распространенности ХИ в России, можно полагать, что в действительности истинная заболеваемость значительно превышает результаты официальной статистики. В этом направлении необходима активная и последовательно проводимая работа.

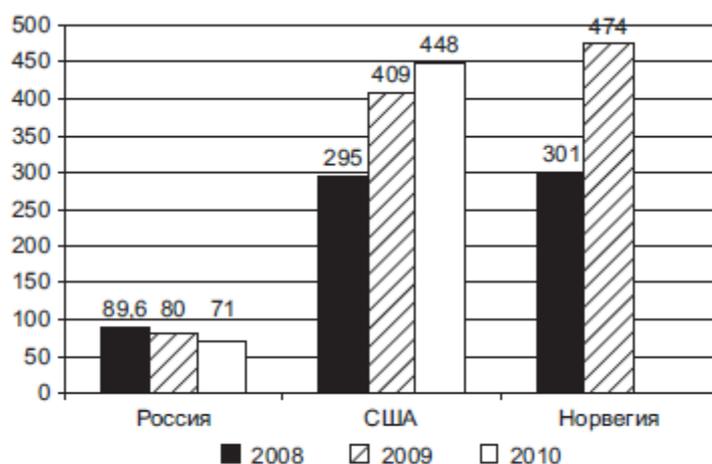


Рис. Динамика заболеваемости населения хламидийной инфекцией в России, США и Норвегии (2008–2010 года) [8, 10, 11]

Рис. Динамика заболеваемости населения хламидийной инфекцией в России, США и Норвегии (2008–2010 года).

Выводы

1. Частота встречаемости ТПФБ в структуре общего бесплодия составляет 57,8%.
2. ХИ в группе страдающих бесплодием – у 48% обследованных, с наличием ТПФБ у 81%.
3. Сравнение результатов настоящего исследования с общероссийскими и данными по США и странам Европы показало, что в последних наблюдается ежегодный прирост выявленности ХИ, тогда как в РФ, наоборот, отмечается снижение.

Литература

1. Жмакин И.А. История становления и развития научно-исследовательской работы в Тверской государственной медицинской академии // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 4. - С. 10-15.
2. Брянцева В.М., Федотова Т.А., Жмакин И.А. Научно-исследовательский центр тверской медицинской академии - важное звено в реализации научно-исследовательских работ // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 4. - С. 38-42.
3. Кириленко Н.П., Жмакин И.А. Участие Тверской медакадемии в формировании здорового образа жизни среди населения тверской области: опыт прошлого и настоящего, к будущему // Верхневолжский медицинский журнал. - 2009. Т. 7. № 4. - С. 31-33.

4. Радьков О.В., Калинин М.Н., Раскуратов Ю.В., Заварин В.В. Вариабельность сердечного ритма при гестозе в зависимости от полиморфизма -381t/c гена мозгового натрийуретического пептида // Верхневолжский медицинский журнал. 2011. Т. 9. № 1. С. 13-16.
5. Орлов Ю.А., Килейников Д.В., Мазур В.В., Мазур Е.С. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертензии у больных первичным гипотиреозом // Верхневолжский медицинский журнал. - 2010. Т. 8. № 2. - С. 21-22.
6. Калинин М.Н. Использование прошлого опыта в свете необходимости ускоренного инновационного развития научного потенциала Тверской государственной // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 4. - С. 4-6.
7. Мазур В.В., Мазур Е.С., Калинин А.М. Ремоделирование сердца у больных дилатационной кардиомиопатией и постинфарктным кардиосклерозом на разных стадиях хронической сердечной недостаточности // Верхневолжский медицинский журнал. - 2008. Т. 6. № 1. - С. 13-17.
8. Заварин В.В., Радьков О.В., Калинин М.Н. Полиморфизм модулирующих эндотелий-зависимую вазодилатацию генов при гестозе // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 3. - С. 20-22.
9. Калинин М.Н., Волков В.С. О патоаутокинезе гиперлиппротеидемии и его клиническом значении // Верхневолжский медицинский журнал. - 2012. Т. 10. № 2. - С. 21-24.
10. Федоренко И.И., Фадеев М.Ю. Роль хламидийной инфекции в развитии трубно-перитонеального фактора бесплодия / Верхневолжский медицинский журнал. - 2012. Т. 10. № 3. - С. 33-35.
11. Федоренко И.И., Ботвинева Ю.А., Кузнецова Е.С. Особенности клинико-лабораторных показателей у больных с синдромом гиперандрогении // Верхневолжский медицинский журнал. - 2010. Т. 8. № 3. - С. 27-28.
12. Антонов М.П., Жигулина В.В. Влияние биохимических изменений липидов сперматозоидов и спермоплазмы на фертильность эякулята // Верхневолжский медицинский журнал. - 2012. Т. 10. № 3. - С. 47-50.
13. Евстифеева Е.А., Стольникова И.И., Филиппченкова С.И., Бузовская Н.В. Исследование личностных особенностей и эмоционального состояния гинекологических больных // Верхневолжский медицинский журнал. - 2008. Т. 6. № 1. - С. 27-30.

14. Пустовалова Р.А., Петрова М.Б. Действие цитокинов на процесс заживления ран кожи // Верхневолжский медицинский журнал. - 2008. Т. 6. № 3. - С. 20-22.

Фадеев Михаил Юрьевич (контактное лицо) – сот. тел. 8-903-033-96-62.