

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

**ШЕВЧУК ІГОР ІВАНОВИЧ**

УДК 618.177:616993.1]-07-08

**НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХЛАМІДІОЗУ В ЖІНОК ІЗ  
БЕЗПЛІДДЯМ**

14.01.01 - акушерство і гінекологія

**Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук**

**Тернопіль – 2008**

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Буковинському державному медичному університеті

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор **Юзько Олександр Михайлович**,  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика  
МОЗ України, м. Київ, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Григоренко Петро Петрович**, Вінницький національний  
медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, м. Вінниця, завідувач кафедри акушерства  
та гінекології факультету післядипломної освіти;

доктор медичних наук, професор **Жук Світлана Іванівна**, Українська військово-медична  
академія Міністерства оборони України, м. Київ, професор кафедри військової хірургії.

Захист відбудеться 16 січня 2008 року о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради  
К 58.601.02 у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я.Горбачевського  
(46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Тернопільського державного медичного  
університету імені І.Я.Горбачевського (46001, м. Тернопіль, вул.Січових Стрільців, 8)

Автореферат розісланий 15 грудня 2007 р.

Учений секретар

спеціалізованої вченої ради,

кандидат медичних наук, доцент

В.О.Синицька

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Численні дослідження свідчать про доволі значне поширення інфекції TORCH-комплексу серед жінок (Рудакова Е.Б. и соавт., 2000; Лебедюк М.М. та співавт., 2002; Григоренко П.П., 2004; Погодин О.К. и соавт., 2006; Жук С.І., 2006). Хламідіоз серед них є одним з найпоширеніших захворювань (Мавров Г.І., Чинів Г.П., 2005). За даними ВООЗ, у світі хламідіозом хворіє близько 80 млн людей (Glasser et al., 2002) і спостерігається стійка тенденція до поширення даного захворювання (Аковб'ян В.А., 2007). Хламідійні інфекції відіграють значну роль у розвитку безпліддя подружньої пари (Кулаков В.И., Леонов Б.В., 2000; Запорожан В.М., Соболев Р.В., 2003). У 70% жінок з трубно-перитонеальним фактором безпліддя при дослідженні виявляють антихламідійні антитіла (Ререкин И.А. и соавт., 2006). Враховуючи це, включення в програму допоміжних репродуктивних технологій інфікованої пари або інфікування чоловіка чи жінки в ході реалізації програми може призвести до суттєвих ускладнень, насамперед стану майбутньої дитини, а також до зниження ефективності програми (Кулаков В.И., 2003; Быстров Л.А., 2006; Lancaster P., 2006; Van Montfoort A.P.A., 2006).

У зв'язку з вище викладеним розробка ефективних методів діагностики та лікування безпліддя в шлюбі на фоні запальних захворювань геніталей є однією з актуальних проблем сучасної гінекології (Руденко А.В. та співавт., 2005). Ефективність лікування безпліддя при цьому не в останню чергу визначається вчасною правильною діагностикою та застосуванням сучасних методів лікування (Шевчук І.І. та співавт., 2005; Чураков И.О. и соавт., 2005). Тому, незважаючи на значну кількість робіт з проблеми безпліддя, ґрунтовні наукові дослідження та створення центрів допоміжних репродуктивних технологій, дотепер залишаються не розробленими та науково обґрунтованими покази для лапароскопічної санації органів малого тазу при запальних захворюваннях органів малого тазу, що спричинені збудниками, які передаються статевим шляхом (ЗПСШ), терміни її проведення, критерії визначення наслідків лапароскопічних втручань при безплідді залежно від активності запального процесу та змін внутрішніх статевих органів.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація виконана згідно з планом науково-дослідної роботи кафедри акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології Буковинського державного медичного університету «Вивчення перинатальних чинників захворюваності, розробка та впровадження методів діагностики, лікування і профілактики патологічних станів репродуктивної функції у дівчат і жінок Північної Буковини» (№ державної реєстрації 0106U008499).

**Мета роботи** – підвищити ефективність відновлення репродуктивної функції в жінок із хламідіозом при безплідді трубного походження шляхом оптимізації діагностичних та лікувальних заходів із використанням лапароскопії.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити частоту хламідіозу в жінок з безпліддям трубного походження, оперованих лапароскопічно.
2. Уточнити особливості мікробіоценозу піхви та цервікального каналу в жінок із хламідіозом при безплідді.
3. Визначити можливості експрес - діагностики хламідіозу в жінок із безпліддям під час лапароскопії за допомогою швидких тестів.
4. Дослідити стан вродженого неспецифічного (природного) та набутого (адаптивного) специфічного імунітету в жінок із безпліддям при хламідіозі в анамнезі.
5. Проаналізувати прогностичні критерії ефективності лапароскопічних втручань при безплідді трубного походження.
6. Удосконалити алгоритм обстеження та етапність лікувальних заходів для відновлення репродуктивної функції жінок з безпліддям при хламідіозі.
7. Провести аналіз ефективності відновлення репродуктивної функції в жінок із безпліддям трубного походження при хламідіозі шляхом розробки та впровадження комплексного поетапного лікування з використанням лапароскопії.

*Об'єкт дослідження:* жінки з безпліддям трубного походження та хламідіозом оперовані лапароскопічно; жінки контрольної групи без хронічних інфекційних урогенітальних захворювань із збереженою репродуктивною функцією.

*Предмет дослідження:* генітальне інфікування хламідіями, стан вродженого неспецифічного (природного) та набутого специфічного (адаптивного) імунітету, лапароскопічна хірургія при безплідді трубного походження, її ефективність, діагностичні швидкі тести інтраопераційно, реабілітаційна терапія.

*Методи дослідження:* клінічні, лабораторні (культуральний, експрес-тест, ІФА для виявлення антитіл, імунологічний), інструментальні (УЗД, лапароскопія) та статистичні.

**Наукова новизна одержаних результатів.** У роботі подальшого розвитку набуло вивчення ультразвукових та імунологічних параметрів функціонування репродуктивної системи при безплідді внаслідок запальних змін органів малого тазу при хламідіозі. Доповнено дані щодо особливостей клініки, ультрасонографічної та ендоскопічної характеристик репродуктивних органів при трубно-перитонеальному безплідді внаслідок хламідіозу. Уточнено характерологічні особливості морфофункціонального стану репродуктивних органів при безплідді внаслідок перенесеного хламідіозу. Удосконалено алгоритм обстеження подружжя при хламідіозі. з використанням нової методики експрес-тесту на хламідійну інфекцію, яка нами вперше застосована інтраопераційно під час лапароскопії.

Запропоновано та науково обґрунтовано комплексну програму реабілітації репродуктивної

функції при безплідді, спричиненого хламідіозом з використанням антихламідійного імуноглобуліну та роваміцину (спіраміцин).

**Практичне значення одержаних результатів.** Запропоновано та впроваджено алгоритм комплексного обстеження хворих з безпліддям внаслідок перенесеного хламідіозу з використанням нової методики експрес-тесту на хламідійну інфекцію інтраопераційно під час лапароскопії, визначено клініко-лабораторні та ендоскопічні критерії оцінки ефективності комплексного лікування безпліддя з урахуванням морфофункціонального стану маткових труб та яєчників у жінок із хламідіозом.

Результати дослідження та діагностично-лікувальний алгоритм впроваджено у роботу гінекологічних відділень м. Чернівці, м. Вінниці та м. Києва. Теоретичні положення дисертаційної роботи використовуються у навчальному процесі на кафедрі акушерства та гінекології № 1 НМАПО імені П.Л.Шупика.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертантом самостійно проведено інформаційно-патентний пошук, аналіз та узагальнення сучасного стану досліджуваної проблеми. Клінічне та ультразвукове обстеження у 100 жінок основної групи та у 100 в контрольній, лапароскопічні втручання, забір матеріалу для бактеріологічних, молекулярно-біологічних, лабораторних, імунологічних та морфологічних досліджень виконувались особисто автором або за його безпосередньої участі. Статистична обробка даних, аналіз й узагальнення результатів клінічних, мікробіологічних, інструментальних, ендоскопічних досліджень, формулювання основних положень та висновків дисертації виконані автором самостійно. Особисто здобувачем написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки та науково-обґрунтовано практичні рекомендації, розроблено основні теоретичні та практичні положення і забезпечено їх впровадження до медичної практики.

**Апробація результатів дисертації.** Основні наукові положення та результати дисертаційної роботи оприлюднено на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні питання сучасного акушерства» (Тернопіль, 2005); II-ій міжнародній медико-фармацевтичній конференції студентів і молодих вчених БДМУ (Чернівці, 2005); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні методи діагностики та лікування дерматозів і захворювань, що передаються статевим шляхом» (Чернівці, 2005); 87-ій підсумковій науковій конференції БДМУ (Чернівці, 2006); Міжнародній науково-практичній конференції «Досягнення та перспективи репродуктивних технологій в лікуванні безпліддя» (Київ, 2007); 88-ій підсумковій науковій конференції професорсько-викладацького персоналу БДМУ (Чернівці, 2007).

**Публікації.** За матеріалами дисертаційного дослідження опубліковано 4 наукових праці, з них 3 – у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 1 – у матеріалах з'їзду.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація, викладена на 166 сторінках, складається зі вступу, огляду літератури, розділу матеріалів та методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальненні результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій та списку використаної літератури, який включає 341 джерело. Робота ілюстрована 19 таблицями та 4 рисунками.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

**Матеріал та методи дослідження.** Для вирішення поставленої мети і завдань нами було обстежено 200 жінок, із них 100 жінок основної групи (ОГ) з безпліддям трубного походження та хламідіозом, оперованих лапароскопічно, та 100 жінок контрольної групи (КГ), які були соматично здорові, без хронічних інфекційних урогенітальних захворювань із збереженою репродуктивною функцією. При цьому були застосовані: клінічні, лабораторні (культуральний, полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР), експрес-тест для визначення антигену хламідій, імуноферментний аналіз (ІФА) для виявлення антитіл, імунологічний (Т, В та О – лімфоцити, Ig А, М та G, ЦІК, ФГА, ТК)), інструментальні (ультразвукова діагностика (УЗД) на апараті «Hawk 2102 EXL», лапароскопія) та статистичні методи дослідження. Комітет з біоетики Буковинського державного медичного університету встановив (протокол №12 від 19.10.06 р.), що дослідження не суперечать біоетичним нормам. За характером перебігу запальних захворювань статевих органів із обстежених жінок ОГ виділені дві підгрупи: I підгрупа – 35 (35,0%) жінок із часто рецидивуючим перебігом запальних захворювань органів малого тазу, при якому рецидиви запалення зумовлювали стаціонарне лікування; II підгрупа – 65 (65,0%) жінок з одним клініко-лабораторно підтвердженим епізодом запальних захворювань органів малого тазу, який вимагав проведення стаціонарного лікування.

Лапароскопію проводили під ендотрахеальним наркозом за загальноприйнятою методикою з використанням обладнання фірми «Karl Storz» (Німеччина) з проведенням візуального контролю і відеозапису за допомогою ендоскопічної відеосистеми. Алгоритм лапароскопічного втручання включав: визначення величини, положення, форми матки, стану її серозного покриву; розташування, форми, довжини, загального вигляду маткових труб, стану їх фібріальних відділів; дослідження прохідності маткових труб за проникненням контрасту (індигокармін) в черевну порожнину; визначення наявності, вираженості і поширення спайкового процесу у малому тазі; характеру спайок та їх переважної локалізації; величини, розташування, характеру поверхні яєчників, наявність стигм, овуляції, фолікулярних кіст, жовтих тіл та ін.

Для оцінки спайкового процесу у малому тазі використовували класифікацію аднексальних спайок Американського товариства фертильності (AFS, 1988), яка дає змогу не тільки оцінити тяжкість спайкового процесу, а й спрогнозувати можливість настання вагітності. Ступінь оклюзії

маткових труб оцінювали за класифікацією J.Donnez et all. (1986), за якою при 1 ступені візуалізуються спайки фібрій, при 2 ступені – повна непрохідність дистального відділу без збільшення діаметру, при 3 ступені – повна оклюзія маткових труб з розширенням ампулярного відділу до 2,5 см і при 4 ступені – з розширенням понад 2,5 см.

Інтраопераційно для діагностики хламідіозу ми використали Цито-тест на хламідії – швидкий імунохроматографічний експрес-тест для якісного визначення загального антигену *S.trachomatis* у мазках з метою діагностики хламідійної інфекції протягом 10 хвилин.

Лікування та реабілітація хворих з безпліддям, яке зумовлено чи ускладнено хламідійною інфекцією, базувалось на використанні препарату Імуноглобулін людини антихламідійний виробництва ЗАТ «Біофарма» у вигляді монотерапії та в комбінації з антибіотиком із групи макролідів – спіраміцином. Залежно від використаного терапевтичного комплексу хворих було розподілено на три підгрупи: I – 25 жінок з безпліддям, які отримували терапію спіраміцином по 3 млн ОД тричі на день протягом 14 днів; II – 25 жінок із безпліддям, які отримували терапію спіраміцином по 3 млн тричі на день протягом 14 днів та Імуноглобуліном людини антихламідійним (проти *S.trachomatis*) внутрішньом'язово та місцево по 1,5 мл через три дні на 4-й – 5 ін'єкцій в цервікальний канал щоденно (№ 4) по 1,5 мл; III – 25 жінок із безпліддям, які отримували тільки Імуноглобулін проти *S.trachomatis* за тією ж схемою (внутрішньом'язово та місцево).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Результати проведених досліджень свідчать, що вік жінок, включених у дослідження, коливався від 20 до 44 років, складав у середньому  $29,6 \pm 4,78$  років в ОГ та в КГ ( $p > 0,05$ ). Жінки обох груп хворіли на гострі респіраторні вірусні захворювання (дитячі інфекції, грип, ангіна та ін.). В ОГ жінок дані захворювання виявлено в 60 випадках ( $60,0 \pm 6,0\%$ ), а в КГ – тільки у 12 ( $12,0 \pm 1,2\%$ ), тобто в 5 разів менше ( $p < 0,05$ ).

Соціальна зайнятість жінок була майже однаковою. Серед обстежених жінок ОГ службовці становили  $51,0 \pm 5,1\%$ , домогосподарки –  $29,0 \pm 2,9\%$ , робітниці –  $14,0 \pm 1,4\%$ , студенти –  $6,0 \pm 0,6\%$ . У КГ службовці склали  $50,0 \pm 5,0\%$ , домогосподарки –  $28,0 \pm 2,8\%$ , робітниці –  $11,0 \pm 1,2\%$ , студенти –  $11,0 \pm 1,2\%$  ( $p > 0,05$ ). Менархе у жінок ОГ мало місце, в середньому, у  $12,1 \pm 0,8$  років, що відповідає віковій нормі регіону і достовірно не відрізнялось від часу появи менархе у жінок КГ. Регулярний ритм менструацій у жінок ОГ встановився, в середньому, через  $8,2 \pm 0,7$  місяців ( $p < 0,05$  порівняно з КГ).

В обстежених жінок всіх груп в анамнезі були гінекологічні захворювання. У всіх жінок ОГ в анамнезі були дані на запальні захворювання органів малого тазу (ЗЗОМТ), у 32 ( $32,0\%$ ) жінок ОГ – післяабортні і післяпологові гнійно-септичні ускладнення; більш ніж у половини – вказівки на перенесені запальні захворювання нижнього відділу статевих органів. У  $41,0\%$  жінок ОГ були кольпіти різної етіології, що свідчить про ймовірність у них висхідного шляху поширення збудників, що спричиняють ураження верхніх відділів статевих органів.

У жінок ОГ первинне безпліддя мало місце у 51 (51,0%), вторинне – у 49 (49,0%) хворих. Тривалість безпліддя в шлюбі в обстежених жінок коливалась від 2,5 до 14,7 років і в середньому становила  $8,6 \pm 1,4$  років.

Дані загально-клінічних обстежень (загальний аналіз крові, сечі, біохімічні аналізи крові, рівень глюкози у крові, коагулограма тощо) в обстежених жінок ОГ спостереження достовірно не відрізнялись від показників КГ.

У жінок ОГ оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого тазу були в 43 (43,0%) випадках. Частіше відмічена операція аппендектомія – 20 (20,0%), при цьому ускладнений апендицит був у 3 (3,0%) хворих, а ускладнений післяопераційний період - у 2 (2,0%). Оперативні втручання гінекологічного характеру були у 23 (23,0%) КГ. Перенесена 8 (8,0%) жінками позаматкова вагітність, з приводу якої операція тубектомії була проведена 6 (6,0%) хворим, 2 (2,0%) – лапароскопічні органозберігаючі операції з евакуацією плідного яйця та пластикою маткової труби можуть бути маркером висхідного генітального інфікування з ураженням маткових труб. Лапароскопічні операції були у 7 (7,0%) жінок основної групи (з них 2 – діагностичні). На маткових трубах операції проведено у 2 хворих, комбіновані (сальпінгоостомія, сальпінгооваріолізис) – у 5 випадках.

Необґрунтоване використання «застарілих» технологій у процесі лікування безпліддя могло бути фактором поширення запального процесу і розвитку перитонеальної форми безпліддя. У 42 (42,0%) жінок ОГ в анамнезі були курси гідротубацій із загальною кількістю процедур від 1 до 14, причому в половини жінок маніпуляції були проведені без обстеження на інфікування збудниками, що передаються переважно статевим шляхом.

На момент звернення у клініку тільки 25 (25,0%) жінок ОГ інших скарг, крім безпліддя, не пред'являли. Скарги на значні по об'єму та тривалі менструальні виділення пред'являли 30 (30,0%) жінок. Альгодисменорею відмічали 33 (33,0%) жінки. Скарги на надмірні виділення з піхви висловлювала 41 (41,0%) жінка. У 30 (30,0%) жінок діагностовано синдром хронічного тазового болю.

Гінекологічне обстеження виявило ендочервіцит у 21 (21,0%), псевдоерозію шийки матки – у 8 (8,0%), кольпіт – у 41 (41,0%) жінки. У 30 (30,0%) жінок виявлено обмежену рухомість тіла матки, її зміщення (ретрофлексія, декстра- або синістропозиція), гіпертрофія шийки матки, тяжистість та чутливість в ділянці додатків матки. У 3 (3,0%) жінок пальпувались м'яко-еластичної консистенції, чутливі при пальпації, обмежено рухомі тубооваріальні утворення. При розширеній кольпоскопії виявлено як маніфестне, так і хронічне запалення слизової піхви та ектоцервіксу. набряк вульви у вигляді нерівного папілярного рельєфу, особливо в ділянці сечовипускного каналу, діагностовано у 3 (3,0%) жінок, явища цервіциту з йод-позитивною пробою за Шилером – у 7 (7,0%) жінок основної групи.



При УЗД сактосальпінкси діагностовано у 3 (3,0%) ОГ. З них 2 (2,0%) жінки належали до I підгрупи (хворі з рецидивуючими ЗЗОМТ). Спайковий процес у малому тазі діагностовано у 10 (10,0%) жінок ОГ.

Гострий сальпінгіт з початком статевого життя був у 4 жінок ОГ, цистит – у 3 (3,0%). В цілому у всіх хворих ОГ було 7 епізодів ЗЗОМТ, що обумовило неодноразове перебування їх на стаціонарному лікуванні. «Первинних» пацієнок на обстеження і лікування з приводу безпліддя у шлюбі було 36 (36,0%). Раніше з приводу ЗЗОМТ лікувалась 41 (41,0%) жінка.

Не було діагностовано генітальне інфікування у 6 (6,0%) жінок при проведених раніше обстеженнях на ПСШ. Специфічне лікування хламідіозу протягом одного року отримували 6 (6,0%) пацієнок до звернення у клініку.

Частота ураження *Ch. trachomatis* серед жінок ОГ, за даними методів ідентифікації збудників у зішкрібках слизових цервікального каналу та уретри, склала 50,0% (рис. 1).

|

**Рис. 1. Частота ураження *Ch.trachomatis* (%)**

Щодо асоціацій збудників генітальних інфекцій у жінок ОГ, нами встановлено, що в асоціаціях хламідії поєднувались із грибами роду *Candida* – в 73,0%, з уреаплазмами – в 14,0%, з мікоплазмами – в 12,0% та бактеріальним вагінозом – в 23,0% випадках. Наявність двох збудників, які передаються статевим шляхом, в асоціаціях виявлено у 49,0% жінок основної групи, трьох збудників – у 16,0%, чотирьох – у 11,0%, п'яти – у 2,0% жінок (рис. 2).

**Рис. 2. Частота поєднання *Ch.trachomatis* з іншими інфекціями (%)**

Виконавши аналіз попереднього лікування ПСШ і ЗЗОМТ у жінок з безпліддям нами виділені фактори, що могли зумовити неефективність лікування цих захворювань: недостатня тривалість курсу лікування – 15 (15,0%) жінок, неповна (взагалі відсутня) санація первинного джерела інфікування – 5 (5,0%), недотримання принципів лікування змішаних генітальних

інфекцій – 23 (23,0%), нехтування обов'язковим правилом обстеження і лікування статевого партнера – 8 (8,0%) та відсутність адекватного лабораторного контролю ефективності проведеного лікування – 14 (14,0%) жінок.

Дані гістеросальпінгографії були наступними: двобічна непрохідність маткових труб у різних відділах виявлена нами у 24 (24,0%) жінок з безпліддям, з них з первинним безпліддям – у 10 (10,0%), з вторинним безпліддям – у 14 (14,0%). Прокідність однієї маткової труби при оклюзії другої встановлено у 14 (14,0%) жінок, з них з первинним безпліддям – у 5 (5,0%), з вторинним безпліддям – у 9 (9,0%) жінок. Часткова прохідність маткових труб була у 15 (15,0%) жінок з безпліддям. Прокідність маткових труб була збережена у 46 (46,0%) жінок з безпліддям. Перитубарні спайки за даними ГСГ запідозрені у 15 (15,0%) жінок з безпліддям.

Під час лапароскопії у 17 (17,0%) жінок ОГ діагностовано перший (мінімальний) ступінь тяжкості спайкового процесу ( $3,5 \pm 1,1$  балів), у 15 (15,0%) – другий (середній) ступінь тяжкості спайкового процесу ( $7,9 \pm 1,3$  балів), у 19 (19,0%) – третій (помірний) ступінь тяжкості спайкового процесу ( $15,7 \pm 2,4$  балів), у 11 (11,0%) – четвертий (тяжкий) ступінь зростового процесу ( $26,0 \pm 2,4$  балів). Всього спайковий процес діагностовано у 62 (62,0%) пацієток основної групи. У 38 (38,0%) пацієток спайковий процес у ділянці придатків матки був відсутнім, з них у 3 (3,0%) жінок, які мали в анамнезі лікований урогенітальний хламідіоз і тривалість безпліддя у шлюбі до 2 років. Дані проведеного дослідження свідчать, що найбільш виражений спайковий процес мав місце у жінок із змішаним інфікуванням і частими рецидивами ЗЗОМТ в анамнезі.

При лапароскопії виявляли спайки двох типів: I тип – розташовані переважно перитубарно та в ділянці яєчничкової ямки, по характеру прозорі, без судинні, плівчасті, які легко роз'єднуються без попередньої коагуляції; II тип – непрозорі, щільні, васкуляризовані. Синдром Фітц-Х'ю-Куртиса діагностовано у 24 жінок (24,0% загальної кількості пацієток, 38,7% – із спайковим процесом в малому тазу), при цьому у 7 (7,0%) жінок урогенітальний хламідіоз було вперше верифіковано при даному обстеженні (при тривалості безпліддя  $7,8 \pm 1,7$  років). Спайки I типу виявлені у 14 (14,0%) жінок з безпліддям. Кореляційний аналіз типу виявлених спайок з характером інфікування показав, що даний тип спайок частіше виявлявся у хворих із змішаним інфікуванням без наявності у складі асоціацій збудників *S. trachomatis*. Спайки II типу виявлені у 48 (48,0%) хворих, що у 3,4 рази перевищувало частоту виявлення спайок I типу.

Збережена прохідність і функціональна спроможність маткових труб лапароскопічно встановлені у 14 (14,0%) обстежених жінок, при цьому у 6 (6,0%) з них виявлялись спайки I типу та першого-другого ступеня важкості спайкового процесу. Повну двобічну непрохідність маткових труб діагностовано у 37 (37,0% всіх обстежених хворих і 43,0% хворих з патологією маткових труб). Часткову прохідність маткових труб, що свідчило про порушення їх функціональної спроможності, діагностовано у 49 (49,0%) хворих, причому двобічна була у 25

(25,0%) випадках, однобічна – у 24 (24,0%). Однобічну непрохідність маткової труби з різною функціональною спроможністю другої труби діагностовано у 23 (23,0%) обстежених жінок. Оклюзії маткових труб I ступеню виявлено у 24 (24,0%) пацієнток, II ступеню – у 38 (38,0%), III ступеню – у 14 (14,0%), IV ступеню – у 23 (23,0%).

У 83 (83,0%) жінок визначалась матка нормальних розмірів, незначне збільшення матки виявлено у 6 (6,0%) жінок, зменшення розмірів матки (гіпоплазія I ступеня) мало місце у 6 (6,0%) хворих, у 3 (3,0%) візуалізація розмірів матки внаслідок спайкового процесу була утрудненою. Субсерозний міоматозний вузол виявлено у 1 (1,0%) жінки, параоваріальні кісти – у 2 (2,0%), фолікулярна кіста – у 1 (1,0%). Декстра- або сіністра-позиція внаслідок раніше проведеної тубектомії та вираженого зростового процесу відмічались у 7 (7,0%) жінок. У 35 (35,0%) жінок виявлені полікістозно змінені яєчники. Достовірні ознаки циклічної діяльності яєчників (стигми овуляції, жовте тіло) виявлялись у 74 (74,0%) обстежених пацієнток.

Проведено співставлення даних важкості спайкового процесу, тривалості безпліддя та характеру інфікування у обстежених хворих показало, що існує пряма залежність вираженості спайкового процесу з типом генітального інфікування. У пацієнток із масивними, щільними спайками III ступеня за класифікацією Hulka мало місце змішане хламідійне інфікування з 3 та більше збудниками в асоціації.

Прогноз зачаття за даними, отриманими при лапароскопії, для 26 (26,0%) пацієнток з переважаючим безпліддям трубного походження був оцінений як добрий, як задовільний – для 15 (15,0%), як сумнівний – 22 (22,0%), як негативний – для 37 (37,0%) жінок. Найбільш несприятливим прогноз був у хворих з тривалим перебігом безплідності (більше 5 років), частими (2-3 рази) епізодами загострення запальних захворювань, тривалим (більше 2 років) неадекватним протизапальним лікуванням без етіологічної верифікації збудника запального процесу та з використанням гідротубацій для відновлення прохідності маткових труб.

Таким чином, морфологічні зміни маткових труб у 75,0% хворих з безпліддям характеризувались різноманітністю форм, різною поширеністю та локалізацією уражень. У переважної більшості вони поєднувались з вираженим спайковим процесом, при цьому характер спайок коливався у широких межах – від багаточарових щільних довкола матки, маткових труб і яєчників до тонких прозорих периоваріальних спайок.

Адгезіолізис у процесі лапароскопії проводився 83 (83,0%) жінкам, сальпінгооваріолізис проведено у 67 (67,0%), фімбріонеостомія – 31 (31,0%), сальпінгонеостомія – у 23 (23,0%), сальпінгоектомія (одно- та двобічну) – у 20 (20,0%) пацієнток. У 98 (98,0%) хворих після діагностичної лапароскопії виконувались оперативні лапароскопічні втручання. Лише у 2 (2,0%) пацієнток було проведено тільки діагностичну лапароскопію.

У жінок з безпліддям, які звернулись на обстеження і лікування вперше, рівень

серопозитивності до хламідій склав 80,8%, при цьому у 54,0% жінок виявлено маркери активності процесу – діагностичні рівні IgA у 33,3% жінок та чотирикратне зростання титрів IgG у 41,7% серопозитивних жінок, що в середньому склало 37,5% випадків у жінок, які звернулись для обстеження вперше. Ці дані серологічного обстеження свідчать, що проведене попереднє обстеження та лікування у частини жінок з безпліддям не було достатньо адекватним. У 33,3% жінок основної групи, які обстежувались і лікувались з приводу змішаного або хламідійного інфікування, на етапі первинної медико-санітарної допомоги ми виявили серологічні маркери активності хламідійного процесу. Серопозитивність до хламідій як наслідок перенесеного інфікування виявлялась у 89,7% випадків, однак маркери активності хламідійного процесу в цих жінок нами виявлені лише у 16,7% випадків. Диференціації не обстеження проводилось між персистуючим перебігом урогенітального хламідіозу та можливою реінфекцією. Важливим є верифікація інфікування у жінок, у яких при попередніх обстеженнях не було діагностовано хламідійне або змішане інфікування. У них у 33,3% випадках виявлено маркери персистуючої хламідійної інфекції або її реактивації. Слід зауважити, що 13 (16,7%) жінок лікувались з приводу безпліддя без обстеження на генітальні інфекції, що передаються статевим шляхом, більше 2-х років. У половини цих жінок виявлено маркери перенесеної урогенітальної хламідійної інфекції, а більш ніж у третини жінок - маркери активності хламідійного запального процесу. У жінок КГ при серологічному обстеженні в жодному випадку не виявлено антитіла до хламідій.

У жінок, які до звернення на обстеження в клініку отримували тривале лікування з приводу ПСШ, переважали явища бактеріального вагінозу і генітального кандидозу. Ці захворювання є маркерами не тільки порушеного імунітету слизових оболонок генітального тракту, а й зниження супротивності до інфекцій в організмі в цілому. Жінки, які отримували тривале лікування з приводу безпліддя без обстеження на ПСШ, характеризувались високим рівнем інфікування хламідіями (41,7%), при цьому переважали пацієнтки з поєднаною формою безпліддя з гормональними порушеннями. У середньому серед виділених категорій хворих частота інфікування хламідіями серед всіх обстежених склала  $33,5 \pm 2,8\%$ . У 2,8% жінок діагностовано трихомоніаз.

У зв'язку з цим ми розглядаємо хламідійне інфікування як один з основних чинників розвитку безпліддя трубного походження. Слід зазначити, що в групі жінок, які при лікуванні безпліддя на етапі первинної медичної допомоги проходили обстеження на ПСШ, і частина з них – лікування з приводу різних видів інфікування, виявлено високий відсоток маркерів персистуючої хламідійної інфекції, не діагностоване до моменту даного обстеження безсимптомного виділення з цервікальним слизом вірусу простого герпесу II типу. Клінічні прояви генітального герпесу в анамнезі спостерігались у 5 жінок, однак на момент обстеження у жодної з цих пацієнток методом ДНК-діагностики виділення вірусу зі слизом цервікального каналу не було встановлено. Не було

характерної клінічної картини запальних захворювань статевих органів ні в одному випадку змішаного інфікування. Слід врахувати, що ці жінки неодноразово проходили системне і місцеве лікування з приводу запалення жіночих статевих органів.

Серед жінок ОГ, в яких діагностовано змішане генітальне інфікування, частота хламідійного інфікування, за даними методів ідентифікації збудників у зішкрібах слизових цервікального каналу та уретри, склала 50,0%.

Виконане нами дослідження свідчить, що проведене поглиблене планомірне обстеження на наявність інфікування збудниками, які передаються статевим шляхом, хворих з різною тривалістю безпліддя у шлюбі і різним анамнезом діагностично-лікувальних заходів, дозволило виявити неадекватність підходів до первинного обстеження і лікування у 44,2% хворих. Отже, змішане генітальне інфікування у жінок з безпліддям за наявності у складі мікробних асоціацій хламідій та більше трьох збудників, неадекватність діагностично-лікувальних заходів на первинних етапах обстеження створює передумови для розвитку безпліддя трубного походження.

Нами також встановлено, що у жінок з безпліддям трубного походження, в яких в анамнезі був хламідіоз, мають місце порушення в абсолютній та відносній кількості основних імунокомпетентних клітин. При цьому в жінок з безпліддям трубного генезу, в яких діагностовано раніше хламідіоз, зменшується абсолютна кількість лейкоцитів на 8,16% та еозинофілів – на 36,36%, моноцитів - у 2 рази, лімфоцитів - на 34,87% та індекс алергізації - на 43,35%. На цьому фоні зростає відносна кількість паличкоядерних нейтрофільних лейкоцитів на 5,00%, сегментоядерних нейтрофілів - на 25,80%. Перераховані зміни вплинули на індексні показники. У жінок з безпліддям трубного походження на фоні хламідіозу підвищується імунологічна реактивність на 56,40%, а також лейкоцитарний індекс інтоксикації - на 84,46%, що свідчить про притаманну цим жінкам інтоксикацію середнього рівня.

Таким чином, у жінок, що страждають на безпліддя, в анамнезі яких відмічено хламідіоз, відбувається зниження абсолютної кількості лейкоцитів, еозинофілів, лімфоцитів, моноцитів та зменшення індексу алергізації. У зв'язку з цим зростає відносна кількість паличкоядерних і сегментоядерних нейтрофілів, інтоксикація та підвищується рівень імунної реактивності.

У жінок, що страждають безпліддям на фоні хламідіозу, мають місце порушення функції факторів та механізмів неспецифічної ефекторної системи протиінфекційного захисту. При збереженій фагоцитарній активності та захоплюючої здатності фагоцитарних клітин мають місце порушення фагоцитозу - на заключних етапах. При цьому у жінок з безпліддям знижена потенційна здатність бактерицидної активності фагоцитарних клітин на 49,5% та коефіцієнт активності фагоцитозу - на 49,3 %, що підтверджується низьким резервом бактерицидної активності фагоцитарних клітин (на 77,3 %), у порівнянні з контролем. Збереження фагоцитарної та захоплюючої активності поліморфоядерних лейкоцитів можна пояснити зростанням

концентрації нормальних антитіл. Всі ці зміни обумовлюють зростання імунологічного коефіцієнту, що характеризує готовність організму до формування специфічної імунної відповіді. При цьому різко зростає кількість О-лімфоцитів, що мають кілерну активність.

Таким чином, у жінок із безплідністю, в яких в анамнезі встановлено факт захворювання на хламідіоз, характерним є значне зниження активності фагоцитозу за рахунок значних порушень потенційної бактерицидної активності поліморфноядерних нейтрофілів та її резерву, а також збільшення імунологічного коефіцієнту та відносної кількості О-лімфоцитів. Крім цього, у жінок із безпліддям трубного походження, в анамнезі яких встановлено захворювання хламідійної етіології, значно (на 55,7%) зменшується відносна кількість Т-лімфоцитів, незважаючи на зростання (на 58,9%) CD8+-цитолітичних лімфоцитів, що здійснюють цитолітичну дію патологічно змінених власних клітин, можливо, інфікованих хламідіями, які мають переважно внутрішньоклітинний тип паразитизму. Значне збільшення відносної кількості CD+-цитолітичних лімфоцитів при незмінній відносній кількості CD4+-хелперних/індукторних лімфоцитів призводить до порушень автономної саморегуляції в системі імунітету, про що свідчить зниження на 56,9% імунорегуляторного індексу. Зниження на 42,9% лейко-Т-клітинного індексу підтверджує зменшення відносної кількості CD3+-лімфоцитів у загальному поділі лімфоцитів.

Таким чином, у жінок із безпліддям трубного походження, в яких в анамнезі встановлено хламідіоз, значно зменшується відносна кількість загальних Т-лімфоцитів, лейко-Т-клітинний індекс та імунорегуляторний індекс внаслідок збільшення відносної кількості CD8+-цитолітичних лімфоцитів. Одержані результати вказують на незначні (перший ступінь імунних порушень) зміни показників гуморальної ланки системного імунітету у жінок із безпліддям, в анамнезі яких встановлено хламідіоз. При цьому незначно зменшена (на 8,7%) відносна кількість BCD22<sup>+</sup>-лімфоцитів, Ig M та A (на 30,0 та 12,5% відповідно). На такому фоні у жінок із безпліддям зростає на 24,6% концентрація Ig G, (імуноглобуліна вторинної імунної відповіді), що засвідчує про хронізацію процесу. Це підтверджується не тільки анамнестичними даними, а і зростаючою імуноглобулін продукуючою здатністю щодо Ig G. Зростання концентрації загальних циркулюючих імунних комплексів на 14,3% у жінок із безпліддям, в анамнезі яких встановлено захворювання на хламідіоз, свідчить про постійне надходження антигенів, які з'єднуються із специфічними антитілами, утворюючи імунні комплекси. Крім цього, зростання циркулюючих імунних комплексів підтверджує відносно ефективну гуморальну імунну відповідь при хламідіозі.

Підсумовуючи аналіз результатів, одержаних при параклінічному клініко-імунологічному дослідженні жінок із безпліддям трубного походження, в анамнезі яких встановлено захворювання на хламідіоз, слід підкреслити, що у цієї категорії пацієнток знижується абсолютна кількість лейкоцитів та відносна кількість еозінофілів, моноцитів та лімфоцитів. Зменшення відносної кількості останніх зумовлено зниженням відносної кількості Т-лімфоцитів. На цьому фоні зростає

відносна кількість паличкоядерних та сегментоядерних нейтрофільних лейкоцитів, а також наростає інтоксикація і посилюється рівень імунної реактивності. У таких пацієнток має місце порушення фагоцитозу на заключних етапах цього процесу за рахунок глибоких порушень потенційної бактерицидної активності нейтрофілів та її резерву, а також зростає відносна кількість CD8<sup>+</sup>-цитолітичних лімфоцитів й О-лімфоцитів, що формують клітингову систему організму, та імунологічний коефіцієнт. При цьому також зростає концентрація імуноглобулінів вторинної імунної відповіді (IgG) при зниженні концентрації Ig M та A.

Враховуючи викладене вище, в жінок з безпліддям трубного походження, які в анамнезі мали хламідіоз, або він підтверджений у процесі операцій швидкими цито-тестами ми застосували запропонований нами комплекс лікування.

Вивчення впливу комплексної терапії жінок, хворих на хламідіоз, який супроводжувався безпліддям, показало, що використання тільки макролідного сучасного антибіотика призводить до зростання відносної кількості CD3<sup>+</sup>-лімфоцитів на 21,5%. Інші показники клітинної ланки спонтанного імунітету не зазнають суттєвих змін. Захисна монотерапія імуноглобуліном проти *S. trachomatis* виявилася більш ефективною. Вона також сприяє зростанню відносної кількості TCD3<sup>+</sup>-лімфоцитів, покращує процеси розпізнавання (збільшення CD4<sup>+</sup>-лімфоцитів на 14,4%) та автономну саморегуляцію з формуванням імунної відповіді. Тобто використання специфічного гомогенного імуноглобуліну є більш ефективним і доцільним, ніж макролідних антибіотиків. Поєднана лікувальна тактика, що включає макролідні антибіотики та специфічний гомогенний імуноглобулін, також сприяє підвищенню відносної кількості CD3<sup>+</sup>-лімфоцитів на 22,7%, CD4<sup>+</sup>-лімфоцитів – на 14,2% та IPI – на 23,1%. Разом з тим, комплексна терапія позитивно впливає (нормалізує) і на відносну кількість CD8<sup>+</sup>-цитолітичних лімфоцитів.

У жінок II підгрупи після лікування спостерігалася позитивна клінічна динаміка на період обстеження, через 2 тижні та місяць не було болю в нижніх ділянках живота, змінився характер виділень та зменшилась їх інтенсивність, зникли пастозність та болісність з боку придатків матки. Терапію з спірамідіном та імуноглобуліном людини антихламідійним всі пацієнти добре переносили. Як видно з наведених даних, у хворих II підгрупи відмічається не тільки позитивна динаміка клініко-мікробіологічних показників, а й найбільш об'єктивна – за даними серологічного дослідження. Знижувались титри антитіл, що свідчить про адекватність терапії й ліквідацію запального процесу, зумовленого хламідіями. Індекс ефективності при застосуванні імуноглобуліну протихламідійного та спірамідіну був високим.

У жінок III підгрупи (тільки імуноглобулін проти *S. trachomatis*) було зменшення дискомфорту під час сечовиділення, зникав біль у ділянках придатків матки, виділення були помірні. Всі жінки добре переносили терапію з імуноглобуліном людини антихламідійним. Ефективність препарату та його переносимість (у балах) також були високими. Щодо

серологічних показників, то слід відмітити їх позитивну динаміку, що свідчить про адекватну етіотропну терапію. Контрольне мікробіологічне обстеження показало, що суттєвих змін в інших показниках не було виявлено.

У жінок, яким застосовували лікування тільки спіраміцином, позитивна клінічна динаміка спостерігалась через 2 тижні після проведеної терапії. Водночас цитологічно та за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) реєстрували ДНК хламідій та інших бактеріальних збудників. Отже, наведені дані свідчать, що у групі жінок, в лікуванні яких застосовано тільки спіраміцин, аналізовані показники були гіршими у плані позитивної динаміки лікування хламідійної інфекції.

Проведені нами дослідження виявили, що використання імуноглобуліну людини антихламідійного при лікуванні жінок із безпліддям після лапароскопічних операцій не має побічних ефектів і добре переноситься пацієнтами. Порівняльна оцінка терапевтичної ефективності трьох схем застосування препаратів імуноглобуліну людини антихламідійного, імуноглобуліну людини антихламідійного і спіраміцину та монотерапії спіраміцином показала, що включення цих препаратів до комплексу відновної терапії після лапароскопічних операцій у жінок з безпліддям трубного походження та хламідіозом, який верифікований з використанням цитотесту, супроводжується нормалізацією клінічних та мікробіологічних показників протягом місяця після лікування.

Протягом 8 місяців спостереження вагітність при трубно-перитонеальному факторі безпліддя наступала у 32 (47,03%) пацієнток, в яких прогноз для зачаття був оцінений як добрий, і в 12 (15,40%) жінок із середнім прогнозом. Тобто, запропонований комплексний метод поетапної реабілітації порушеної генеративної функції внаслідок ЗЗОМТ на ґрунті ІПСШ дозволив нам досягти кінцевого результату реабілітації – вагітності та народження доношених дітей у 62,40% пацієнток з трубно-перитонеальним фактором безпліддя, в яких прогноз для зачаття було оцінено як позитивний.

## **ВИСНОВКИ**

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і таким чином запропоновано нові підходи до діагностики та лікування хламідіозу, а також його наслідків у жінок із безпліддям трубного походження, що досягається шляхом використання діагностичних швидких тестів інтраопераційно, прогнозування ймовірності настання вагітності після лапароскопічного втручання та проведення комплексної реабілітаційної протизапальної та імуномодуючої терапії.

1. У 10,0% жінок з безпліддям трубного походження, оперованих лапароскопічно,



діагностовано хламідіоз або змішане генітальне інфікування, при цьому спайковий процес органів малого тазу та порушення прохідності маткових труб виявлено, відповідно, у 62,0% та 86,0% випадків.

2. Серед обстежених жінок 41,0% лікувались раніше з приводу запальних захворювань органів малого тазу. В слизовій цервікального каналу хламідії виявлено у 50,0% пацієток. Хламідії поєднувались в асоціації із грибами роду *Candida* в 73,0% випадків, з уреаплазмами – в 14,0%, з мікоплазмами – в 12,0% та бактеріальним вагінозом – в 23,0%.

3. Використання цито-теста на хламідії під час лапароскопії у жінок з безпліддям трубного походження дозволило покращити діагностику та виявити хламідійну інфекцію у 25,0% жінок з асимптоматичною ендцервікальною хламідійною інфекцією.

4. У жінок із безпліддям трубного походження, в яких в анамнезі зафіксовано хламідіоз, у крові знижена потенційна здатність бактерицидної активності фагоцитарних клітин на 49,5% та коефіцієнт активності фагоцитарних клітин на - 49,3% за рахунок глибоких порушень потенційної бактерицидної активності поліморфоядерних нейтрофілів та їх резерву, а також збільшення імунологічного коефіцієнту та відносної кількості О-лімфоцитів; зменшується на 55,7% відносна кількість Т-лімфоцитів, лейко-Т-клітинний індекс та імунорегуляторний індекс на фоні збільшення на 58,9% відносної кількості CD8<sup>+</sup> цитолітичних лімфоцитів, що покращує клінічну систему організму.

5. Жінки з безпліддям трубного походження та хламідіозом під час лапароскопії у 86,0% випадків потребували реконструктивно-пластичних операційних втручань у зв'язку зі спайковим процесом та патологією маткових труб. У 26,0% пацієток прогноз настання вагітності оцінено як «добрий», у 15,0% – як «задовільний», у 22,0% – як «сумнівний» та у 37,0% – як «незадовільний». Відновлення репродуктивної функції спостерігалось в 62,4% випадків у пацієток з позитивним прогнозом для зачаття.

6. Алгоритм обстеження на хламідіоз у жінок з безпліддям трубного походження, які оперуються лапароскопічно, повинен бути доповнений використанням швидких цито-тестів інтраопераційно, що дозволяє підвищити ефективність діагностики хламідіозу на 25,0% та своєчасно перейти до наступного етапу – реабілітаційного - відразу після операції.

7. В комплексному поетапному лікуванні використання спіраміцину та імуноглобуліну проти *S. trachomatis* показало, що захисна монотерапія імуноглобуліном виявилась більш ефективною. Вона сприяє зростанню відносної кількості CD8<sup>+</sup> лімфоцитів, покращенню процесів розпізнавання (збільшення CD4<sup>+</sup> лімфоцитів на 14,4%, CD3<sup>+</sup> - на 22,7%, імунорегуляторного індексу - на 23,1% ) та автономної саморегуляції з формуванням імунної відповіді.

### **Рекомендації щодо наукового та практичного використання**

### здобутих результатів

1. Алгоритм обстеження жінок з безпліддям трубного походження має бути доповнений використанням швидкого цито-теста на хламідії інтраопераційно під час лапароскопії, мазок з матеріалу маткової труби. При застосуванні цих тестів результат готовий вже через 10 хвилин. Експрес-тест для визначення антигену хламідії призначений для діагностики в умовах *in vitro*. Тест повинен використовуватися для визначення антигену хламідії у клінічних зразках. Він є якісним і тому не може визначати кількісний вміст хламідій або рівень вмісту антигену хламідії. Даний тест вказує на наявність антигену хламідії у зразку в життєспроможному або нежиттєспроможному стані. Кількість мікроорганізмів у зразку для дослідження впливає на визначення хламідії. Це обумовлено технічною стороною забору матеріалу (зразку), а також факторами, як вік пацієнта, наявність в анамнезі захворювань, що передаються статевим шляхом, наявними симптомами тощо. Як і в усіх випадках діагностики, результати тесту повинні розглядатися у сукупності з усією клінічною інформацією.

2. Лікування жінок з безпліддям трубного походження, в яких під час лапароскопії з допомогою швидкого теста діагностовано хламідіоз, має бути доповнено використанням імуноглобуліну проти *C. trachomatis*. Інтраопераційно вводять антихламідійний імуноглобулін людини інстиляцією 1,5 мл в маткові труби з подальшим його введенням внутрішньом'язово 5 разів через 3 дні на 4-й по 1,5 мл, а також 4 інсталяції інтрацервікально кожен день.

### СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Шевчук І.І. Лапароскопічне лікування трубно-перитонеального безпліддя // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2001. – С. 841-844.

2. Юзько О.М., Юзько Т.А., Шевчук І.І. Роль хламідіозу в урогенітальній інфекції в жінок із безплідністю при використанні допоміжних репродуктивних технологій // Вісник наукових досліджень. – 2005. – № 2. – С. 119-120 (*Автором особисто проведено обстеження жінок із безплідністю та хламідіозом, проведено оцінку його клінічного перебігу та підготовлено роботу до друку*).

3. Юзько О.М., Юзько Т.А., Шевчук І.І. Мікробіоценоз піхви в жінок із безплідністю, які готуються до екстракорпорального запліднення // Клінічна та експериментальна патологія. – 2005. – Т. 4, № 1. – С. 109-112 (*Автором особисто проведено забір матеріалу з цервікального каналу пацієнток, узагальнено одержані дані та підготовлено роботу до друку*).

4. Шевчук І.І. Частота виявлення хламідіозу у жінок з безпліддям трубного походження при лапароскопії // Тези доповідей Ювілейного VIII з'їзду Всеукраїнського Лікарського Товариства, присвячена 15-річчю організації (1990-2005 рр.), м. Івано-Франківськ, 21-22 квітня 2005 р. – К., 2005. – С. 37.

## АНОТАЦІЯ

**Шевчук І.І. Нові підходи до діагностики та лікування хламідіозу в жінок із безпліддям.**

– Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство і гінекологія. – Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль, 2008.

Наукову роботу присвячено підвищенню ефективності відновлення репродуктивної функції в жінок із хламідіозом при безплідді трубного походження шляхом оптимізації діагностичних та лікувальних заходів із використанням лапароскопії. Вивчено частоту хламідіозу в жінок з безпліддям трубного походження, оперованих лапароскопічно. Дано оцінку стану вродженого неспецифічного (природного) та набутого (адаптивного) специфічного імунітету у жінок із безпліддям при хламідіозі в анамнезі. Визначено прогностичні критерії ефективності лапароскопічних втручань при безплідді трубного походження. Вдосконалено методику лікувально-профілактичних заходів в жінок із хламідіозом при безплідді трубного походження, в яких не було терапевтичного ефекту після традиційного лікування із застосуванням антибактеріальних та імуномодуючих препаратів. Запропоновано використання діагностичних швидких тестів інтраопераційно, прогнозування ймовірності настання вагітності після лапароскопічного втручання й проведення комплексної реабілітаційної протизапальної та імуномодуючої терапії.

**Ключові слова:** хламідіоз, безпліддя, діагностичні швидкі тести, лапароскопічні втручання.

## SUMMARY

**Shevchuk I.I. New Approaches to the Diagnostics and Treatment of Chlamydiosis in Women with Infertility.** – Manuscript.

Thesis for obtaining the academic degree of Candidate of Medical Science in the speciality 14.01.01 – obstetrics and gynecology. – I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, 2008.

The research work is devoted to raising the efficiency of reproductive function restoration in women with chlamydiosis and tubal infertility by means of optimization of diagnostics and treatment using laparoscopy. The author investigates the frequency of chlamydiosis in women with tubular infertility who have undergone laparoscopy. The condition of inborn nonspecific (natural) and acquired (adaptive) specific immunity of women with infertility and with chlamydiosis in their medical history is evaluated in the work. The prognostic criteria of laparoscopy efficiency for treating tubular infertility are determined. The author improved the methods of treatment and preventive measures for women with chlamydiosis and

tubular infertility who have shown no therapeutic effects after traditional treatment with antibacterial and immunomodulatory medications. It is suggested that diagnostic express tests should be used intraoperatively; that the probability of pregnancy should be prognosticated after laparoscopy; that complex rehabilitation anti-inflammatory and immunomodulatory therapy should be carried out.

**Key words:** clamidiosis, infertility, diagnostic express tests, laparoscopy.

## АННОТАЦИЯ

**Шевчук И.И. Новые подходы к диагностике и лечению хламидиоза у женщин с бесплодием.** – Рукопись.

Диссертация на получение ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, Тернополь, 2008.

Научная работа посвящена повышению эффективности восстановления репродуктивной функции у женщин с хламидиозом при бесплодии трубного происхождения путем оптимизации диагностических и лечебных мероприятий с использованием лапароскопии. Изучена частота хламидиоза у женщин с бесплодием трубного происхождения, оперированных лапароскопически. Дана оценка состояния врожденного неспецифического (естественного) и приобретенного (адаптивного) специфического иммунитета у женщин с бесплодием при хламидиозе в анамнезе. Определены прогностические критерии эффективности лапароскопических вмешательств при бесплодии трубного происхождения. Усовершенствована методика лечебно-профилактических мероприятий у женщин с хламидиозом при бесплодии трубного происхождения, у которых не было терапевтического эффекта после традиционного лечения с применением антибактериальных и иммуномодулирующих препаратов. Предложено использование диагностических быстрых тестов интраоперационно, прогнозирование вероятности наступления беременности после лапароскопического вмешательства и проведение комплексной реабилитационной противовоспалительной и иммуномодулирующей терапии.

Использование цито-теста на хламидии во время лапароскопии у женщин с бесплодием трубного происхождения позволило улучшить диагностику и выявить хламидийную инфекцию у 25,0% женщин с асимптоматической эндоцервикальной хламидийной инфекцией. Женщины с бесплодием трубного происхождения и хламидиозом в анамнезе во время лапароскопии в 86,0% случаев нуждались в реконструктивно-пластических операциях в связи со спаечным процессом и патологией маточных труб. У 26,0% пациенток прогноз наступления беременности оценивался как «хороший», у 15,0% – как «удовлетворительный», у 22% – как «сомнительный» и у 37,0% – как «неудовлетворительный». Беременность после лапароскопических операций на протяжении года наступила у 62,40% пациенток с бесплодием трубного происхождения и с хламидиозом. В

комплексной реабилитационной терапии защитная монотерапия с использованием человеческого антихламидийного иммуноглобулина была наиболее эффективной и способствовала увеличению относительного количества CD 8<sup>+</sup> лимфоцитов, улучшению процессов распознавания (увеличения CD 4<sup>+</sup> лимфоцитов на 14,4%) и автономной саморегуляции с формированием иммунного ответа.

**Ключевые слова:** хламидиоз, бесплодие, диагностические быстрые тесты, лапароскопическое вмешательство.

### **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ**

|       |   |
|-------|---|
| ОГ    | – основна група                             |
| КГ    | – контрольна група                          |
| ІФА   | – імуноферментний аналіз                    |
| ПЛР   | – полімеразна ланцюгова реакція             |
| УЗД   | – ультразвукова діагностика                 |
| ПСШ   | – інфекції, що передаються статевим шляхом  |
| ЗЗОМТ | – запальні захворювання органів малого тазу |