Урогенитальный хламидиоз

Урогенитальный хламидиоз является одной из серьезных медико-социальных проблем. Эта инфекция широко распространена в различных странах мира, и ее показатели постоянно растут. По данным ВОЗ хламидийная инфекция занимает второе место среди переносимых половым путём заболеваний после трихомонадных инфекций.

В США, например, каждый год регистрируется 4 млн. новых случаев хламидийной инфекции. В Великобритании установили, что частота урогенитальной инфекции, вызванной хламидиями, среди пациентов, обратившихся в клинику ЗППП, составила 10%, в акушерско-гинекологическую клинику – 3%, среди проституток эта инфекция была установлена в 20,8% случаев, а среди сексуально активных мужчин – в 1,3%. В США при гинекологическом обследовании студенток крупных университетов частота УХ колебалась в пределах 8,7-10,7%. В Германии среди пациентов гинекологических стационаров хламидии выявлялись в 5-18% случаев. В Пакистане обнаружили хламидии у 16,5% беременных. По данным зарубежных авторов, хламидийная инфекция установлена у 15% женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза, бесплодием и эктопической беременностью.

В отечественной литературе приводятся весьма разноречивые данные по распространенности урогенитального хламидиоза. Так, при обследовании мужчин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта, установлено преобладание хламидийной инфекции (82,2%), в различных ее вариантах: моноинфекция и смешанная хламидийно-уреаплазменная, хламидийно-гонорейная и хламидийно-гарднереллёзная. В 1993г. в России официально было зарегистрировано 54813 больных, в 1994г. уже 90839, хотя реально эта цифра значительно больше.

Сведения о хламидийных инфекциях содержатся ещё в Ветхом завете, в древнекитайских и древнеегипетских источниках, где преимущественно освещаются трахоматозный конъюнктивит и трахома. Следовательно, хламидиозы известны с глубокой древности. Однако, подавляющее большинство из них не распознавались в связи с отсутствием, либо несовершенством лабораторной диагностики. Так называемые амикробные или асептические уретриты, как выяснилось впоследствии, в действительности, и, в большинстве своём, носят хламидийный характер. Наряду с этим, хламидии нередко сочетаются с другими микроорганизмами, обнаружить которых значительно легче, и, вполне естественно, которых ошибочно принимали за причину заболевания. Наглядным примером служит недавно считавшееся мнение, что большинство негонококковых уретритов обусловлено банальными бактериями. В современных условиях совершенно однозначно установлено, что подобные уретриты у мужчин и большинство "неспецифических" воспалений гениталий у женщин также индуцированы хламидиями. Урогенитальный хламидиоз рассматривается как "заболевание нового поколения" не потому, что это вновь появившаяся инфекция, а в связи с тем, что значительно вырос уровень лабораторной диагностики. Появились новые методы исследования, позволяющие определить роль хламидий в патологии человека.

Хламидии представляют собой мелкие грамотрицательные патогенные облигатные внутриклеточные микроорганизмы. Размеры хламидийной клетки таковы, что она занимают промежуточное положение между бактериями и вирусами. Они не являются представителями нормальной микрофлоры человека. Обнаружение хламидий указывает, как правило, на наличие инфекционного процесса, а отсутствие клинических симптомов заболевания следует рассматривать, как временное равновесием между паразитом и хозяином.

Хламидии являются бактериями с характерной для прокариотов структурой. Они имеют вид мелких грамотрицательных кокков. Это облигатные внутриклеточные паразиты с особенным циклом развития, включающим две различные по морфологии и биологическим свойствам формы существования микроорганизма, которые имеют названия "элементарные" и "ретикулярные (инициальные)" тельца.

Хламидии не способны сами производить энергию так как не имеют собственных митохондрий и живут за счет энергии клетки хозяина, которую они инфицировали. Носителем видовых признаков хламидий служат элементарные тельца. Они не имеют аналогов среди бактерий. Элементарные тельца метаболически малоактивны и поэтому они почти не чувствительны к антибиотикам. Будучи фагоцитированы чувствительной клеткой, они в ее цитоплазме образуют микроколонию (1). Чувствительными клетками для хламидий являются цилиндрический эпителий слизистых оболочек, эпителиальные клетки различных органов, клетки ретикулоэндотелия, лейкоциты, моноциты и макрофаги. Фагоцитированное клеткой хозяина элементарное тельце хламидий окружается оболочкой. В этой вакуоли элементарное тельце трансформируется в ретикулярное тельце (2). Ретикулярное тельце в 3 раза больше в диаметре и отличатся выраженной метаболической активностью, но не образует своей энергии, а живет за счет клетки хозяина. Подобно другим бактериям ретикулярные тельца подвергаются делению (3), причем некоторые из них начинают уменьшаться в размерах, уплотняются и трансформируются в элементарные тельца (4). В завершение внутри цитоплазматической колонии формируется микроколония хламидий, состоящая из ретикулярных и элементарных телец (5). Эта микроколония спустя 24-72 часа достигает размеров лейкоцита и хорошо видна в оптическом микроскопе. Микроколония разрывает оболочку клетки и несколько сотен вновь образованных элементарных и ретикулярных телец попадают в межклеточное пространство. Новые элементарные тельца вновь фагоцитируются чувствительными клетками и инфицирование прогрессирует.

Рис. 1. Цикл развития хламидий (по Д.В. Ходановичу)

Одно элементарное тельце может давать до 1000 инфекционных единиц. Начальная фаза цикла развития продолжатся в течение 18-24 часов, после чего ретикулярные тельца реорганизуются в элементарные, затем освобождаются из фагосомы и инфицируют другие клетки. Время, необходимое для полного цикла развития, колеблется в пределах 24-48 часов.

По причине уникального цикла развития, эти микроорганизмы были выделены в самостоятельный порядок "Chlamydiales", включающий одно семейство "Chlamydiaceae", содержащее один род "Chlamydia", объединяющий два вида "Chl. trachomatis" и "Chl. psittaci". Все хламидии имеют общий антиген, представляющий собой полисахаридный комплекс. С помощью иммунофлюоресценции патогенные для человека Chl. trachomatis дифференцированы на 15 серотипов. Серотипы L1, L2, L3 связаны с венерической лимфогранулемой, серотипы A, B, Ba и C – с гиперэндемической трахомой, серотипы D, E, F, G, H, I, J, K обусловливают воспалительные процессы урогенитального тракта и заболевания глаз.

Хламидии весьма чувствительность к действию коротко- и длинноволнового ультрафиолетового излучения, а также высокой температуре. Так, при 37°С находящиеся внеклеточно хламидии теряют инфекционность в течение 24-36 часов. Концентрированная суспензия хламидий инактивируется в течение минуты при температуре 95-100°С, через 10-15 мин при 70°С, через 30 мин при 50°С. В то же время установлена возможность сохранения инфекционности зараженного материала до 2 суток при температуре 18-19°С. Урогенитальные штаммы хламидий высокочувствительны к 70% этанолу, 0,5% раствору фенола, 2% раствору лизола, 0,05% раствору нитрата серебра, 0,1% раствору иодида калия, 0,5% раствору перманганата калия. Наряду с этим, широко применяемый 0,5% раствор хлорамина не способен инактивировать урогенитальные штаммы хламидий даже при 10-минутной экспозиции. Только 2% концентрация препарата обеспечивает адекватную дезинфекцию материала в течение 1 минуты. При температуре 18-19°С эти же штаммы могут сохранять жизнеспособность в обычной воде до 5 суток.

***ЭПИДЕМИОЛОГИЯ***

Заражение происходит половым путем. Данные зарубежных и отечественных авторов свидетельствуют о преимущественном распространении хламидийной инфекции у мужчин и женщин активного полового возраста подобным образом, чаще всего у лиц от 20 до 40 лет. Частота обнаружения хламидий в отделяемом мочеполовых органов половых партнеров составляет 70-40%.

Неполовой путь передачи хламидийной инфекции (через загрязненные инфицированным отделяемым руки, бельё и др.) существенного эпидемиологического значения не имеет, хотя его также необходимо учитывать.

Четко установлена высокая частота инфицирования хламидиями новорожденных во время родового акта при прохождении их через инфицированные родовые пути, а также внутриутробная передача инфекции.

Распространенность. Поскольку случаи урогенитальной хламидийной инфекции не подлежали обязательной регистрации в органах здравоохранения до 1996г., точные эпидемиологические данные в отношении распространения этих заболеваний до настоящего времени представлены лишь немногими цифрами. Распространена болезнь повсеместно. В основном болеют люди, находящиеся в пике своей сексуальной активности – мужчинки 19-28 лет и женщины 26-40 лет. Замечено, что чаще заболевают люди с низким социальным и культурным уровнем, презирающие гигиену и невежественные в вопросах культуры секса, т.е. имеющие случайные половые контакты.

Заражение Сhl. trachomatis в настоящее время, по всей вероятности, является наиболее частым среди инфекций, передающихся половым путем. По данным ВОЗ в экономически развитых странах частота хламидийной инфекции превышает распространение гонореи в 2-3 раза. В промышленно развитых странах треть населения в течение жизни подвергается заражению от двух до трех раз. В ФРГ ежегодно регистрируется около миллиона инфицированных хламидиями. Прямые и непрямые затраты в связи с этим, напр. в США, составляют 1,4 миллиарда долларов, причем 80% из этой суммы приходится на женскую часть населения.

По сообщениям многих отечественных авторов хламидиоз гениталий при наличии клинических признаков воспалительного процесса (эндоцервицит, эндометрит, аднексит) встречается у 11-84% больных женщин, в то же время у женщин без наличия клинических проявлений и субъективных ощущений хламидии обнаруживали в 11,8-30,7%, беременность у них протекала с осложнениями – у 22,5% заканчивалась выкидышем на ранних сроках, а у 9% развивалась трубная беременность. Следовательно, данные, полученные разными отечественными авторами, свидетельствуют о широком распространении хламидиоза среди населения, обширности поражения хламидийной инфекцией различных отделов мочеполовых органов как нижнего, так и восходящего, влиянии инфекции на течение беременности, возникновение бесплодия.

Иммунитет. Естественный, генетически обусловленный иммунитет при хламидийной инфекции человека отсутствует. Очевидно также, что перенесенное заболевание не создает стойкого иммунитета. При различных формах хламидийной инфекции иммунный ответ макроорганизма неодинаков. При строго локализованных формах урогенитальной инфекции с ограниченным распространением воспалительного процесса вряд ли возможна интенсивная антигенная стимуляция хламидиями иммунной системы, учитывая, что они обладают слабой иммуногенной активностью. Однако в ответ на инфицирование хламидиями мочеполовой системы макроорганизм включает ряд механизмов клеточного и гуморального иммунитета, используя также факторы неспецифической защиты. При хламидийной инфекции организм вырабатывает специфичные к возбудителю антитела классов M, G, A. IgM обнаруживается на раннем этапе иммунного ответа. Его основное количество сосредоточено в сосудистом русле. Период полураспада составляет 5дней. Оказывает стимулирующее влияние на синтез IgG. IgG – доминирующий класс иммуноглобулинов в сыворотке крови, составляющий до 90% всех антител. Около 48% его количества находится вне кровеносного русла, проходит через плацентарный барьер. Период полураспада – 23 дня. Аффинитет IgG к антигенным детерминантам хламидий повышается по мере развития иммунного ответа.

Тропность. У мужчин первично поражается мочеиспускательный канал, а затем и другие органы (предстательная железа, семенные пузырьки, придатки яичек). По данным экспертов ВОЗ (1986), хламидийный уретрит у мужчин возникает более чем в 60% случаев после случайных половых связей. Хламидии выделяют у 60-70% больных постгонококковым уретритом, развивающимся после эффективного лечения гонореи.

Хламидийному уретриту часто сопутствует простатит, признаки которого при целенаправленном обследовании выявляются более чем у 46% больных, у 15,7% пациентов одновременно с хламидийным простатитом выявляется везикулит.

При запоздалом лечении или при недостаточно продолжительной терапии нередко развивается хронический пиелонефрит. Воспалительный процесс может протекать и остро. попадание инфекции из мочевого пузыря в лоханки почек через просвет мочеточников возможно при нарушении динамики мочеотделения и наличии застоя мочи в мочевом пузыре и на протяжении всего мочеточника. Инфекция из мочевого пузыря может также поступать в лоханки при пузырно-уретральном рефлюксе. при наличии воспалительного процесса в месте впадения мочеточника в пузырь часть содержимого мочевого пузыря при его сокращении может регургитироваться в почечную лоханку.

Хламидии, обитающие в мочеполовых органах и вызывающие местные воспалительные заболевания, являются также возбудителями офтальмохламидиоза, пневмонии и др. Установлена связь хламидиозов с нарушениями репродуктивной функции у мужчин и женщин.

Исследования показали, что у 31% мужчин, страдающих хламидиозом, наблюдаются нарушение половой потенции (ослабление эрекции, оргазма, преждевременное извержение семени) и бесплодие. У них отмечается выраженная патология спермы. при хламидийных эпиндидимитах наблюдается олиго- и азооспермия. Хламидии могут прикрепляться к сперматозоидам и достигать не только маточных труб, вызывая их непроходимость, но и попадать в брюшную полость, обусловливая заболевания внутренних органов.

В настоящее время Сhlamydia trachomatis признана возбудителем многочисленных акушерских и гинекологических воспалительных заболеваний. Хламидии могут вызывать воспалительные процессы и за пределами половой сферы, например, перигепатит (синдром Фитц-Хью-Куртиса), периспленит и перинефрит в сочетании с сальпингитом, пельвиоперитонитом и др. Хламидии выявляют у 5-10% пациенток гинекологических отделений, у 1-8% беременных, у 20-30% женщин, которые являются на амбулаторный прием по поводу болезней, передающихся половым путем. Как правило, у женщин с частой сменой половых партнеров частота хламидийных инфекций очень велика. Так, частота хламидийных цервицитов у женщин, ведущих беспорядочную половую жизнь, в 20-25 раз превышает число случаев цервицита той же этиологии среди женщин, имеющих одного полового партнера и избегающих случайных половых связей. при этом течение хламидийного процесса часто либо бессимптомное, либо малосимптомное. У инфицированных женщин чаще всего поражается канал шейки матки, после чего может возникнуть и восходящая инфекция, захватывающая матку, маточные трубы, яичники, а также брюшину. В случаях цервицитов хламидии являются возбудителями заболевания в 80% всех случаев. Нередко у больных хламидийным цервицитом выявляют и другие микроорганизмы (гонококки, уреаплазмы). Одновременно, в ряде случаев, имеет место бактериальный вагиноз. Цервицит хламидийной этиологии определяется у 12-60% пациенток с негонококковыми воспалительными заболеваниями половых органов

Хламидийная инфекция часто поражает шейку матки и мочеиспускательный канал одновременно. причем у более чем 90% женщин с положительны ми результатами исследований материала из уретры не наблюдается никаких симптомов. Низкое расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала узкое влагалище, особенно у нерожавших женщин, создают условия для первичного инфицирования, нередко сочетающегося с заражением хламидиями парауретральных протоков и крипт. Хламидии из мочеиспускательного канала способны проникать в мочевой пузырь вызывая цистоуретрит.

Отмечена также возможность заноса хламидий с отделяемым из шейки матки в прямую кишку. Хламидийный проктит часто характеризуется клинически бессимптомным течением и определяется при обследовании с помощью лабораторных методов выявления хламидий.

Хламидийная инфекция может обусловливать эндометрит и сальпингит. Иногда может возникнуть послеродовой эндометрит. при эндометрите или сальпингите хламидии могут выявляться из отделяемого наружных половых органов, а также при диагностической лапароскопии. Хламидии являются частой причиной сальпингита. при этом частота хламидийных сальпингитов составляет 13-15%. Однако, поскольку клинические симптомы хламидийно го сальпингита неспецифичны и слабо выражены, следует принимать во внимание и определенное число нераспознанных случаев заболевания.

Хламидийная инфекция, локализующаяся в женских мочеполовых органах предрасполагает к возникновению патологии беременности, а также является источником развития различных хламидиозов у новорожденных. Инфицирование половых путей беременных имеет важное эпидемиологическое значении как источник возбудителя перинатальных инфекций. Инфицирование новорожденных хламидиями во время родов, приводит к конъюнктивиту и к пневмонии. У новорожденных наблюдают также воспаление среднего уха и носоглотки. Наряду с этим хламидийная инфекция шейки матки матери может приводить к хорионамниониту. В настоящее время доказана внутриутробная передача инфекции. В этих случаях довольно часто происходят преждевременный разрыв околоплодного пузыря и рождение недоношенного ребенка, снижение веса новорожденных, повышение перинатальной заболеваемости и смертности.

Офтальмохламидиоз у взрослых, протекающий по типу фолликулярного конъюнктивита, возникает, как правило в результате переноса возбудители из мочеполовых органов в глаза, через загрязненные выделениями руки и предметы туалета (платок, полотенце и т. п.) Хламидийная офтальмоинфекция нередко является первым показателем наличия у больного или его полового партнера клинически бессимптомно протекающей урогенитальной инфекции той же этиологии. Урогенитоокулярный путь передачи инфекции может реализоваться и в водных резервуарах общественного пользования, а также при извращенных половых контактах. Реже устанавливается перенесение инфекции непосредственно с глаза на глаз от больном к здоровому.

Для урогенитальных хламидиозов помимо манифестных проявлений характерно и бессимптомное течение. Так, бессимптомный хламидийный уретрит выявляется при профилактическом обследовании у 5% предположительно здоровых мужчин. Инфицирование шейки матки хламидиями без каких-либо клинических симптомов цервицита имеет место у 4% женщин.

Нет единого мнения относительно влияния на интенсивность размножения хламидий и, соответственно, на тяжесть клинического течения урогенитальных хламидиозов таких факторов, как противозачаточные средства, менструальный цикл, беременность. В то же время известно, что в экспериментальных условиях гормональные препараты стероидного ряда способны активировать хламидийную инфекцию. При приеме оральных контрацептивных препаратов повышается частота выделения хламидий из шейки матки.

Значительный эпидемиологический интерес представляют сообщения о хламидиозах у детей, не достигших половой зрелости, особенно уретриты у мальчиков, вагиниты, цервициты и проктиты у девочек, при исключении полового пути передачи инфекции и при выявлении источника заражения. подобные случаи могут быть результатом персистентной инфекции, приобретенной в перинатальный период, при прохождении через инфицированные родовые пути или внутриутробном инфицировании.

Возможно, заражение хламидиозом новорожденных, происходит во время прохождения через родовые пути, однако если хламидии попадают в околоплодные воды, происходит внутриутробное заражение плода. У новорожденных развиваются конъюнктивиты, поражения носоглотки, среднего уха, легких и других органов

По данным ряда авторов, у новорожденных, родившихся от матерей, половые органы которых были инфицированы хламидиями, определялись не только манифестные формы хламидийного конъюнктивита, назофарингита и пневмонии, возникавшие обычно в ранние сроки после рождения, но также устанавливалась бессимптомная инфекция различной локализации. В дальнейшем при наблюдении за этими новорожденными у них были выделены хламидии из глаз, носовой части глотки, влагалища и прямой кишки на протяжении нескольких месяцев и при отсутствии клинических симптомов инфекции. Следовательно, перинатальная персистентная хламидийной инфекции, вероятно, является причиной последующих урогенитальных воспалительных процессов у подростков, у которых не подтверждается половой путь инфицирования.

***ПАТОГЕНЕЗ***

Входными воротами инфекции служат мочеполовые органы человека. Необходимым условием возникновения инфекционного процесса является проникновение и размножение хламидий в эпителиальных клетках слизистой оболочки мочеполовых органов. В связи с преимущественным тропизмом возбудителя к столбчатому эпителию (при естественной инфекции) первичный очаг инфекции развивается, как правило, в мочеиспускательном канале мужчин и женщин, а также в шейке матки, нередко являясь источником восходящей инфекции половых органов и экстрагенитальных инфекций различной локализации.

Хламидиозы характеризуются комплексом сложных взаимозависимых процессов взаимодействия паразит-хозяин.

Вступая во взаимодействие с чувствительными клетками, хламидии проявляют себя активными паразитами, используя различные факторы патогенности. Проникнув в клетку, жизнеспособные хламидии обнаруживают строго специфическую активность, направленную против лизосом с окружающей их фагоцитарной вакуолью, ограниченной участком цитоплазматической мембраны клетки, отделившимся при поглощении фагоцитом возбудителя инфекции. Хламидии, таким образом, выключают важнейший защитный механизм клетки хозяина – фагоцитоз, обеспечивая себе возможность дальнейшего размножения в цитоплазме клеток. В патогенезе урогенитальных хламидиозов помимо непосредственного повреждающего действия возбудителя на инфицированные клетки значение имеет токсическая активность, свойственная всем хламидиям

В результате размножения возбудителя и его патогенного действия в тканях развивается патологический процесс, отражающий в динамике уровень местных и общих защитных и компенсаторных реакций макроорганизма. На месте первичного очага возникают отек и гиперемия слизистой оболочки, нарушается целостность эпителиального слоя с частичной десквамацией эпителия, определяется лимфоидная субэпителиальная и более глубокая инфильтрация, формируется воспалительный экссудат, возникают функциональные нарушения.

Локализация, степень выраженности и длительность этих патологических проявлений, а также их последствия определяют клиническую симптоматику, отражают форму инфекционного процесса и характер течения болезни. Хламидийная урогенитальная инфекция ограничивается локализацией в первичном очаге. Основной путь захвата новых "территорий" – последовательное поражение эпителиального слоя слизистой оболочки мочеполовых органов при трансканаликулярном восходящем распространении инфекции. Признавая возможную роль предварительной сенсибилизации организма, особенно при восходящей инфекции, необходимо подчеркнуть, что разная интенсивность патологического процесса при первичном инфицировании мочеполовых органов зависит от степени вирулентности инфицирующего штамма и реактивности иммунной системы организма больного.

Хламидии, исключающие штаммы, вызывающие венерическую лимфогранулему, поражают эпителий слизистых оболочек, особенно чувствителен к ним цилиндрический эпителий. Штаммы хламидий, вызывающие классическую трахому, передаются половым путем и наблюдаются в местах с жарким и сухим климатом, среди населения с низким уровнем гигиены. Генитальные штаммы хламидий передаются половым путем и являются причиной заболеваний урогенитального тракта. Инфекционное поражение глаз, вызываемое генитальными штаммами, у взрослых может возникать в результате случайного заноса инфекционного материала в глаза, а у новорожденных во время прохождения родовых путей.

Длительно протекающие хламидийные инфекции могут привести к различным осложнениям. Одними из наиболее социально значимых являются бесплодие и различные поражения новорожденных.

Исследования американских ученых показали, что среди бесплодных супружеских пар в одной трети случаев у мужчин обнаруживается скрытая хламидийная инфекция. Вовремя не диагностированная и не излеченная, инфекция у беременных приводит к заражению новорожденных. Если женщинам не было проведено противохламидийное лечение, у 20-30% новорожденных развивается конъюнктивит, а у 10-20% – пневмония.

Оставленная без внимания хламидийная инфекция у женщин вызывает восходящие воспалительные процессы органов малого таза, у мужчин она приводит к поражению предстательной железы, везикулиту, орхоэпидидимиту и т.д. Все это доказывает актуальность исследований по проблеме хламидиоза.

***КЛИНИКА***

Клиническая картина заболеваний мочеполовых органов, обусловленная хламидиями, отличается от гонококковой главным образом меньшей остротой воспалительного процесса, большей частотой осложнений и упорством по отношению к терапии. У женщин хламидиоз обусловливает серьезную патологию нижнего отдела и сопровождается в некоторых случаях развитием восходящей инфекции, возникновением тазовых воспалительных процессов, бесплодием, инфицированием новорожденных. Наиболее часто и прежде всего хламидиями инфицируется шейка матки, откуда, как из резервуара, процесс распространяется в мочеиспускательный канал, матку, фаллопиевы трубы. Инкубационный период при хламидиозе колеблется в пределах 15-35 дней.

Особенностью клинического течения воспалительного процесса при хламидиозе мочеполовых органов являются асимптомность или малосимптомное течение. Выраженная форма хламидиоза с обильными выделениями, гиперемией слизистых оболочек, дизурическими расстройствами и болевыми ощущениями у мужчин встречается редко, а у женщин это казуистика. Значительно чаще наблюдаются вялопротекающие формы заболевания. У мужчин, больных хламидиозом, при осмотре обнаруживается умеренная гиперемия и отечность губок уретры, иногда крайней плоти полового члена, скудное слизисто-гнойное отделяемое. При тотальном поражении уретры и восходящем процессе возможны болевые ощущения.

У женщин хламидиоз проявляется усилением выделений, могут отмечаться боли внизу живота и в крестце во время и после полового акта, болезненность при мочеиспускании. Заболевание чаще протекает без субъективных ощущений и с минимальными клиническими проявлениями.

При кольпоскопии: особый характер 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.

Таким образом, клиническая картина воспалительного процесса мочеполовых органов при хламидиозе идентична таковой при других заболеваниях передающихся половым путем, однако процесс менее выражен, протекает почти без субъективных ощущений, и больные не всегда обращаются к врачу. В связи с этим могут возникать различные осложнения. У мужчин при хламидийной инфекции развиваются воспалительные изменения в простате и придатке яичка, что может приводить к нарушению репродуктивной функции и бесплодию. У женщин хламидийная инфекция может вызвать первичное и вторичное бесплодие, как результат сальпингоофоритов хламидийной этиологии. Одно из серьезных осложнений генитального хламидиоза окклюзионные процессы в маточных трубах, ведущие к трубному бесплодию. Хламидиоз обусловливает значительный процент осложнений у беременных – преждевременные роды, неразвивающаяся беременность, спонтанный выкидыш.

Далее подробнее рассматриваются заболевания, вызываемые хламидиями:

Урогенитальная хламидийная инфекция наиболее часто принимает подострую, хроническую или персистирующую форму, реже вызывает острые воспалительные процессы. Клиническая картина заболевания зависит от времени, прошедшего с момента инфицирования, топографии поражения и выраженности местных и общих реакций макроорганизма. Эти факторы обусловливают разнообразие клинических проявлений манифестных форм хламидийной инфекции, также как и ее бессимптомное течение.

При остром урогенитальном хламидиозе продолжительность заболевания не превышает 2 месяцев. Для этой формы заболевания характерны острое начало, четко определяемое больным, возникающее через 10-14 дней после инфицирования, выраженные слизисто-гнойные выделения, гиперемии слизистых оболочек, дизурические явления, выраженный абактериальный лейкоцитоз в мазках. при этом клинические проявления четко соответствуют моменту заражения. Следует иметь ввиду, что данная форма обнаруживается исключительно редко.

При хроническом хламидиозе продолжительность инфекции превышает 2 месяца. Для хронического процесса характерна стертая форма заболевания, иногда асимптомная. Клинические проявления могут обостряться непосредственно после полового акта, алиментарной провокации. Лейкоцитурия не всегда выраженная и часто ей сопутствует бактериальная флора, дизурические явления носят непостоянный характер. Из осложнений у больных диагностируется простатит или сальпингоофорит.

В зависимости от локализации у мужчин различают хламидийные воспаления уретры, предстательной железы, придатков яичка, у женщин – канала шейки матки и других областей мочеполового аппарата. В большинстве случаев одновременно поражаются различные органы мочеполовой системы.

Некоторая специфика проявлений, течения и распространения хламидийной инфекции, развития осложнений обусловливает целесообразность раздельного рассмотрения урогенитальных хламидиозов у мужчин и женщин.

Мочеполовой хламидиоз у мужчин. Хламидийный уретрит. Наиболее распространен первичный хламидийный уретрит, составляющий 35-60% случаев негонококковых уретритов у мужчин, около 20% из которых не обнаруживают клинических симптомов заболевания. Хламидийный уретрит у мужчин чаще протекает хронически, но иногда наблюдается острый и подострый. Начало заболевания и дальнейший воспалительный процесс в большинстве случаев характеризуется незначительно выраженными субъективными ощущениями. К наиболее частым признакам болезни относят неприятные ощущения, зуд, боль в мочеиспускательном канале, учащенные позывы на мочеиспускание, выделения из уретры. при одновременном поражении мочеиспускательного канала и других органов больные также жалуются на боль в области мошонки, промежности, заднего прохода, в поясничной и крестцовой областях, по ходу седалищного нерва и в нижних конечностях.

Наиболее типичный симптом уретрита – слизистые, слизисто-гнойные или гнойные выделения из мочеиспускательного канала. В острых случаях отделяемое стекает свободно или появляется при надавливании на канал. У большинства пациентов с острым или подострым началом заболевания количество выделений уменьшается в течение нескольких дней. при хламидийном уретрите с незначительными субъективными жалобами обычно бывают очень скудные выделения в виде "утренней капли". Часто выделения появляются после длительной задержки мочи, иногда при дефекации или в конце мочеиспускания.

Обычно при хламидийном уретрите, когда выделений из мочеиспускательного канала мало, моча в первой и второй порциях прозрачная и содержит единичные или множественные слизисто-гнойные нити. при большом количестве выделений моча мутная в первой или в обеих порциях. У больных более или менее воспалены губки уретры (гиперемия, пастозность).

Нередко больные вообще не замечают торпидного уретрита, который диагностируется лишь по увеличенному количеству лейкоцитов при микроскопии соскобов с уретральной слизистой оболочки более 6-7 при увеличении в 630 раз в поле зрения, более 4 в поле зрения при увеличении в 1000 раз). Зачастую наличие уретрита распознается врачом, когда больной обращается уже с какими-нибудь осложнениями.

Хламидийный уретрит очень часто протекает в виде смешанной инфекции с другими возбудителями, передающимися половым путем: гонококками, трихомонадами, уреаплазмами, гарднереллами, вирусом простого герпеса. Особое значение имеет смешанная инфекция с гонококками, при которой чаще бывает клиника острого уретрита (обильные гнойные выделения из уретры, режущие боли в начале мочеиспускания, мутная от гноя моча). Смешанная инфекция с хламидиями бывает примерно в 31% случаев гонореи. Нередко после излечения гонореи хламидии сохраняются и поддерживают воспаление уретры, протекающее торпидно или подостро.

Поражения семенных пузырьков, бульбоуретральных желез, уретральных желез и лакун и другие местные осложнения уретрита выражены слабо и не имеют никаких особенностей, присущих только хламидийным поражениям.

Парауретрит. Парауретральные протоки (парауретральные железы) служат "убежищем" для хламидий, источником инфекции для здорового сексуального партнера. Парауретрит редко вызывает субъективные жалобы, однако, опасен в эпидемиологическом плане. Его выявление – важная задача клинического обследования. при уретроскопии каких-либо характерных для хламидийной инфекции изменений слизистой оболочки мочеиспускательного канала не определяется. Обычно у пациентов обнаруживают мягкий инфильтрат, остаточные явления мягкого инфильтрата, переходный инфильтрат и литтреиты. В канале нередко определяют ограниченные грануляции и поражение семенного бугорка. Воспалительный процесс может захватить также бульбоуретральные железы. Хламидийный куперит во многих случаях не вызывает субъективных ощущений, но иногда индуцирует жалобы на периодическую боль в области промежности, бедер. В этих случаях бульбоуретральная железа прощупывается как плотный узелок величиной с горошину.

Простатит протекает хронически, торпидно, может обостряться. Хламидии не способны вызвать первичное воспаление неповрежденной, неинтактной предстательной железы. Скорее всего они присоединяются и поддерживают воспалительный процесс, обусловленный первоначально другими причинами.

Очень редко воспалительный процесс в предстательной железе бывает острым. Как правило, больные жалуются на выделения из мочеиспускательного канала, иногда во время дефекации (дефекационная простаторея) или в конце мочеиспускания (микционная простаторея), неопределенные неприятные ощущения, зуд в мочеиспускательном канале, прямой кишке, непостоянные боли в области промежности, мошонки, паховой области, за лобком, в области крестца, по ходу седалищного нерва. Возможно учащение мочеиспускании, иногда по ночам. Моча в первой и второй порциях чаще прозрачная, с примесью слизистых или слизисто-гнойных нитей и хлопьев, а в ряде случаев мутная в первой или в обеих порциях.

По характеру и степени хламидийного поражения предстательной железы различают катаральный, фолликулярный паренхиматозный простатит. При пальпаторном исследовании предстательной железы через прямую кишку при катаральном простатите она не увеличена, нормальной консистенции, болезненна. при катаральном простатите протоки прилегающих железистых долек простаты воспалены, инфильтрированы, и в просвете имеется значительное количество лейкоцитов, слизи, слущенного эпителия.

Когда воспалительный процесс охватывает отдельные дольки железистой паренхимы, развивается фолликулярный простатит. В этих случаях простата так же не увеличена в размерах, но при пальпации в ней определяют чувствительные, а иногда и плотные узелки различной величины.

Значительное увеличение всей железы или одной из ее долей, изменение ее конфигурации и консистенции при паренхиматозном простатите определяется пальпаторно. В этом случае предстательная железа обычно уплотнена и болезненна.

Хламидийный простатит при наличии заднего уретрита может развиваться незаметно. Иногда простатит может быть распознан только при микроскопическом исследовании секрета, при этом число лейкоцитов увеличивается до 10 и более в поле зрения при увеличения в 400 раз, причем лейкоциты располагаются в скоплениях, а количество липоидных зерен заметно уменьшается, нередко обнаруживаются сами хламидии. Больные при этом отмечают учащенные позывы к мочеиспусканию, иногда выделения крови в конце его. Кроме легкого жжения или щекотания в области промежности, незначительного ощущения давления в области заднего прохода и учащенного ночного мочеиспускания, обычно никаких признаков простатита нет.

Диагноз обязательно должен быть подтвержден результатами пальпаторного исследования простаты и данными микроскопии секрета предстательной железы.

Везикулит обычно сопровождает простатит или эпидидимит. Воспаление семенных пузырьков может быть двусторонним, как правило, со скудной симптоматикой. Больные жалуются на неприятные ощущения и боль в области таза, чувство распирания в промежности, незначительные боли, иррадиирующие в крестец, пах, яичко. Мочеиспускание может сопровождаться неприятными ощущениями, но не учащено. Хламидийные везикулиты обычно хронические. при пальпаторном исследовании через прямую кишку устанавливается набухание семенных пузырьков, выявляется их небольшая упругость и болезненность.

Для хронического торпидного течения болезни характерны слабые эрекция, преждевременная эякуляция, сперматорея, общее недомогание, вялость, апатия и другое. Как и воспаление предстательной железы, поражение семенных пузырьков часто вызывается смешанной инфекцией – хламидийно -гонококковой, хламидийно-микоплазменной, хламидийно-трихомонадной и другой.

Эпидидимит чаще развивается на фоне первичного поражения уретры, а также простатита и везикулита. Хламидии проникают в придаток яичка каналикулярно, поражая эпителий, выстилающий просвет семявыносящих протоков. при двухстороннем хламидийном эпидидимите наступает частичная или полная обтурационная аспермия, что служит причиной мужского бесплодия. Иногда обнаруживаются признаки деферентита и фуникулита. Воспаленный семявыносящий проток пальпируется в виде болезненного плотного слегка бугристого инфильтрата в хвосте и теле пораженного придатка.

Воспалительный процесс может распространяться на оболочки яичка или охватывать все яичко с развитием орхоэпидидимита. При остром орхоэпидидимите определяют асимметрию, а также отечность гиперемированной и горячей на ощупь мошонки (на стороне воспаления), резко болезненной при пальпации. В увеличенной половине мошонки обнаруживается очень болезненная при пальпации овальная опухоль, обычно с равномерно напряженной поверхностью. У больных с торпидным односторонним орхоэпидидимитом в сочетании с простатитом, везикулитом и деферентитом нередко нарушена половая потенция и определяется патология сперматограммы.

Мочеполовой хламидиоз у женщин. Уретрит . Хламидийная инфекция нередко поражает шейку матки и уретру одновременно, при этом более 90% всех женщин с положительными результатами культивирования материала из мочеиспускательного канала не испытывают никаких ощущений. Если же инфекция приводит к уретральному синдрому, хламидийный уретрит сопровождается незначительными субъективными жалобами. Больных беспокоят зуд в мочеиспускательном канале, боль в начале мочеиспускания, иногда учащенные позывы на мочеиспускание. Обнаруживают легкое раздражение наружных губок уретры, отделяемого нет; скудные, чаще слизистые, почти бесцветные выделения удается получить после массажа уретры. Эти явления обычно кратковременны, но у большинства обследованных в период ремиссии при уретроскопии определяются изменения слизистой оболочки мочеиспускательного канала (мягкий инфильтрат, остаточные явления мягкого инфильтрата, грубые складки слизистой оболочки и т. п.).

Парауретрит. Нередко хламидийному уретриту сопутствует парауретрит той же этиологии. Хронический воспалительный процесс в парауретральных протоках определяется по гиперемии их устьев и слизистому или слизисто-гнойному содержимому, выдавливаемому из них в виде капли.

Вульвовагинит. преддверие влагалища также может быть вовлечено в патологический процесс, вызываемый хламидиями, с преимущественной его локализацией в области наружного отверстия мочеиспускательного канала или между клитором и уретрой. Субъективные ощущения у больных выражены нерезко, чаще всего это зуд или жжение в области наружных половых органов. Из инфицированных хламидиями складок при надавливании сбоку появляется слизистое отделяемое.

Бартолинит. Воспаление больших желез преддверия, обычно носит катаральный характер. Хламидии локализуются в цилиндрическом эпителии выводных протоков бартолиновой железы, обуславливая воспаление лишь устья выводного протока железы. при смешанной инфекции с гонококками и гноеродными бактериями возможно развитие острого абсцесса бартолиновой железы с лихорадкой, сильными болями, что требует оперативного вмешательства.

При хламидийном бартолините симптомы заболевания выражены нерезко. Отмечаются выделения, больные жалуются на периодический зуд в области наружных половых органон. Хламидии размножаются в покровном столбчатом эпителии выводных протоков бартолиновых желез, поэтому часто признаком поражения протока становится обнаруживаемое при осмотре гиперемированное пятно величиной с горошину, с центральной темно-красной точкой, соответствующей устью выводного протока железы. при пальпации воспаленной бартолиновой железы из устья выводного протока удается выдавить каплю слегка мутноватой слизи. при закрытии выводной проток превращается в большую кисту, наполненную прозрачной жидкостью. В ряде случаев хламидийного бартолинита в воспалительный процесс вовлекается окружающая ткань, что приводит к образованию болезненного инфильтрата, который располагается сбоку, у входа во влагалище.

Кольпит (вагинит) редкое проявление хламидийной инфекции, практически не встречается у женщин с нормальным гормональным фоном. Хламидии не размножаются в нормально функционирующем ороговевшем плоском поверхностном эпителии влагалища и в свободном состоянии (вне клетки) высокочувствительны к кислой реакции содержимого влагалища. Хламидийный вагинит может развиться у детей (вульвовагинит), пожилых женщин, а также во время беременности – при структурно-функциональных изменениях эпителия, связанных с особенностями гормонального состояния.

Вторичный хламидийный вагинит сопровождает эндоцервицит и возникает в результате мацерирующего действия выделений из канала шейки матки, а также под влиянием других факторов (травмы, снижение эстрогенной активности и др.).

***ДИАГНОСТИКА***

Важную роль в деле борьбы с урогенитальным хламидиозом играет качественная и своевременная диагностика. Однако лабораторная диагностика хламидиоза до настоящего времени сложна. Наиболее часто применяются следующие способы: микроскопические - цитологическое окрашивание, методы прямой и непрямой иммунофлюоресценции, культуральный – изоляция возбудителя в культуре клеток. Предложены более сложные молекулярно-биологические и иммунохроматографические методы, однако они трудоёмки в исполнении и требуют не только сложного специального оборудования, но и высокой квалификации персонала.

К цитологическим методам относится окраска фиксированных препаратов из клинических материалов по Романовскому-Гимза, что позволяет выявить включения в эпителиальных клетках. Однако этот метод имеет низкую чувствительность, и требует значительных затрат времени для обнаружения возбудителя.

Из серологических методов диагностики хламидиоза одной из первых стали использовать реакцию связывания комплемента (РСК). Однако указанный тест обладает низкой чувствительностью и дает значительный процент ложноположительных результатов. По мнению различных авторов, РСК целесообразно использовать только в качестве отборочного теста.

В настоящее время широко применяемым для диагностики хламидиоза во всех странах является метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) с использованием моноклональных антител. Этот метод обладает достаточно высокой чувствительностью и специфичностью и наиболее часто применяется в нашей стране как диагностический тест на хламидиоз. Недостатком ПИФ является то, что ее нельзя использовать при оценке результатов лечения, так как эта методика не позволяет определить жизнеспособность микроорганизма. Кроме того, постановка ПИФ требует наличия дорогостоящего оборудования (люминесцентный микроскоп).

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что полимеразная цепная реакция (ПЦР) является высокоэффективным методом диагностики. По мнению сотрудников Центрального кожно-венерологического института, НИИ физико-химической медицины (Москва) ПЦР является методом выбора при диагностике хронических и асимптоматических форм заболевания. Ими было проведено обследование 237 женщин в возрасте от 16 до 53 лет с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта в анамнезе и 87 их половых партнеров. У 121 пациентки выявлена хламидийная инфекция методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Сравнение с другими методами дало следующие результаты: в случае использования реакции иммунофлюоресценции с моноклональными антителами инфекция не была обнаружена у 5,8% обследованных, иммуноферментного анализа – у 17,1%, иммунохроматографического метода – у 32%. Проведенное исследование позволяет предложить ПЦР-диагностику как метод выбора в диагностике скрытых и асимптоматических форм урогенитального хламидиоза.

Согласно рекомендациям ВОЗ, лучшим методом диагностики хламидийных поражений урогенитального тракта является выделение возбудителя на культуре клеток, обработанных метаболитами. Этот метод обладает наибольшей специфичностью и достоверностью. Его можно применять в качестве теста для определения эффективности лечения. Однако имеется ряд факторов, которые снижают вероятность обнаружения хламидий в культуре клеток. К ним относится прием антибиотиков, поэтому необходимо исключить из обследования лиц, принимавших антимикробные средства в течение последнего месяца. Степень выявления хламидий возрастает пропорционально длительности существования воспалительного процесса. Играют важную роль способ и качество забора клинического материала от больного, а также период времени между взятием образцов и помещением их в культуру клеток. Указанный тест, являясь наиболее достоверным, должен занимать основное место в диагностике хламидийных инфекций, однако его использование ограничено в практике, так как он отличается дороговизной и значительной трудоемкостью.

Таким образом, в практических условиях для диагностики хламидиоза целесообразны постановка ПИФ с моноклональными антителами и метод выделения возбудителя в культуре клеток.

Одним из естественных этапов при диагностике хламидийной инфекции является правильный забор материала. При взятии клинических проб на хламидии следует помнить, что возбудитель избирательно поражает цилиндрический эпителий мочеполовых путей, поэтому в отличие от принципов забора материала при других инфекциях, передающихся половым путем, больному не следует рекомендовать длительную задержку мочеиспускания. Наоборот, при обильных гнойных выделениях, сопутствующих, в частности, гонорее, гнойное отделяемое может значительно затруднить диагностику хламидийной инфекции, и в этих случаях забор материала рекомендуется проводить сразу после мочеиспускания. У мужчин головку полового члена в области наружного отверстия уретры обрабатывают ватным тампоном, смоченным в физиологическом растворе. При наличии отделяемого первая капля свободно стекающих выделений, появляющаяся при надавливании, удаляется. При скудных выделениях или их отсутствии проводят массаж уретры, а затем делают соскоб (бескровно) со слизистой стенки уретры.

У женщин материал берут из уретры и канала шейки матки. Перед взятием материала обработка наружных половых органов производится стерильным ватным тампоном, смоченным физиологическим раствором. Шейку матки обрабатывают сухим ватным тампоном для удаления слизистой пробки из ее канала. Патологический материал из уретры следует брать после предварительного массажа. Материал из канала шейки матки берется бескровно при визуальном контроле с использованием влагалищных зеркал.

Целесообразно при постановке диагноза использовать термин "урогенитальный хламидиоз", что позволяет идентифицировать хламидиоз среди заболеваний, передающихся половым путем. После того, как определена инфекция и поставлен диагноз, специалист должен в каждом конкретном случае в зависимости от локализации очагов поражения, длительности течения инфекции и наличия осложнений подобрать индивидуально оптимальный курс лечения.

***ЛЕЧЕНИЕ***

Методы лечения урогенитального хламидиоза основаны на применении антибиотиков различных групп. В то же время следует учитывать и биологические особенности этого возбудителя. Хламидии обладают не только высоким тропизмом к эпителиальным клеткам очагов поражения, но и способны персистировать в мембраноограниченных зонах клеток эпителия, что позволяет микроорганизмам оставаться неповрежденными во время антибиотикотерапии и может приводить к неудачам лечения. В связи с этим целесообразно использовать не только этиотропные, но и патогенетические средства. Все пациенты, у которых обнаружены хламидии, независимо от выраженности клинической картины подлежат лечению. Целесообразно лечить и их половых партнеров.

Выраженным этиотропным действием в отношении хламидий обладают препараты тетрациклинового ряда, макролиды, рифампицин, фторхинолоны. Под воздействием антибиотикотерапии, проведенной без учета этиологического агента или микробной ассоциации, у значительного числа больных отмечается исчезновение клинической симптоматики, что ведет к ошибкам врачей. При неосложненной инфекции лечение следует начинать с применения антибиотика. При неуспешной терапии нужно поменять антибиотик и провести комплексную терапию в сочетании с патогенетическими средствами и местным лечением. При лечении больных в стационаре назначению антибиотиков предшествуют иммунотерапия и местное лечение, а в амбулаторных условиях с целью предотвращения распространения инфекции антибиотик назначают одновременно с иммунотерапией и последующим назначением местного лечения.

Наиболее часто и широко назначают препараты тетрациклинового ряда, макролиды, фторхинолоны и в последнее время новые антибиотики – азалиды. Первым представителем этой группы является азитромицин (сумамед). Азитромицин обладает широким спектром антибактериальной активности, эффективен в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, обладает длительным периодом выведения и особенно медленно выделяется из тканей.

После перорального приема препарат хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта, быстро распределятся по тканям, где возникают высокие концентрации антибиотика, что позволяет применять его один раз в сутки. При неосложненном хламидиозе сумамед назначают однократно 1,0 г препарата. При вялом течении заболевания рекомендуется дробный прием препарата до курсовой дозы 3,0 г.

Клацид (кларитромицин) - новейший антибиотик, относящийся к классу макролидов, по химическому строению близок к эритромицину. Отличается сбалансированной фармакодинамикой, двухфазным действием, устойчивостью к бета-лактамазе, обладает высокой активностью в отношении возбудителей, расположенных внутриклеточно. In vitro активность клацида в 8 раз выше, чем у эритромицина, и в 34 раза, чем у сумамеда. Препарат устойчив в кислой среде желудка, в результате чего быстро всасывается в неизмененном виде. Уровень его концентрации в плазме, тканях и внутриклеточно в несколько десятков раз превышает минимальную ингибирующую концентрацию большинства микроорганизмов. Период полувыведения – 4 часа, он удлинен за счет двухфазного действия: первичный метаболит (14-гидрооксикларитромицин) также активен в отношении некоторых возбудителей и даже по действию превосходит сам клацид. При хламидиозе препарат назначают в течение 7 дней в курсовой дозе 3,5 г.

Из известных антибиотиков при хламидиозе часто назначают препараты тетрациклинового ряда – тетрациклин, метациклин, доксициклин, миноциклин. Длительность курса лечения колеблется в пределах 7-14 дней, в зависимости от течения заболевания и наличия осложнений.

В отдельных случаях эффективен эритромицин, причем для лечения беременных препаратом выбора является именно этот антибиотик.

В настоящее время в практику рекомендованы новые антибактериальные средства – фторхинолоны. Хотя они по эффективности несколько уступают выше перечисленным группам препаратов, однако в отдельных случаях их целесообразно применять. К этой группе средств относятся ципрофлоксацин, офлоксацин, перфлоксацин, ломефлоксацин. Курс лечения хламидиоза этими препаратами длится в среднем 7 дней, среднесуточная доза составляет 400-600 мг.

Препараты пенициллина, в том числе и полусинтетические, а также аминогликозиды малоэффективны. Они могут быть использованы лишь для терапии смешанной хламидийной инфекции одновременно с антихламидийными препаратами.

Патогенетическая терапия:

* иммуномодуляторы: Т-активин, тималин, тимоген, тимоктин, плазмол;
* десенсибилизирующие препараты: диазолин, супрастин;
* гепатопротекторы: карсил, эссенциале форте;
* витаминотерапия (особенно витамин Е);
* протеолитические ферменты: трипсин, химотрипсин.

Применяется также симптоматическая терапия.

При установлении излеченности урогенитального хламидиоза следует учитывать особенности применяемого метода диагностики. Исследование клинического материала с помощью метода ПИФ с моноклональными антителами, выполненное ранее 3-4 недель после окончания лечения, может дать ложноположительный результат в связи с возможным сохранением нежизнеспособных микроорганизмов. Исследование с помощью культуры клеток, осуществленное ранее 10-14 дней, может дать ложноотрицательный результат из-за минимального числа хламидий в исследуемом материале. Обнаружение хламидий в указанные сроки является основанием для повторного назначения противохламидийной этиотропной и патогенетической терапии с использованием антибактериальных препаратов других групп.

Критериями излеченности урогенитального хламидиоза являются отрицательные лабораторные данные и отсутствие клинических симптомов заболевания.

***ПРОФИЛАКТИКА***

Залог выздоровления – в раннем выявлении и лечении. 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.

***ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА***

1. Arlazoroff A, Klein C, Blumen N, Ohry A Acute transverse myelitis, a possible vascular etiology.// Med Hypotheses 1989 Sep (ресурс Интернет);
2. Baghian A, Kousoulas K, Truax R, Storz J Specific antigens of Chlamydia pecorum and their homologues in C psittaci and C trachomatis.// Am J Vet Res 1996 Dec (ресурс Интернет);
3. Bas S, Vischer TL Chlamydia trachomatis antibody detection and diagnosis of reactive arthritis.//. Br J Rheumatol 1998 Oct (ресурс Интернет);
4. Васильев М. Урогенитальный хламидиоз Конспект врача. Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РФ. Наука № 86 (99) (ресурс Интернет);
5. Делеторский В.В., Яшкова Г.Н. Современные представления о роли хламидий в патологии урогенитального тракта. – М. – 1994. – с.26.;
6. Доронина Е.В., Гайворонский В.В., Овсиенко А.Б., Терешин А.Т. Хламидийная инфекция: механизмы взаимодействия с иммунной системой организма – хозяина. Медицинский центр ЮНЕСКО "Юнона", Ессентукский Центральный военный санаторий, Государственный НИИ курортологии в г. Пятигорске, НИИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (ресурс Интернет);
7. Евсюкова И.И. Хламидийная инфекция у новорождённых. // Педиатрия. – 1997. – №3 – с.77-80.;
8. Жиравецкий М.И., Жиравецкий Т.М., Слюсарь Л.И. Серологическое определение специфических антихламидийных антител как диагностическое средство в диагностике хламидиоза (ресурс Интернет);
9. Задворный И.П., Сидорова В.З., Макарова О.Л., Шуркова Г.В., Есипенко Н.И., Слюсаренко Л.Д. Урогенитальный хламидиоз у детей. Воронежский областной клинический лечебно-диагностический центр. Прикладные информационные аспекты медицины (Т 2 № -2) (ресурс Интернет);
10. Серов В.Н., Краснопольский В.И., Делекторский В.В. Хламидиоз: клиника, диагностика, лечение. – М. – 1996. – с.22.;
11. Скрипкин Ю.К., Аковбян В.А. Болезни, передаваемые половым путём. // Российский медицинский журнал. – 1997. – №6 – с. 10-13.;
12. Скрипкин Ю.К., Гребенюк В.Н., Торопова Н.П. Современные проблемы детской и подростковой дерматовенерологии. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1998. – №2 – с. 7-11.;
13. Тихомиров А.Л., Ващенко О.В., Тускаев К.С. Значение "проблемных" ЗППП в гинекологии и их лечение рулидом.//ЗППП.-1997.- N. 4. -С. 30-33;
14. Ходанович Д.В. Методические рекомендации по диагностике, этиологии, лечению урогенитального хламидиоза (ресурс Интернет).

# ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ССЫЛКИ ИНТЕРНЕТ

1. поисковые системы:

*[http://www.poisk.ru](http://www.poisk.ru/)*

[*http://www.rambler.ru*](http://www.rambler.ru)

[*http://www.infoart.ru*](http://www.infoart.ru)

[*http://yan**dex.ru*](http://yandex.ru)

[*http://www.list.ru*](http://www.list.ru)

2. медицинские сайты:

[*http://www.gssmp.sci-nnov.ru/medlist.html#mir*](http://www.gssmp.sci-nnov.ru/medlist.html#mir)

[*http://www.mosmed.ru/mi\_servers.htm**l*](http://www.mosmed.ru/mi_servers.html)

[*http://www.medi.ru*](http://www.medi.ru)

[*http://www.relis.ru:8/RMJ*](http://www.relis.ru:8/RMJ)

*<http://www.medport.ru/medpb>*

[*http://www.doctor.ru*](http://www.doctor.ru)

[*http://www.rmj.net**/*](http://www.rmj.net/)

*http://www.pub.inep.net/~immun;*

[*www.who.int*](http://www.who.int)

[*http://www.medco**m.spb.ru/dir/*](http://www.medcom.spb.ru/dir/)

[*http://www.infamed.com/katalog/index.htm*](http://www.infamed.com/katalog/index.htm)

3. дополнительные материалы:

[*http://www.expert*](http://www.expert)

[*http://referat.ru*](http://referat.ru)

*[http://www.gazeta.ru](http://www.gazeta.ru/)*