

# Урогенітальний хламідіоз у жінок: сучасні підходи до діагностики та лікування

**За останнє десятиліття поширеність захворювань, передаваних статевим шляхом, значно зросла. Серед них лідируючі позиції займає урогенітальний хламідіоз. Висока захворюваність урогенітальним хламідіозом в значній мірі обумовлена соціальними факторами, а також особливостями збудителя, нерациональної антибактеріальної терапії захворювання, переважанням хронічних мало- або бессимптомних форм його течія. Урогенітальний хламідіоз є важливою причиною трубного бесплодя, великої кількості внематочних вагітностей, призводить до невиношування вагітності, внутрішньоутробному інфікуванню плода і новонародженого. Крім того, хламідійна інфекція грає важливу роль у розвитку фонової і предраківної захворювань шийки матки. Перераховані фактори вимагають своєчасної діагностики і адекватного лікування даного захворювання.**

В наші дні урогенітальний хламідіоз є одним з найбільш поширених захворювань, передаваних статевим шляхом. Наприклад, в Європі щорічно реєструють близько 10 мільйонів випадків захворювань, викликаних хламідіями (*C. trachomatis*), в світі – близько 80 мільйонів випадків. Згідно з офіційними статистичними даними хламідіями інфіковано близько 5-10% населення. Крім того, відзначається стрімкий ріст захворюваності хламідіозом серед молодих жінок, ведуть активну статеву життя, що в цілому має негативний вплив на репродуктивне здоров'я населення.

Серед трьох видів хламідій, патогенних для людини (*C. psittaci*, *C. pneumoniae*, *C. trachomatis*), збудителем урогенітальних інфекцій виступає *Chlamydia trachomatis* серотипів D-K. Варто нагадати, що, крім урогенітальних інфекцій, цей збудитель здатний викликати реактивний артрит, кон'юнктивіт і пневмонію новонароджених. *C. trachomatis* є облигатною внутрішньоклітинною бактерією, цикл розвитку якої складається з чергування двох форм життя – елементарних тельця (зріла форма) і ретикулярних тельця (вегетативна неінфекційна форма). Елементарне тельце є зрілою інфекційною формою, яка входить в епітеліальну клітку, перетворюється в ретикулярне тельце – незрілу неінфекційну форму. Після 8-12 циклів бінарного поділу ретикулярні тельця перетворюються в елементарні тельця, що супроводжується руйнуванням клітки господаря (тривалість циклу становить 48-72 години). В несприятливих умовах існування, наприклад при неадекватній антибіотикотерапії, можлива L-подібна трансформація хламідій з наступною персистенцією захворювання. При цьому використання будь-яких антибіотиків стає неефективним, оскільки в нерозвиваючихся ретикулярних тельцях хламідій метаболічні процеси припиняються.

Патогенез хламідійної інфекції пов'язаний з пошкодженням епітелію в результаті внутрішньоклітинного розмноження хламідій, що призводить до поширеної деструкції тканин. Це, з однієї сторони, супроводжується морфофункціональними змінами органів малого таза, з іншої – сприяє приєднанню вторинної інфекції, викликаній аеробними або анаеробними бактеріями. Пошкоджені тканини можуть викликати імунні реакції, виникають при хронічній інфекції або повторному інфікуванні *C. trachomatis*.

Зараження урогенітальним хламідіозом відбувається в основному при статевому контакті і достатньо рідко – контактно-близьким шляхом. В сім'ях, де батьки хворі на урогенітальний хламідіоз, близько 30% дітей також страждають цим захворюванням. Інфікування може відбуватися антенатально, а також в часі пологів. За даними ВОЗ,

інфікованими стають більше 60% дітей, народжених від матерів, хворих на хламідіоз.

Після адгезії хламідій до клітин циліндричного епітелію слизової оболонки цервікального каналу, уретри або прямої кишки розвивається запальний процес. Як правило, інкубаційний період при урогенітальному хламідіозі становить 10-14 днів. Специфічні патогномічні симптоми, що дозволяють відрізнити запальний процес, викликаний хламідіями, від запальних захворювань іншої етіології, відсутні. Основними клінічними симптомами хламідійної урогенітальної інфекції є скудні слизові або слизово-гноєві виділення з цервікального каналу, підвищена кровоточивість слизової оболонки шийки матки, фолікулярний цервіцит (наличие лімфоїдних фолікулів в області зєва), лейкоцитоз при мікроскопічному дослідженні матеріалу з цервікального каналу. Хламідійна інфекція уражає як нижні, так і верхні відділи мочеполових органів (салпінгіт і салпінгоофорит – 19-85% випадків, пельвіоперитоніт). Степень активності інфекційного процесу може варіювати від повного відсуття клінічної симптоматики до яскраво виражених клінічних симптомів. При цьому частота суб'єктивно асимптомних форм захворювання у жінок досягає 75%. Однак, незважаючи на малосимптомне перебіг урогенітального хламідіозу, хронічне запалення органів малого таза супроводжується рубцевими змінами тканин, що нерідко призводить до бесплодя і ектопічної вагітності. Згідно з даними J. Raavonen et al. (1999) при інфікуванні хламідіями нижнього відділу урогенітального тракту у 20% жінок виникають ускладнення в формі запальних захворювань органів малого таза, у 3% – вторинне бесплодя, а у 2% – ускладнення перебігу вагітності (невиношування вагітності, перинатальні втрати).

Діагностика урогенітального хламідіозу ґрунтується на анамнезі, клінічних симптомах і даних лабораторного дослідження. Існує ряд лабораторних методів ідентифікації хламідій, що мають свої переваги і недоліки.

Найбільш інформативним є культуральний метод, однак внаслідок високої вартості він використовується нечасто. Як матеріал для дослідження використовують соскоби зі слизової оболонки уретри, цервікального каналу, шийки матки, прямої кишки. Культуральний метод має 100% специфічність, однак негативний результат не виключає присутності *C. trachomatis* в досліджуваному матеріалі (низька чутливість).

Чутливість рутинного цитологічного методу (мікроскопічне дослідження мазка з каналу шийки матки) становить всього 20-30%.

Високою чутливістю і специфічністю характеризується метод полімеразно-цепної реакції, оснований на визначенні специфічного фрагмента хламідійної ДНК.

Недоліком прямого імунофлюоресцентного методу (фарбування хламідійних антигенів імунофлюоресцентними фарбами) є суб'єктивність оцінки результатів.

Серологічний метод оснований на визначенні антихламідійних антитіл в крові. В разі гострої інфекції діагностичне значення має визначення IgM або ж 4-кратне зростання титру IgG в динаміці (через 2 тижні). По результатам серологічних методів можна зробити однозначний висновок про наявність активної хламідійної інфекції достатньо складно – антитіла з'являються не одразу після інфікування і зберігаються тривале час після ерадикації збудителя. Лише використання комбінації перерахованих методів підвищує точність діагностики урогенітального хламідіозу.

Лікування урогенітального хламідіозу повинно бути етіотропним, комплексним і включати терапію супутньої урогенітальної інфекції, дисбактеріозу кишечника, порушень з боку імунної системи. Необхідно враховувати, що в наші дні тільки в 3-4% випадків урогенітальні інфекції викликані одним збудителем, в інших випадках має місце мікст-інфекція. Тому, враховуючи наявність невиявлених збудителів, застосовуваний антибактеріальний препарат повинен мати максимально широкий спектр дії. Оскільки хламідії є внутрішньоклітинними паразитами, антибіотик повинен добре накопичуватися в клітинках макроорганізму і створювати в них високу концентрацію. Перерахованим вимогам в повній мірі відповідають макроліди, які в наші дні є препаратами першого вибору в лікуванні урогенітального хламідіозу. Варто відзначити і той факт, що висока клінічна ефективність макролідів пов'язана не тільки з антимікробним дією, але і з впливом макролідів на функціональну активність фагоцитів периферичної крові, а також з протизапальним ефектом. Серед макролідів особливу увагу заслуговує Сумамед, який характеризується високою активністю в відношенні більшості збудителів запальних захворювань органів малого таза.

Згідно з даними ряду фармакологічних досліджень при однократному пероральному прийомі Сумамеду в дозі 1 г концентрація антибіотика в очагах інфекції в 10-100 раз перевищує таку в сироватці крові. При цьому концентрація Сумамеду на рівні, що перевищує мінімальну подавляючу концентрацію для *C. trachomatis* (0,125 мкг/мл), зберігається в тканинах матки впродовж 10-21 днів.

Короткий курс лікування і зручність застосування антибіотика підвищують привабливість пацієнток до лікування. Варто підкреслити, що крім високої ефективності короткі курси терапії Сумамедом характеризуються мінімальним числом небажаних реакцій і добре переносяться пацієнтами.

В разі лікування персистируючої хламідійної інфекції оптимальною клінічною і мікробіологічною ефективністю характеризується пульс-терапія Сумамедом. Вона полягає в пероральному прийомі антибіотика в дозі 1 г на 1, 7-й і 14-й дні лікування. Така схема терапії дозволяє створити необхідну пікову концентрацію Сумамеду (перевищує мінімальну подавляючу концентрацію для *C. trachomatis* в 5-20 раз) з збереженням терапевтичної концентрації препарату в наступні 5-7 днів після його однократного перорального прийому.

В дослідженні Л.Д. Белоцерковцевої і соавт. (2003) вивчали ефективність різних схем застосування Сумамеду для лікування урогенітального хламідіозу. В дослідження включили 143 жінки з неосложненим хламідіозом і 189 з хронічною хламідійною інфекцією. Інші інфекції, передавані статевим шляхом, були критерієм виключення. 92 жінки з свіжим неосложненим хламідіозом отримували Сумамед в дозі 1 г перорально однократно. 51 пацієнтка з групи неосложненого хламідіозу отримували Сумамед в дозі 500 мг перорально 1 раз в день протягом 3 днів. В разі хронічного урогенітального хламідіозу застосовували дві схеми терапії Сумамедом: неперервного прийому препарату (46 пацієнток) і пульс-терапії (143 пацієнтки).

Проведене дослідження дозволило встановити, що в групі жінок з неосложненим свіжим хламідіозом клінічна ефективність терапії Сумамедом становила 93%; при цьому вона не залежала від схеми прийому препарату. Однократний прийом Сумамеду характеризувався більш високим комплаєнсом і низькою частотою небажаних реакцій. В разі персистируючої хламідійної інфекції найбільш клінічною і мікробіологічною ефективністю і максимальним удлинением безрецидивного проміжку дозволяло досягти пульс-терапія Сумамедом, заключаючись в прийомі препарату в дозі 1 г на 1, 7, 14-й дні лікування.

Таким чином, проблема урогенітального хламідіозу у жінок не втрачає в останні роки своєї актуальності. Це захворювання вимагає своєчасної діагностики і лікування, так як характеризується достатньо високим ризиком розвитку ускладнень. В лікуванні урогенітального хламідіозу перевагу слід віддавати макролідним антибіотикам, серед яких особливе місце займає Сумамед. Цей антибіотик має активність в відношенні не тільки хламідій, але і більшості інших збудителів урогенітальних інфекцій, нерідко супутніх хламідіозу. Зручний прийом Сумамеду (1, 7, 14-й день) забезпечує високу привабливість пацієнтів до лікування, а отже, і його ефективність.

Підготував Вячеслав Килимчук

