УДК 618.39+618.177)-02..616.995.132.8

© В. О. Склярова, М. В. Третякова, 2011.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЗВИЧНОГО НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ І ВТОРИННОГО НЕПЛІДДЯ, ЗУМОВЛЕНОГО АСКАРИДОЗОМ (ВИПАДОК З ПРАКТИКИ)

В. О. Склярова[1], М. В. Третякова[2]

Кафедра поліклінічної справи і сімейної медицини (зав. кафедри – проф. Є. Я. Скляров), Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького;
Львівський міський центр планування сім'ї і репродукції людини;
Жіноча консультація 2 МКП, м. Львів.

ASCARIASIS AS IMPACT FACTOR OF RECURENT MISCARRIAGE AND SECONDARY INFERTILITY

V. O. Sklyarova, M. V. Tretyakova

SUMMARY

We present case of patient with recurrent miscarriage (11 early pregnancy loss till 11 weeks, one tubal pregnancy) and secondary infertility 1 year. At moment of publication, patient is 32 weeks of pregnancy without any complication.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ВТОРИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ, ВЫЗВАНОГО АСКАРИДОЗОМ

В. О. Склярова, М. В. Третякова

РЕЗЮМЕ

Описан клинический случай из практики женщины, в анамнезе у которой 11 выкидышей в термине гестации до 11 недель, в том числе после 3 экстракорпоральных оплодотворений, оперированная 1 внематочная беременность и вторичное бесплодие 1 год. На момент публикации статьи беременность 32 недели, без осложнений.

Ключові слова: недостатність лютеїнової фази, неплідддя, аскаридоз.

В Україні демографічна ситуація з кожним роком погіршується. Це зумовлено не тільки економічною складовою держави і сім'ї, але й зростанням неплідних пар та звичним невиношуванням вагітності. Недостатність лютеїнової фази (НЛФ), як складова ендокринного неплідддя та звичного невиношування вагітності, може бути викликана різними інфекційними чинниками, що супроводжується хронічним ендометритом [5, 6]. Згідно даних літератури, НЛФ реєструється у 46,6% жінок з безпліддям при регулярному менструальному циклі [8, 10, 12].

Хочемо представити колегам випадок з практики, який поєднує звичне невиношувння і вторинне неплідддя, де основним етіологічним чинником є аскаридоз.

Пацієнтка М., 1972 р.н., звернулась вперше із скаргами на звичне невиношування вагітності, втрату 11 вагітності. Пацієнтка при первинному візиті в 2007 році представила наступні дані гінекологічного анамнезу:

I вагітність в 2000 році у лютому закінчилась викиднем в 10-11 тижнів, було проведено вишкрібання порожнини матки.

II вагітність в жовтні 2000 року, III і IV вагітності в 2001 році – закінчились самовільними викиднями в терміні 3-4 тижні без втручання в матку.

V вагітність в 2002 році, яка настала на фоні прийому Клостильбігіду і Дуфастону – закінчилась самовільним викиднем в терміні 7-8 тижнів, з вишкрібанням порожнини матки.

VI вагітність в листопаді 2002 року – закінчилась самовільним викиднем в терміні 3-4 тижні.

VII вагітність в 2003 році, яка настала на фоні прийому Клостильбігіду і Дуфастону – самовільним викиднем в терміні 7-8 тижнів, з вишкрібанням порожнини матки.

В 2004 році в березні проведено оперативне втручання в об'ємі лапароскопічної деструкції капсул обох ячників, в серпні цього ж року оперована з приводу порушеної лівобічної трубної вагітності з видаленням лівої маткової труби (VIII вагітність).

IX, X і XI вагітності в 2005, 2006 і 2007 роках після запліднення шляхом екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) із використанням всіх протокольних схем зберігаючої терапії – закінчились самовільними викиднями в терміні 2-3 тижні.

XII вагітність в 2008 році – закінчилась самовільним викиднем в терміні 5-6 тижнів без втручання в матку.

Пацієнтка представила наступні результати обстежень: в мазках з піхви лейкоцити до 25-45 в полі зору, ключові клітини, бактерії роду Мобілінкус.

Гормональні обстеження на 3 день менструального циклу (2005 рік) представлені у табл. 1.

Таблиця 1

Результати гормональних обстежень на 3 день менструального циклу (2005 рік)

Назва аналізу	Одиниці	Результат	Норма
ФСГ	МО/мл	3,98	3-12
Прогестерон	нмоль/л	3,6	0,1-3,1
ЛГ	МО/мл	3,56	0,5-18
Пролактин	мМО/мл	135	61-430
Естрадіол	пмоль/л	695	90-500
Тестостерон	нмоль/л	1,37	0,5-3,4
ТТГ	мМО/л	3,04	0,3-3,2
Т4	нг/мл	110	50-110
Т3	нг/мл	1,02	0,8-1,8
Кортизол	нмоль/л	131	137-630

Медикогенетичне обстеження пари проведено – патологічних змін хромосом не виявлено. Ультразвукове дослідження щитовидної залози – без патології, нирок – ознаки сечосольового діатезу, обстеження жовчного міхура, печінки, підшлункової – ознаки дискінезії жовчевидільних шляхів.

Дані обстеження перинатальних інфекцій представлені у таблиці 2.

Таблиця 2

Результати обстеження на перинатальні інфекції

Назва аналізу	Одиниці	Результат	Норма
Anti-HSV type 1 IgG	ОГ/мл	0,78	0,3-0,8
Anti-HSV type 2 IgG	ОГ/мл	0,45	0,3-0,68
Anti-CMV IgM	ОГ/мл	0,16	<0,39
Anti-Chlamydia tr IgG	ОГ/мл	0,71	<0,37
Anti- Chlamydia tr IgA	ОГ/мл	0,19	<0,42
Anti- Rubella IgM	ОГ/мл	0,16	<0,17
Anti- Toxo IgM	ОГ/мл	0,33	<0.66
Anti- Toxo IgG	МО/мл	1,76	6-80
Anti-CMV IgG	МО/мл	1,28	1,0-5,0

В 2007 році в стандартних мазках виділень на фоні лейкоцитів на все поле зору виявлено гарднерельоз і кандидоз, при бакпосіві виділень з піхви і шийки матки виявлено: в уретрі – половина поля зору – лейкоцити, в цервікальному каналі і піхві – лейкоцити все поле зору, гарднерельоз. Mycoplasma hominis та Ureoplasma urealiticus не висіяні. Гриби роду кандида та трихомонада не виявлені. Висіяні кокобактерії грам варіабельні, з чутливістю до цефалоспоринів. Кольпоскопова картина протягом при звертанні пацієнтки на огляд характеризувалась клінічними ознаками ендоцервіциту і представлена на рисунку 1.

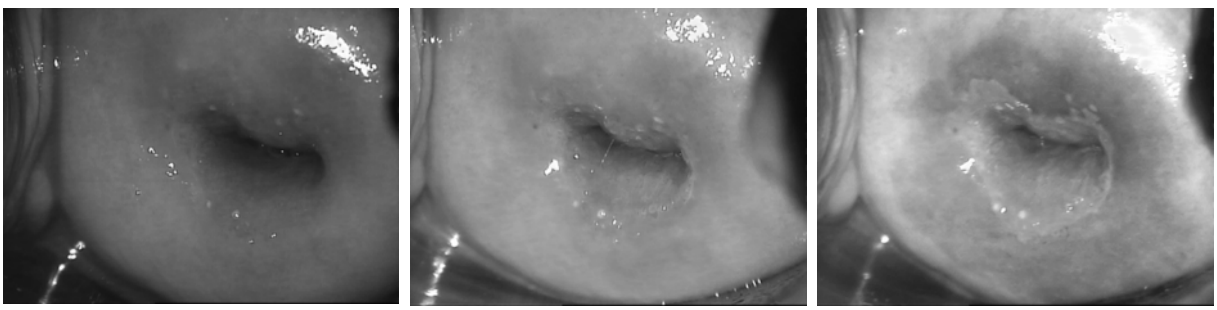

Рис. 1. Ознаки ендоцервіциту (після обробки оцтом і розчином Люголя).

Антиспермальні і антифосфоліпідні антитіла – титр в нормі. Загальноклінічні обстеження: розгорнутий загальний аналіз крові з тромбоцитами, коагулограма, печінкові проби, біохімічні показники, цукор крові, загальний аналіз сечі – в нормі. Показники спермограми статевого партнера – в нормі, чоловік консультований урологом – патології не виявлено. При гінекологічному огляді було виявлено помірно побільшені яєчники, характерний для баквагінозу запах виділень, ознаки гірсутизму, галакторею з обох

молочних залоз. Гормональні обстеження на 3 день менструального циклу було повторено, співвідношення ЛГ до ФСГ перевищувало 2 і становило 11,4/5. Рівень пролактину і ТТГ був в нормі.

Виставлено попередній діагноз: Звичне невиношування, 10 самовільних викиднів, 3-11 тижнів. Ендоцервіцит, екзоцервіцит. Бактеріальний вагіноз. Полікистоз яєчників. Галакторея з обох сторін.

В 2007 році пацієнтка отримала лікування баквагінозу: Секнідазол 2г/день – два дні, гепатопротектори та препарати для відновлення флори протягом 10 днів. Пацієнтка більше на контрольний прийом не зверталась і звернулась в 2008 році після самовільного викидня 5-6 тижнів (12 по рахунку вагітність). Після курсу консультацій в психолога, пацієнтка з чоловіком вирішили звернутись до юриста за допомогою по всиновленню дитини. Після викидня в 2008 році було призначено Логест на 6 місяців. В 2009 році пацієнтка звернулась на профогляд з болями в правій здохвинній ділянці, ознаками ендоцервіциту і баквагінозу. Було призначено Дуфастон в другу фазу циклу, з наступним прийомом Ярини на 3 місяці, і вперше було рекомендовано здати кал на яйця глист і пройти лікування, від якого пацієнтка відмовилась і не зверталась протягом року.

Пацієнтка успішно всиновила дитину, займалась вихованням і жила відкритим статевим життям з плануванням наступних вагітностей. З квітня 2009 року до липня 2010 року при регулярних статевих стосунках вагітність не наступала, але, враховуючи всиновлену дитину, пацієнтка виснажена фінансово і морально після 3 ЕКЗ, 12 репродуктивних втрат, не створювала проблеми з відсутності вагітності протягом року.

27.07.2010 р. пацієнтка М. звернулась з вираженими болями в правій здохвинній ділянці, жовтуватими виділеннями з піхви. Особливістю огляду була болючість в правій здохвинній ділянці при глибокій пальпації кишківника і біляпупковій ділянці в поєднанні з ознаками загострення хронічного правобічного аднекситу і ендоцервіциту. В той же день було проведено ультразвукове обстеження органів малого тазу та нирок (ознаки загострення, розгорнутий загальний аналіз крові (гемоглобін – 148 г/л, лейкоцити – 6,3х10^9/л, ШОЕ – 7 мм/год., Е – 2, П – 1, С – 53, Л – 35, М – 9), коагулограму (протромбінів час – 22, протромбінів індекс – 69%, загальний фібриноген – 2,6 г/л, час рекальцифікації – 1 хв. 40 сек.), обстеження групи і резусу (О(I)Rh+), біохімію (білірубін – 8,4 мкмоль/л, тимолова проба – 2,0 од., загальний білок – 66 г/л, глюкоза – 4,6 ммоль/л, сечовина – 3,7 ммоль/л), RW – від'ємне, загальний аналіз сечі (кількість – 100 мл, колір – солом'яно-жовта, пит. вага – 1002, білок, цукор – не виявлено, епітелій плоский – 5-6 в п/з, лейкоцити – 2-3 в п/з, еритроцити – відсутні, слиз – в невеликій кількості, солі сечової кислоти – невелика кількість), обстеження калу на яйця глист (яйця аскарид), бактеріоскоповий мазок виділень з піхви та цервікального каналу (мазок виділень – лейкоцити густо на все поле зору, епітелій – 5-10 в полі зору, флора кокова – в великій кількості, трихомонада і гонорея – не виявлено), цитологічне обстеження клітин шийки матки (IIа тип), розгорнуту кольпоскопію (ендоцервіцит, кольпіт). Виставлено діагноз: Загострення правобічного хронічного аднекситу. Ендоцервіцит. Кольпіт. Аскаридоз. Ускладнений акушерський анамнез (12 самовільних викиднів, 3 ЕКЗ, видалена ліва труба). Було призначено комбінований антибактеріальний препарат (Офлоксацин 200 і Орнідазол 500 двічі на добу) на 5 днів, протиглисний препарат (Альбендазол) на 3 дні з перервою 14 днів і повтором 3 дні, гепатопротектор на 10 днів, Диклофенак 100 ректально на ніч, і комбіновані вагінальні свічки на ніч (Орнідазол, Неоміцин, Ністатин, Преднізолон) [3]. На даному курсі лікування болі повністю зникли через 7 днів, контрольний огляд проведено 09.09.2010. На фоні затримки менструації 11.10.2010 і позитивному тесті на вагітність проведено ультразвукове (УЗ) обстеження органів малого тазу з підтвердженням маткової вагітності 3 тижні. Назначено на 3 місяці Фолієву кислоту 1000 мкг/добу і калію йодид 200/добу, з метою підтримки вагітності і враховуючи звичне не виношування – 11 самовільних викиднів і оперовану позаматкову вагітність зліва назначено Лютеїна 3 вагінальні таблетки двічі на добу і Дексаметазон 0,5 мг. Вагітність до 12 тижнів перебігала з ознаками переривання вагітності: коричневими виділеннями з піхви, болями низом живота, ознаками ретрохоріальної гематоми по УЗ-дослідженню. Під час кровомазання і болів було додатково рекомендовано спазмолітики, кровоспинні, седативні. Дана терапія була застосована до 27-28 тижнів вагітності. На момент написання статті вагітність 32 тижні перебігає без патології і явищ загрози переривання вагітності. Пацієнтка продовжує приймати гестагени і дексаметазон.

З результатів наших попередніх досліджень у 40% пацієнток з запальними захворюваннями органів малого тазу, ендоцервіцитом, екзоцервіцитом і висипкою на обличчі виявляються яйця аскарид [1, 11]. В анамнезі 67% пацієнток з рецидивуючими мікскольпітами спостерігались в анамнезі перинатальні втрати: завмерлі вагітності, самовільні викидні, позаматкові вагітності, паразитарні інфекції були виявлені у 45% [7]. Глубока пальпація живота, особливо в здухвинних ділянках дає можливість запідозрювати глисту інвазію практичному гінекологу, проводити диференційний діагноз загострення правобічного аднекситу із загостренням хронічного апендициту, дисбіозом шлунково-кишечного тракту, черевною кровотечею. Паразитарні інвазії негативно впливають на перебіг вагітності, характеризуються супутньою патологією шлунково-кишкового тракту [2]. Застосування Лютеїни при загрозі перериванні вагітності в першому триместрі і при звичному невиношуванні дає відмінний лікувальний ефект [4, 9].

ВИСНОВКИ

Перерахована кількість репродуктивних втрат, проведених попередніх обстежень і втручань, в тому числі 3 ЕКЗ, і перебіг даної вагітності після лікування аскаридозу дають можливість представити даний випадок як клінічний досвід лікування аскаридозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Склярова В. О. Гінекологічні порушення та висипка шкіри обличчя при аскаридозі / В. О. Склярова // Практична медицина. – 2008. – Т. 1, № 14. – С. 3–8.

2. Давыдова Ю. В. Беременность и гельминтозы / Ю. В. Давыдова // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – № 5 (22). – С. 24–29.

3. Дурягин В. И. Клинико-микробиологические аспекты воспалительных процессов репродуктивной системы // Здоровье женщины. – 2009. – № 2 (38). – С. 112–113.

4. Пирогова В. И. Особенности и преимущества интравагинального применения гестагенов в клинике невынашивания беременности (часть II) / В. И. Пирогова, И. Прокопив, С. Шурпяк // Здоров'я України. – 2008. – № 13–14. – С. 2–3.

5. Подольський В. В. Невиношування вагітності. Роздуми про вирішення проблеми / В. В. Подольський, С. П. Писарєва, І. І. Воробйова // Здоровье женщины. – 2009. – № 2 (38). – С. 97–102.

6. Сидельникова В. М. Привычное невынашивание беременности / В. М. Сидельникова // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – № 4 (21). – С. 12–17.

7. Склярова В. О. Роль різних супутніх факторів у розвитку рецидивуючого кандидозного кольпіту / В. О. Склярова // Здоровье женщины. – 2009. – № 8 (44). – С. 223–226.

8. Шлемкевич А. М. Репродуктивные потери во II триместре беременности у женщин с бесплодием различного генеза / А. М. Шлемкевич, С. Ю. Вдовиченко // Здоровье женщины. – 2009. – № 3 (39). – С. 165–166.

9. Pharmacokinetics of the progesterone-containing vaginal tablet and its use in assisted reproduction / T. Levy, Y. Yairi, I. Bar-Hava [et al.] // Steroids. – 2000. – Vol. 65. – P. 645–649.

10. Progesterone and pregnancy / G. C. Di Renzo, A. Mattei, M. Gojnic [et al.] // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 2005. – № 17. – P. 598–600.

11. Sklyarova V. O. Helminthiasis as impact factor of gynecological disorders / V. O. Sklyarova // Indian J. Sex. Transm. Dis. – 2010. – Vol. 31. – P. 58–60.

12. Threatened abortion: a risk factor for poor pregnancy outcome, a population_based screening study / J. L. Weiss, F. D. Malone, J. Vidaver [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2004. – № 190. – P. 745–750.