## Хламидиоз в гинекологической практике

**ЭТИОЛОГИЯ И МОРФОЛОГИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ**

Хламидии относятся к микроорганизмам занимающим промежуточное положение между вирусами и риккетсиями, с бактериями их объединяет аналогичное строение клеточной стенки и возможность окраски их по Граму, а с вирусами то, что хламидии являются облигатными внутриклеточными паразитами с уникальным циклом развития. Сущность этого цикла заключается в том, что паразит проходит две различные по морфологии и биологическим свойствам формы существования микроорганизма, которые обозначаются как элементарные и ретикулярные (инициальные) тельца. Элементарное тельце высокоинфекционная форма возбудителя адаптированная к внеклеточному существованию. Ретикулярное тельце форма внутриклеточного существования паразита, очень лабильная вне клеток хозяина, метаболически активная, обеспечивающая репродукцию микроорганизма. Элементарное тельце прикрепляется к поверхности клетки мишени и фагоцитируется. В начальной стадии инфицирования элементарное тельце становится инициальным, при этом в нем увеличивается количество рибосом и полирибосом, четко обнаруживается бактериальный нуклеоид, возрастает величина этой формы возбудителя и появляются формы бинарного деления. Все эти процессы протекают внутри вакуоли клетки хозяина, где происходит накопление инициальных телец. Размер ретикулярных телец C.trachomatis колеблется от 500 до 700 нм, элементарные тельца имеют меньший размер поперечник около 200 нм. Известно, что одно элементарное тельце может давать от 200 до 1000 "инфекционных единиц". Начальная фаза цикла развития продолжается 18-24 часа, после чего инициальные тельца (вегетативная форма) образует многочисленные элементарные тельца(споровая форма либо путем эндоспоруляции, либо путем отпочковывания которые затем освобождаются из фагосомы и мембраноограниченной зоны и инфицируют другие клетки. Время необходимое для полного цикла развития, составляет 24-48 часов, в зависимости от условий паразитирования. Возбудитель персистирует в клетке мишени весь цикл развития, пока не наступит разрушение клетки в результате гибели или ее локального повреждения в каком либо участке плазматической мембраны.

На основе этого уникального цикла развития эти микроорганизмы по предложению юридической комиссии Международной ассоциации микробиологических обществ (МАМО) от 1.01.80 г. выделены в самостоятельный порядок, включающий одно семейство, куда входит один род, объединяющий два вида:

**порядок Chlamydiales**

**семейство Chlamydiaceae**

**род Chlamydia**

**виды C. trachomatis et C.psittaci.**

Возбудитель хламидиоза тропен к цилиндрическому эпителию выстилающему уретру, цервикальный канал и полость матки. Однако по данным последних исследований проведенных И.И.Ильиным, В.В.Делекторским, совместно с Н.П.Евстигнеевой получены доказательства поражения и многослойного плоского эпителия слизистой влагалища и прямой кишки.

**КЛИНИКА И ИММУНИТЕТ**

Из клинических симптомов большее диагностическое значение имеют изменения слизистых оболочек шейки матки и уретры, слизистые или слизисто-гнойные выделения, состояние придатков матки и самой матки.

**Кольпоскопия:**

Отличается от таковой при цервицитах микробного происхождения особым характером вакуолизации эпителия, отеком и набуханием слизистой оболочки, относительной вялостью течения воспалительного процесса. Вокруг наружного зева шейки матки бывает небольшой красный венчик.

Кроме отечности и гиперемии, нередко определяются папулы, представляющие собой слегка приподнятую слизистую оболочку. Папулообразные выпячивания поднимаются над поверхностью слизистой оболочки и чаще всего располагаются на передней губе шейки матки. Размер их варьирует от просяного зерна до, в редких случаях, размера фасоли. Выпячивания содержат серовато-белое отделяемое и представляет собой различные индивидуальные вариации. В подслизистой ткани определяются резко расширенные сосуды, особенно четко выявляющиеся вокруг папул. Цилиндрический эпителий у входа в цервикальный канал находится в состоянии отека с элементами начала гиперплазии. Пробы Шиллера выявляют четко выраженную йоднегативную зону у входа в цервикальный канал, размеры которой зависят от распространения воспалительной реакции. Йоднегативная полоска удерживающаяся длительное время, тогда как йоднегативные папулы на слизистой оболочки шейки матки при других инфекциях держатся недолго. Хламидийный уретрит, как и цервицит, начинается после относительно продолжительной инкубации в среднем 21 дн., и сопровождается незначительными субъективными расстройствами; при поражении уретры больные жалуются на периодические дизурические расстройства, учащенное, болезненное мочеиспускание, могут развиваться цисталгии. Вульвиты хламидийной этиологии сопровождаются поражением мочеиспускательного канала и(или) клитора. Субъективные ощущения сводились к чувству зуда и жжения в области наружных половых органов. Хламидийная инфекция часто вовлекает в воспалительный процесс выводные протоки бартолиниевых желез; больные жалуются на появившейся зуд, а затем боли в области наружных половых органах. При стойком закрытии выводного протока с одной или с обеих сторон возникает кистозное образование заполненное секретом бартолиниевой железы. Беспокоят также боли внизу живота, парастезии и выделения из влагалища(слизистого характера), а приблизительно **у 2/3 заболевание протекает бессимптомно**, поэтому обследованию на хламидиоз подлежат следующие группы женщин:

-послужившие источником заражения негонококковым уретритом у мужчин;

-с наличием постгонорейных и посттрихомонадных осложнений;

-с воспалительными процессами половых органов: уретрит, цервицит, эрозия шейки матки, эндометрит, аднексит и др.

-с акушерской патологией: бесплодие, не вынашивание беременности, послеродовые воспалительные процессы;

- ведущие беспорядочную половую жизнь.

Некоторые авторы считают, что кардиальным симптомом хламидийного уретрита является обнаружение более 4 лейкоцитов в п/зр. или же обнаружение в 1-й порции осадка мочи не менее 15 полиморфно ядерных лейкоцитов (Доклад научной группы ВОЗ, 1984). Поэтому при обнаружении в поле зрения более 10 лейкоцитов (в мазках, окрашенных по Граму) и отсутствии другой патогенной флоры можно предположить диагноз хламидийного уретрита.

Иммунитет не стойкий, возможны реинфекции.

**ОСЛОЖНЕНИЯ И СТАТИСТИКА**

По данным ряда исследований, проведенных в США, Германии и Великобритании приходившихся на середину 70-х начало 80-х годов были получены следующие данные (на период сексуальной революции):

J.Woolfitt L.Watt обнаружили C.trachomatis у 40% больных гонореей, у 30% больных трихомониазом и 47% больных смешанными инфекциями. J.Oriel изолировал хламидии от 32% женщин больных гонореей. по данным D.Taylor-Robinson (1980), у 31-63 % женщин, больных гонореей, обнаруживаются также хламидии, а у 18-42% женщин с хламидийными инфекциями выделяются и гонококки. Y.Hunter и соавторы (1981) обнаружили хламидии у 32,7% больных не гонококковыми уретритами, у 16,1% больных гонореей и у 4,1% лиц в контрольной группе. Снижение местной барьерной функции эпителия либо усиление патогенности в ассоциации с хламидиями, а также неблагоприятной ролью антибиотиков, используемых для лечения хламидийных инфекций, можно объяснить нередкое (14-20%) развитие кандидозного вульвовагинита после излечения хламидиоза.

Большую опасность представляют хламидийные инфекции у женщин. Они не только вызывают тяжело протекающую патологию нижнего отдела мочеполового тракта, но нередко сопровождаются развитием восходящей и диссеминированной инфекции, возникновением тазовых воспалительных заболеваний, развитием бесплодия, ифецированием новорожденных и половых партнеров (Савичева А.М. 1982; Мавров Г.И. 1994). Частым осложнением хламидийной урогенитальной инфекции является эндометрит. При воспалительных процессах органов малого таза его частота превышает 70%. Эндометрит промежуточная стадия восходящей инфекции. По мнению P.Mardh (1981), хламидии из шейки матки достигают матки и распространяются по направлению к маточным трубам, вызывая тазовые воспалительные заболевания, перигепатит (синдром Фитц-Хью-Куртиса) и приводя к бесплодию. P.Mardh (1981) сообщил, что в 1975 году хламидийные инфекции как причины бесплодия составляли 17%, а в 1981 году-58%. При обследовании 186 бесплодных женщин ни у одной из них не отмечено нормальное состояние труб: у 73% зарегистрировано закупорка маточных труб, 21% перитубальная адгезия. Некоторые авторы сообщают, что развитие вторичного бесплодия у женщин при восходящей хламидийной инфекции наблюдается в 6 раз выше, чем при гонорее. Довольно высок процент выделения хламидий у беременных и рожениц P.Mardh (1980) обнаружил хламидии у 16,1% беременных и 8,7% рожениц причем в возрасте до 20 лет у 10% беременных и 24% рожениц, в возрасте 20-24 лет у 8,7% и 10,2 соответственно и в возрасте старше 24 лет у 4,2 в обеих группах. Хламидии могут передаваться от матери к ребенку при родах. Хламидию изолируют из глаз, носоглотки, гортани, языка, влагалища и фекалий новорожденного, если родовые пути матери заражены указанным микроорганизмом. Риск развития у новорожденных глазной инфекции, если хламидия С.trachomatis персистировала в слизистой оболочке канала шейки матки матери, составляет 23-60%. J.Martin и соавторы (1983) считают, что риск смерти новорожденных или мертворождений после 20 нед. беременности значительно увеличивается (почти в 10 раз) в группе хламидийно позитивных женщин по сравнению с негативными контролями. Гиперплазия эпителия, вызываемая хламидиями, может приводить к развитию опухолей шейки матки M.Hare и соавт. (1982) при обследовании женщин с интраэпителиальной опухолью шейки матки обнаружили хламидии у 8%, при раке шейки матки у 18% и в контрольной группе у 1%. Повышение поражаемости хламидийной инфекцией мочеполового тракта способствуют широкое использование контрацептивов (оральных и внутриматочных), антибиотиков, стероидных и имидазольных препаратов, аборты и другие оперативные вмешательства на половых органах [Arey O. et al.](1981).

**ДИАГНОСТИКА:**

Забор материала производят

У женщин со слизистой оболочки канала шейки матки на глубине 1,5 см. а из уретры на глубине 1,0-1,5 см. Забор материала производят после мочеиспускания. Материал собирают вращательным движением тампона. После взятия материала готовят мазки отпечатки, многократно (до 10-15 раз) касаясь поверхности лунки предметного стекла. При взятии материала из шейки матки ключевым моментом является удаление слизистой пробки. Слизистую пробку удаляют ватным тампоном и пинцетом, а затем берут соскоб ложкой Фолькмана или ватным тампоном, введенным в канал шейки матки, бескровно при визуальном контроле.

**ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Простым, но недостаточно чувствительным методом диагностики является окраска по Романовскому-Гимзе; диагностировать хламидийную инфекцию удается в 40% cлучаев, особенно при заборе материала из канала шейки матки. При окраске по методу Романовского-Гимзы элементарные тельца окрашиваются в розовый цвет, а ретикулярные тела от голубого до синего. Ядра леток имеют вишневый оттенок, цитоплазма нежно голубая, цвет включений варьирует. Для совершенствования диагностики урогенитального хламидиоза был предложены иммуноферментные и иммунофлюоресцентные методы. Они, так же как и самый надежный культуральный метод диагностики, требует специального оборудования и реактивов. Серологические методы рассматриваются как дополнительные.

- микроиммунофлюоресценции (МИФ);

- иммуноферментный анализ (ELISA);

- реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ); выявление хламидий в соскобах с использованием моноклональных антител, меченных флюоресцин-изотиоцианатом, а также поликлональных противохламидийных антител;

Экспресс диагностика при помощи реагента Chlamyset (метод прямой иммунофлюоресценции) прост, чувствителен, специфичен и воспроизводим.

Кожно-аллергическая проба разработанная И.О.Терских, является общедоступной и легко воспроизводимой в качестве отборочного теста у больных с подозрением на хламидиоз.

Внутрикожная проба:

Диагностикум (аллерген) в объеме 0,1 мл. вводят шприцом в/к по средней линии внутренней поверхности правого предплечья, обработанной предварительно этиловым спиртом. Контрольный препарат вводят в левое предплечье. Результаты учитывают через 24 и 48 часов. Спустя 6 ч после введения диагностикума образуется красное пятно, которое полностью исчезает через 18 часов (контрольное введение). На месте введения специфического аллергена определяется красное пятно и инфильтрат, слегка возвышающийся над поверхностью кожи. Диаметр инфильтрата через 24 ч составляет от 0,5\*0,5 до 3\*4 см.

Образование пятна и инфильтрата сопровождается иногда чувством жжения. Реакцию оценивают по 4 крестовой системе:

+ инфильтрат 0,5\*0,5 см.

++ инфильтрат 1\*1 см.

+++ инфильтрат 2\*3 см.

++++ инфильтрат более 2\*3 см.

Через 48-72 часа после появления инфильтрата реакция начинает "угасать", но нередко бывает выражена еще на 4-5й день.

**ЛЕЧЕНИЕ:**

Лечение хламидиоза, как любой вяло текущей инфекции, предусматривает, включает в комплекс терапевтических средств:

Этиотропное лечение:

Применяются противомикробные средства и антибиотики

1.Фторхинолоны

-Ломефлоксацин(Максаквин)

-Офлоксацин(Занацин, Киролл)

-Пефлоксацины(Абактал, Пефлацин, Пефлобид, Пинафлокс)

-Руфлоксацины(Монос)

2.Разных групп

- Доксициклин (Вибромицин)

- Миноциклин (Миницин)

- Рифампицин (Бенемицин, Рифодекс)

- Хлорамфеникол (Левомицетин,Синтомицин)

3.Полиеновые антибиотики ( для предотвращения кандидозных

осложнений).

-Кетоконазол (Низорал,Ороназол)

-Нистатин,леворин

Патогенетическая терапия:

-иммуномодулятора: тактивина, тималина, тимогена, тимоктин, плазмол

- десенсибилизирующие: диазолин

- гепатопротекторы: карсил, эссенциале форте

- витаминотерапия: витамин Е

-протеолитические ферменты: трипсин, химотрипсин

Симптоматическая терапия:

**МЕСТНО:**

Применяются спринцивания с раствором соды, затем можно использовать раствор CuSO4, протаргол, колларгол.

Внутривлагалищно применяют суппозитории: Флагил, Клион Д, Полиженакс, Пимафуцин.

**Подготовлен:**

# Украина г. Киев `97

**НМУ им. А.А. Богомольца**

**Тычуком Д.В.**