

Урогенитальный хламидиоз. Современный взгляд на проблему

Л.К. Глазкова

Кафедра кожных и венерических болезней, УГМА

Урогенитальный хламидиоз - одно из наиболее распространенных заболеваний, передающихся половым путем. Возбудитель - *Chlamidia trachomatis*, является грамотрицательным микроорганизмом, способным вызывать разнообразные заболевания, поражающие ряд органов, в том числе и мочеполовые. Инфицируя эпителий слизистых оболочек урогенитального тракта, ротоглотки и конъюнктивы глаз хламидии вызывают их воспаление. Эти заболевания имеют тенденцию к хроническому течению с развитием многочисленных осложнений. Возможны также малосимптомные и бессимптомные формы, которые представляют большие сложности в диагностике.

Среди всего спектра заболеваний, ассоциированных с *Chlamidia trachomatis*, инфекции передающиеся половым путем (ИППП) приобрели особое значение, так как поражают людей в период наибольшей половой активности, приводя с серьезным и порой необратимым последствиям, таким как бесплодие, эктопическая беременность, неонатальная патология. Клинические проявления бывают различными, так как в урогенитальном тракте *Chlamidia trachomatis* может быть ассоциирована с любыми патогенными и условно-патогенными микроорганизмами. Весьма часта смешанная хламидийно-гонококковая инфекция: при наличии гонореи хламидии обнаружены у 30-50% женщин и 20-40% мужчин. Нередко хламидии ассоциируются с вирусом простого герпеса (9,7%), гарднереллой (14%), уреоплазмой (33%), микоплазмой (21%), грибами рода *Candida* (12,9%). В форме моноинфекции диагностируется у 3,7-30% больных (1).

При смешанных инфекциях остро протекающие формы цервицита, уретрита, и цистита наблюдаются редко, врачи часто наблюдают хронические заболевания мочеполовой системы и относят их к болезням невыясненной этиологии. Становится очевидным, что пробле-

ма хламидиоза имеет не только медицинское значение, но и негативные социально-экономические и демографические последствия.

Возбудитель относится к порядку *Chlamydiales*, представители которого являются облигатными внутриклеточными бактериями. Они имеют две формы жизни, сходный двухфазный цикл развития, состоящий из чередования функционально и морфологически разных форм элементарного (ЭТ) и ретикулярного (РТ) тельца, обладают склонностью к персистенции.

Порядок *Chlamydiales* представлен четырьмя семействами: *Chlamydiaceae* (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia suis*, *Chlamydia muridarum*), *Parachlamydiaceae* (*Parachlamydia acanthamoebae*), *Simkaniaceae* (*Simkania negevensis*), *Waddiaceae* (*Waddiaceae hondrophila*).

Источником является больной с манифестной или малосимптомной формой острого или хронического заболевания. Механизм передачи: контактный и вертикальный. Контактный механизм реализуется половым, при генитально-генитальных, генитально-анальных и орально-генитальных контактах, и неполовым, бытовое заражение у девочек, путями. Вертикальный механизм реализуется при антенатальном заражении, через плаценту, и интранатально, в родах. К факторам риска урогенитального хламидиоза относят: молодой возраст женщин, в связи с физиологической эктопией шейки матки, эндоцервикоз, низкий социально-экономический статус, большое количество половых партнеров, прием оральных контрацептивов, особенно с высоким содержанием эстрогенов, другие ИППП. У беременных факторами риска являются: возраст менее 20 лет, беременность вне брака, другие ИППП, слизисто-гнойный цервицит, пиурия при отсутствии бактериурии, поздняя явка в женскую консультацию, негонококковый уретрит полового партнера.

Урогенитальный хламидиоз у женщин имеет первично-хроническое течение, множественные очаги поражения, включая уретру, цервикальный канал, органы малого таза. Наблюдается

выраженное несоответствие между тяжелыми деструктивными изменениями внутренних половых органов и умеренно выраженной симптоматикой. У беременных хламидии локализуются в цервикальном канале, эндометрии, трубах, нередко инфицируют децидуальные оболочки, вызывают хориоамнионит. Данное заболевание нередко приводит к послеродовым осложнениям - субинволюция матки, длительная лихорадка, эндометрит. По данным ВОЗ (1990) 25 % женщин, перенесших острый хламидийный сальпингит, становятся бесплодными.

По топографии у женщин можно выделить хламидийное поражение нижнего отдела урогенитального тракта и восходящую инфекцию. К поражению нижнего отдела следует отнести хламидийный уретрит, парауретрит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит. Уретриты не имеют специфических проявлений, и больные редко предъявляют дизурические жалобы. Первичные хламидийные кольпиты встречаются редко, так как хламидии не способны размножаться в многослойном плоском эпителии, а вне клетки высокочувствительны к кислой реакции влагалища. Цервициты наблюдаются как наиболее частое проявление хламидийной инфекции. Хламидийный эндоцервицит диагностируется у 12-60% женщин с ИППП. Выделение хламидий из цервикального канала в 84% случаев сопровождается слизистыми выделениями, которые мацерируют многослойный плоский эпителий влагалищной части шейки матки, вызывая его частичную десквамацию. Шейка становится отечной, гиперемированной, образуется так называемая гипертрофическая эктопия шейки матки. При кольпоскопии отмечается вакуолизация эпителия, отек, гиперемия, могут определяться папулообразные выпячивания слизистой оболочки, содержащие серовато-белое отделяемое, располагающиеся чаще всего на передней губе шейки матки. При беременности возможна угроза её прерывания и цистит. У некоторых больных хламидии могут обитать в парауретральных ходах и криптах, являющихся "неконтролируемыми депо" инфекции, приводя к её затяжному течению, возникновению рецидивов. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) - это полимикробная цервикально-генитальная инфекция с участием анаэробных, факультативно-анаэробных и аэробных микроорганизмов. При этом иммунный ответ хозяина не подавляет развитие хламидий, аутоиммунного воспаления и повреждения тканей. Восходящая хламидийная инфекция чаще всего распространяется каналикулярно, т.е. через цервикальный канал, полость матки, маточ-

ные трубы на брюшину и органы брюшной полости; лимфогенно; гематогенно, о чем говорят экстрагенитальные поражения; через ВМС и внутриматочные вмешательства. В распространении хламидий могут участвовать трихомонады и сперматозоиды. Термин "восходящая хламидийная инфекция" относится к поражению слизистой оболочки матки, труб, яичников, околоматочных связок, брюшины, капсулы печени. Хламидийный сальпингит - наиболее частое проявление этой инфекции. В первую очередь поражается слизистая оболочка труб: складки набухают нарушается целостность эпителия, появляется ригидность труб, нарушается их правильная перистальтика. В результате стенки труб уплотняются, края трубных складок слипаются, что ведет к облитерации просвета. Опасным осложнением этого процесса является бесплодие (2). Хламидии обнаруживаются у 49,5 % женщин с трубно-перитонеальным бесплодием. В настоящее время типичная клиническая картина ВЗОМТ регистрируется в 1,5 раза реже, чем раньше. Среди жалоб часто фигурируют не абдоминальные боли, а метрорагии и диспареуния. Для хламидийной инфекции характерно развитие так называемого "немого" ВЗОМТ.

У мужчин хламидийная инфекция нередко бывает субклинической, обычно наблюдается в виде малосимптомного воспаления мочеиспускательного канала, продолжающегося несколько месяцев. При остром процессе клиническая картина мало отличается от гонококкового поражения. Клинические проявления хронического процесса зависят от степени вовлечения в воспалительный процесс мочеполовой системы. Так наряду с уретритом могут наблюдаться симптомы простатита, везикулита, орхоэпидидимита, фуникулита.

Окончательный диагноз хламидийной инфекции ставят после обнаружения возбудителя.

Важно, что частота обнаружения хламидий зависит от правильности взятия материала, его доставки в лабораторию, кратности обследования, клинической формы и давности инфекции. В связи с тем, что *Chlamidia trachomatis* является внутриклеточным паразитом в исследуемом материале должно содержаться возможно большее количество эпителиальных клеток и минимальное количество слизи.

Антибиотики, используемые в терапии, должны проникать внутрь в клетки и активно воздействовать на делящиеся ретикулярные тельца. В настоящее время рекомендуются придерживаться лечебно-диагностических стандартов, т.е. протоколов лечения. Применяют три

основных группы антибиотиков: тетрациклины, макролиды, фторхинолоны. Важным преимуществом доксициклина, как и всех тетрациклинов, их относительная дешевизна, однако, препараты тетрациклинового ряда вызывают фотосенсибилизацию, активно вызывают рост грибов рода *Candida*, противопоказаны при беременности. Высокой активностью против хламидий обладают макролиды второго поколения: джозамицин, спирамицин, рокситромицин. Эти препараты отличает хорошая биодоступность, высокая концентрация в тканях, одно- или двухразовый в сутки режим приёма, низкая частота побочных реакций, возможность применения у женщин и детей. Джозамицин рекомендован к применению у беременных и лактирующих женщин (протокол 10 от 12 июля 2001 года, Фармакологический Комитет МЗ России).

Из всех фторхинолонов применяется только офлоксацин, который оказывают бактерицидное действие (3). Показанием к его назначению может быть хламидийно - гонорейная инфекция или сочетание *Chlamidia trachomatis* с другими микроорганизмами, чувствительными к этим антибиотикам. Препараты группы фторхинолонов противопоказаны беременным и детям.

Для лечения ВЗОНТ назначаются те же препараты, но продолжительность лечения составляет 14-21 день. К устаревшим методам терапии относят курсовое лечение, применение нескольких антибиотиков у одного больного, смена антибиотика, так как в мире не выявлено устойчивых штаммов хламидий. Наряду с этим системная энзимотерапия является методом, по данным доказательной медицины, повышающим как тканевую так и внутриклеточную концентрацию антибиотиков. Нами накоплен большой опыт применения системной энзимотерапии в комплексном лечении урогенитальных инфекций (4). Ферменты, входящие в состав препаратов системной энзимотерапии, всасываясь в кишечнике, связываются со специфическими антипротеиназами. В таком ком-

плексе энзимы защищены от распознавания гуморальными и клеточными звеньями иммунной системы, поэтому даже при длительном применении не проявляют антигенных свойств. Эти комплексы обладают иммуномодулирующим действием: они способны накапливаться в очагах воспалений, благодаря повышенной проницаемости сосудов. Базисный препарат системной энзимотерапии - **вобэнзим**. В состав вобэнзима входят вещества как растительного так и животного происхождения. Основные эффекты системной энзимотерапии - это противовоспалительный, за счет уменьшения катаболической фазы воспаления и ускорения репарации, иммуномодулирующий, за счет протеиназ, способных модулировать функции моноцитов, макрофагов, естественных киллеров, Т-лимфоцитов; также способствующих выведению патогенных иммунных комплексов. К положительным моментам относится фибринолитический, тромболитический, улучшение микроциркуляции за счет влияния на реологические свойства крови. Подключение **вобэнзима** к одному из антибиотиков быстро снимает отек в пораженных тканях, оказывает анальгетическое действие. Самое главное эти препараты повышая эффективность антибиотиков, снижают их побочные эффекты;

При лечении урогенитального хламидиоза и сочетанных с ним ИППП вобэнзим назначается по 3-5 драже 3 раза в сутки в течение 2-3 недель. Необходимо помнить, что эксперты ВОЗ рекомендуют немедленное начало лечения после установления этиологического агента, применение наиболее эффективного антибиотика, защищенные половые контакты, выявление, обследование и лечение половых партнеров. Контроль излеченности можно проводить не ранее через 3-4 недели после окончания курса антибактериальной терапии. Хотя за рубежом контроль излеченности нередко вообще не проводится, так как большой информирован о важности тщательного соблюдения режима лечения.

Литература

1. Прилепская В.Н., Кондриков Н.И., Устюжанина Л.А. Хламидийная инфекция в гинекологии. Акушерство и гинекология №4 1998:11-14.
2. Савичева А.М., Башмакова М.А. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия. Под Ред. Айламазяна Э.К.- Н. Новгород, 1998
3. Серов В.Н., Краснопольский В.И., Делекторский В.В. и др. Хламидиоз. Клиника, диагностика, лечение (методические рекомендации). М., 1997.
4. Л.К. Глазкова, Е.В. Ютяева. Новые представления об урогенитальном хламидиозе: методические рекомендации.- Екатеринбург: УГМА, 2003.