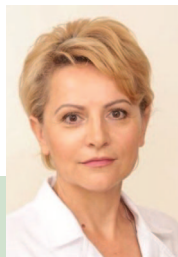


Фертильность под угрозой: роль скрытых инфекций и врачебных ошибок



Чернова Н.И.

Д.м.н., дерматовенеролог, уролог-андролог, руководитель научного отдела аногенитальных дерматозов и инфекций МНПЦДК ДЗМ, Москва

Инфекции мочеполового тракта и нарушения микробиоценоза играют ключевую роль в развитии воспалительных за-

болеваний урогенитальной зоны и нарушении фертильности у мужчин и женщин. В современном клиническом контексте вопросы диагностики, ведения пациентов и выбора терапии требуют междисциплинарного подхода, включающего урологов, гинекологов, дерматовенерологов, колопроктологов и эндокринологов.

Представленный обзор основан на докладе профессора, д.м.н. Н.И. Черновой, который состоялся в рамках проекта «Воспалительные заболевания мочеполовой системы» на Uro.TV и объединил данные клинических рекомендаций, международных исследований и практического опыта, включая примеры из реальной клинической практики.

Введение

Проблема репродуктивного здоровья и снижения фертильности остается актуальной во всем мире. Современные исследования фиксируют не только снижение количества и подвижности сперматозоидов, но и ухудшение их морфологического качества. В ряде случаев основной причиной этих нарушений выступают инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), и ассоциированные воспалительные процессы урогенитального тракта.

Клинические рекомендации Минздрава РФ, международные рекомендации Европейской ассоциации урологов (EAU) и Центров по контролю и профи-



лактике заболеваний США (CDC) подтверждают необходимость обязательного исключения ИППП у пациентов репродуктивного возраста с нарушением фертильности. Среди наиболее значимых инфекций выделяют:

- *Neisseria gonorrhoeae*;
- *Chlamydia trachomatis*;
- *Mycoplasma genitalium*;
- *Trichomonas vaginalis*;
- вирус простого герпеса (HSV);
- вирус папилломы человека (HPV).

Отдельное значение имеет проблема **мультиустойчивости возбудителей** (гонококк, *M. genitalium*), что резко ограничивает терапевтический арсенал и требует взвешенного назначения антибиотиков.

Диагностика: ключевые аспекты и ошибки практики

Правильная подготовка и выбор биологического материала во многом определяют достоверность выявления инфекции:

- Для мужчин важно воздержание от мочеиспускания не менее 2 ч перед забором материала.
- Диагностическое значение имеет первая утренняя порция мочи (≤ 25 мл), эякулят, секрет предстательной железы.
- У женщин обязательны многоочаговые исследования: материал из цервикального канала, влагалища, уретры, а также соскобы в зависимости от клинической картины.

Ошибки (например, взятие анализа «Фемофлор 24» без учета цервикального канала) приводят к ложноотрицательным результатам и хронизации процесса.

Отдельно подчеркивается необходимость обследования обоих половых партнеров одновременно. Отсутствие синхронной диагностики и лечения ■

способствуют персистенции возбудителя и формированию лекарственной устойчивости.

Клинические примеры

В докладе представлены несколько показательных случаев:

1. **Хронический баланопостит, ассоциированный с ВПЧ** – пациенту длительно назначались топические ГКС и антибиотики без эффекта. При обследовании выявлены высокоонкогенные типы ВПЧ, что позволило скорректировать терапию в сторону назначения джозамицина (Вильпромицина CAP®) и иммуномодулятора Радамина® Виро.

2. **Микопlasма гениталиум с реинфицированием** – у мужчины и его партнерши в течение 6 месяцев сохранялась инфекция. Ошибка заключалась в неполном обследовании женщины. После корректной диагностики пара получила комбинированную терапию (джозамицин + метронидазол), дополненную иммуномодуляцией.

3. **Хламидийная инфекция с вовлечением уретры у женщины** – только тщательный анамнез и правильный выбор локуса (уретра) позволили выявить возбудителя. Совместная терапия у пары завершилась наступлением физиологической беременности и рождением здорового ребенка.

4. **Гонококковая инфекция с ложноотрицательными результатами у женщины** – несмотря на многократные отрицательные ПЦР, у мужчины выявлен гонококк. Совместное лечение пары позволило предотвратить риск трубного бесплодия у женщины.

Эти наблюдения подчеркивают важность мультифокусной диагностики, синхронного обследования партнеров и междисциплинарного взаимодействия специалистов.

Лекарственная терапия и современные подходы

Основные проблемы антибиотикотерапии связаны с ростом резистентности:



- **Гонорея:** ранее эффективно лечилась фторхинолонами или азитромицином, в настоящее время сохраняется чувствительность преимущественно к цефалоспорином III поколения, при этом она постепенно снижается.

- ***M. genitalium*:** демонстрирует высокую резистентность к макролидам старого поколения и фторхинолонам.

- ***Chlamydia trachomatis*:** азитромицин в однократной дозе исключен из клинических рекомендаций; предпочтение отдается доксициклину или макролидам пролонгированного действия.

Особое внимание уделено джозамицину (Вильпрамицину CAP®):

- Активен в отношении *C. trachomatis*, *M. genitalium*, уреаплазм, гонококков.
- Хорошо переносится, не влияет на сперматогенез, безопасен при длительных курсах.
- Форма диспергируемых таблеток повышает биодоступность и комплаенс.

Эффективным дополнением к антибактериальной терапии является использование **иммуномодуляторов** (Радамин® Виро – аналог ридостина), индуцирующих выработку интерферонов α , β , γ и активирующих НК-клетки. Это особенно важно при сочетанных бактериально-вирусных инфекциях (ВПЧ + бактериальный возбудитель).

Междисциплинарные аспекты ведения пациентов с ИППП и нарушениями фертильности заключаются в тесном взаимодействии специалистов разных профилей. Урологи и гинекологи традиционно играют ключевую роль, оценивая состояние репродуктивной системы и последствия воспалительных заболеваний. Дерматовенерологи обеспечивают полноценную диагностику инфекций, передающихся половым путем, и выявляют их кожно-слизистые проявления. В ряде случаев подключаются проктологи, что особенно важно при аногенитальных практиках. Дополнительное участие эндокринологов и гастроэнтерологов требуется при сложных нарушениях микробиоценоза, когда инфекция и воспаление выходят за рамки узкоспециализированного подхода. Такой междисциплинарный формат позволяет более полно оценить клиническую картину и подобрать оптимальную терапию. ■

Выводы

- Нарушения фертильности у мужчин и женщин часто ассоциированы с воспалительными заболеваниями уrogenитального тракта инфекционной природы.
- Ошибки диагностики (неверный выбор локуса, игнорирование полового партнера) приводят к хронизации инфекции, росту резистентности и бесплодию.
- Эффективность терапии определяется правильным выбором антибиотика: джозамицин (Вильпрамицин CAP®) является современным вариантом с высокой активностью и безопасностью для репродуктивной функции.
- Иммуномодуляторы (Радамин® Виро) целесообразны при сочетанных бактериально-вирусных инфекциях.
- Междисциплинарное взаимодействие специалистов позволяет оптимизировать диагностику и лечение, предотвращая утрату фертильности. ■

Материал подготовила Шадеркина В.А.

Видео доклада можно посмотреть тут



https://uro.tv/video/chernova_ni_-_rol_bakterialno-virusnoy_infektsii_v_narushenii_fertilnosti_vzglyad_dermatovenerologa

КОМФОРТ В ПРИЕМЕ, УВЕРЕННОСТЬ В ТЕРАПИИ

ВИЛЬПРАМИЦИН CAP®

Терапия уrogenитальных инфекций¹

Джозамицин 1000 мг
Диспергируемые таблетки №10

- **Схема приема:**²
по 1 табл. 2 раза в сутки
7-10 дней



ПРОМОМЕД
Инновации в биофармацевтике

ООО «ПРОМОМЕД ДМ»,
WWW.PROMOMED.RU

1. ДОКАЗАННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ МИКОПЛАЗМЕННЫХ, ХЛАМИДИЙНЫХ И СМЕШАННЫХ ИНФЕКЦИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА. МАРАНЬЯН А. Ю. ЛЕЧЕНИЕ УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. СИБИРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ, 2012, №5, С. 120-124, ШИХ Е. В., МАХОВА А. А., КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН. «NON NOCERE. НОВЫЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ» 2025; 7: 93-102. 2. ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ВИЛЬПРАМИЦИН CAP® РУ ЛП 008850. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. РЕКЛАМА.