

Урогенитальний хламідіоз: сучасні підходи в ліченні і діагностиці

16-17 мая в Одессе прошла научно-практическая конференция с международным участием «Урология на рубеже веков». В работе конференции приняли участие ведущие специалисты Украины, стран ближнего и дальнего зарубежья. Особое внимание было уделено инфекциям, передающимся половым путем (ИППП).

Главный научный сотрудник отдела сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Оксана Васильевна Ромашенко рассказала о новых подходах в диагностике и лечении урогенитального хламидиоза (УГХ).

— Проблема ИППП в мире все еще является значимой, при этом ученые отмечают ее неоднозначность. Несмотря на внедрение новых технологий диагностики, 2/3 случаев инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой сферы остаются не расшифрованы.

Ежегодно в мире выявляется 340 млн новых случаев сифилиса, гонореи, хламидиоза, трихомониаза среди мужчин и женщин репродуктивного возраста.

ИППП среди вступающих в брак выявляются у 6,5% мужчин и 5,8% женщин. И если у мужчин структура заболеваемости довольно ровная (18% — гонорея, 17,9% — генитальные кондиломы, 16,6% — неспецифические уретриты, 16,3% — хламидиоз), то у женщин структура ИППП выглядит принципиально иначе — лидирующие позиции занимает хламидиоз (39,5%), который осложняется окклюзией маточных труб и бесплодием в 48-65% случаев (рис. 1).

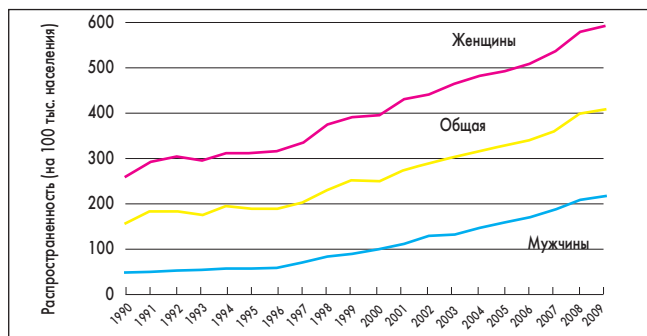


Рис. 1. Гендерні особливості визначення *C. trachomatis* в США

ИППП ассоциируются с целым рядом проблем: нарушениями соматического состояния; невынашивание и другие осложнения беременности; предракловы и онкологические заболевания; гинекологические, андрологические нарушения; бесплодие пары. Также они могут приводить к соматическим, урологическим, гинекологическим нарушениям у детей, рожденных от больных матерей.

Переходя к вопросам патогенеза и путям распространения ИППП в верхний отдел гениталий, следует акцентировать внимание на принципиальном положении, раскрывающем феномен взаимодействия макро- и микроорганизма. Это положение вошло в медицинскую практику под кратким, но емким названием *vis-a-vis* и связано с именем Ж. Анри-Сюше. Суть этого феномена состоит в том, что каждая встреча между микро- и макроорганизмом происходит индивидуально, по особому сценарию, с различными исходами для последнего.

Причины и условия, влияющие на этот сценарий, определяются анатомо-физиологическими особенностями половых и мочевыводящих путей, состоянием иммунитета, соотношением микрофлоры и путями попадания инфекции.

В этом аспекте необходимо подчеркнуть роль сперматозоидов и трихомонад в распространении инфекций в верхние отделы гениталий.

Трихомонаду рассматривают как «транспортное средство» при распространении многих микроорганизмов в верхние отделы гениталий и мочевого пузыря.

Этот патоген является резервуаром, источником сохранения и персистенции хламидийной, гонококковой, микоплазменной, уреоплазменной и кандидозной инфекции.

В 2002 г. на страницах *American Journal Nephrology* были представлены современные взгляды относительно роли трихомонад в развитии «нетипичных» пиелонефритов (Bellinghieri G., 2002).

Трихомонады были выделены из абсцессов бартолиновой железы из полости матки и брюшной полости, уретры, мочевого пузыря, прямой кишки (Lecke S.B., 2003; Дерябин Д.Г., 2003).

Клинически значимыми оказались и данные рН слизистой влагалища во время сексуального возбуждения, которое меняет свое значение с 3,8-4,2 до 6,5-7,8. Безусловно, ошелачивание рН влагалищного содержимого имеет важное репродуктивное значение (рН эякулята — 7,8), но одновременно этот процесс снижает местные барьерные функции нижних отделов женских половых органов, способствуя инфицированию.

О роли ИППП как главной причины женского бесплодия хорошо известно. Учитывая структуру ИППП и важность УГХ в формировании трубноперионеального бесплодия, особое внимание в гинекологии фокусируется на хламидийной инфекции. Ежегодно в мире регистрируется 90 млн



Рис. 2. Захворюваність хламідіозом в Україні (число випадків на 100 тис. населення)

новых случаев заболевания УГХ. В Европе эта цифра достигает 10 млн, а в Украине — 300 тыс. (рис. 2).

УГХ у женщин проявляется цервицитом, уретритом, вагинальными выделениями, посткоитальными кровомазаниями, слабо выраженными болями в нижних отделах живота, воспалительными заболеваниями органов малого таза, межменструальными кровянистыми выделениями, дисурией, диспареунией, проктитом. При осмотре отмечают отечность в области цервикального канала и эндоцервикальные изъязвления.

Симптомы хламидиоза проявляются спустя 1-3 нед после инфицирования.

Отдельный симптом, на который следует обратить внимание, — вульводиния. Становясь причиной нарушения половых отношений пары, вульводиния является следствием хронического воспаления и приводит к изменению периферической чувствительности и снижению порога болевой чувствительности. Этот процесс имеет не только местное значение — локальное снижение порога болевой чувствительности способствует повышению восприятия боли в других частях тела.

По данным статистики, влияние болевого компонента негативно сказывалось на интимных отношениях: 90,4% опрошенных прерывали половой акт из-за боли; 84,9% — боялись полового акта из-за боли; 55,7% — даже не пытались вступать в интимные отношения.

Диспареуния, снижение сексуального желания и другие расстройства наблюдаются у 35,2-43,4% женщин с хламидийными сальпингитами. По данным Kangas I. и соавт., в Дании при проведении 277 парам антихламидийной терапии 10% союзов распались.

Прямой контакт слизистых оболочек двух индивидов является главным путем передачи хламидийной инфекции. Это может происходить при половом акте (75% вероятность инфицирования) и при прохождении ребенка через родовые пути матери.

Возможен и контактно-бытовой путь передачи хламидийной инфекции, который может наблюдаться при хламидийном проктите, обусловленном LGV-биоваром (возбудитель венерической лимфогранулемы).

С целью диагностики хламидийной инфекции применяют:

- методы амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) — группа методов, использующих в качестве мишени короткий участок ДНК или РНК, уникальный для того или иного вида возбудителей;
- иммуноферментный метод;
- культуральную диагностику;
- цитоскопический метод.

МАНК включает: полимеразную цепную реакцию (ПЦР), рибосомальную РНК-амплификацию, лигазную цепную реакцию.

ПЦР позволяет идентифицировать в жидкостях и тканях организма хламидии, уреоплазмы, микоплазмы, гарднереллы, цитомегаловирусы, вирусы герпеса 1 и 2 типа, папилломавирус человека, гонококки, трихомонады, ВИЧ-инфекцию, туберкулез, сифилис.

Определенную значимость представляют и микроскопические исследования, которые дают возможность оценить состояние эпителия уретры, влагалища, цервикального канала, степень лейкоцитарной реакции, особенности микробиоценоза, а также, что немаловажно, исключить сопутствующие ИППП.

МАНК является основным методом верификации *C. trachomatis*. Концентрация амплификонков — фрагментов ДНК повышается в геометрической прогрессии, увеличиваясь в 106-109 раз, что позволяет определить все известные генотипы и варианты.

Материалом для исследования при помощи МАНК служит первая порция свежесобранной мочи у мужчин и мазки из влагалища у женщин (забор материала проводится через 3-4 нед после менструации).



О.В. Ромашенко

Параллельно материал забирается из зева, с конъюнктивы и прямой кишки.

В настоящее время вводится новый диагностический тест для оценки эффективности лечения — уровень определения белков теплового шока HSP60. Этим маркером активно пользуются репродуктологи, которые не приступают к проведению IVF-технологий при повышении их уровней, поскольку такие попытки обречены на неудачу.

Хронический персистирующий хламидиоз сопровождается непрерывным синтезом белка теплового шока HSP60, развитием реакции гиперчувствительности замедленного типа и формированием лимфоцитарной и моноцитарной инфильтрации подслизистых оболочек (Peeling R.W., 2000; Witkin S.S., 2001).

Следует помнить, что несвоевременная диагностика — одна из причин увеличения частоты случаев этиологически нерасшифрованного воспалительного процесса и выбора необоснованной тактики лечения.

Латентное течение УГХ наблюдается у 50% мужчин и 90% женщин.

Основные задачи терапии ИППП:

- эрадикация возбудителя;
- клиническое выздоровление;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

Успешность терапии зависит от комплексности, этапности, этиопатогенетической направленности и контролируемости.

При выборе тактики лечения хронических воспалительных заболеваний гениталий (ХВЗГ), обусловленных ИППП, следует учитывать общее состояние, локализацию патологического процесса, характер патологических изменений со стороны органов малого таза и других органов и систем, наличие осложнений по причине воспалительного процесса, особенности иммунологических изменений.

Важным принципом при выборе терапии УГХ является приоритет эффективности над комфортностью или приверженностью к лечению.

С целью лечения урогенитальной инфекции в гинекологической практике джозамицин (Вильпрафен) назначается в дозе 500 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза в сутки 7 дней. Существует схема приема препарата по 500 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза в сутки 7 дней.

Джозамицин охватывает практически все клинически значимые возбудители. К его преимуществам относятся устойчивость к гидролизу в кислой среде и быстрое создание высоких концентраций в клетках и тканях. Джозамицин разрешен к применению в период беременности.

В нашей клинике проведено исследование, в котором определялись антитела к рекомбинантному белку GroEL *E. coli* у женщин с ХВЗГ и их партнеров.

Основная группа — 112 пациенток (18-45 лет) с ХВЗГ хламидийной этиологии с длительностью заболевания от 5 до 19 лет и 76 пациентов, являющихся их партнерами (20-47 лет), с хроническим простатитом (ХП).

Контрольная группа — 20 клинически здоровых женщин (20-38 лет) и 20 мужчин (21-32 года), которые являлись их партнерами.

Уровень антител к GroEL *E. coli* определяли с помощью иммуноферментного метода (ELISA). У 85,0% женщин и у 80,0% мужчин значения экстинкции не превышали 0,5 ед. оптической плотности и составили в среднем 0,32±0,03 ед., что было принято за показатель контроля.

Повышение уровня антител к GroEL *E. coli* (средний показатель экстинкции составлял 0,717±0,09 ед., $p < 0,001$ в сравнении с контролем) зафиксирован у 81 (72,3%) женщины с ХВЗГ хламидийной этиологии и у 57 (75,0%) мужчин с ХП.

Совпадение этиологических факторов составило 18,7%, повышения уровня антител к GroEL *E. coli* — 92,4%.

Включение в комплексную терапию препарата Вильпрафен сопровождалось нормализацией уровней анти-GroEL у 68,7% женщин, тенденция к снижению наблюдалась у 14,3% пациенток.

Отмечена также сопряженность между наличием антител к GroEL и развитием нарушений репродуктивной функции у женщин с ХВЗГ и мужчин с ХП.

Выявление антител против GroEL может быть использовано для контроля эффективности проведенного лечения пары с ХВЗГ.

Подготовила **Наталья Карпенко**