

УДК 616.983:618.1

ПРОЯВЛЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН

Д.Ф. Хворик, С.А. Костюк*, А.И. Новоселецкая, Н.В. Хворик**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»*

УЗ «Гродненский областной клинический родильный дом»**

Представлены результаты комплексного клинико-микробиологического обследования, проведенного с целью получения объективной социально-гигиенической, клинической и лабораторной характеристики хламидиоза у женщин в современный период.

Ключевые слова: урогенитальный хламидиоз, лабораторная диагностика хламидиоза.

Current results of complex clinical and microbiological examination of female patients aimed to obtain objective social, hygienic, clinical and laboratory characteristic features of clamidiosis are presented in the article.

Key words: urogenital clamidiosis, laboratory diagnosis of clamidiosis.

Введение

В настоящее время установлено, что хламидии поражают человека и многие виды животных, вызывая разнообразные заболевания, от пневмонии до трахомы, от сепсиса до аборта, от энтерита до менингоэнцефалита, т.е. болезни, поражающие все органы, включая мочеполовые [2]. Хламидийная инфекция относится к наиболее изученным инфекционным заболеваниям, а по количеству публикаций, посвященных этой венерической патологии, пожалуй, занимает одно из первых мест [1]. Тем не менее, до сих пор хламидиоз остается одной из наиболее актуальных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Хламидийные заболевания мочеполовой сферы поражают людей в период наибольшей половой активности и нередко сопровождаются осложнениями, которые приводят к утрате трудоспособности, бесплодию или внутриутробной инфекции, обуславливая заболевания плода и новорожденного [3].

По официальным статистическим данным заболеваемость урогенитальным хламидиозом по Республике Беларусь в 2005 г. по сравнению с 2004 г. возросла на 18,3%, по Гродненской области на 40,7%, по Брестской на 50,9%, по Могилевской в 2,3 раза. С одной стороны это связано с улучшением качества диагностики, с другой – является следствием низкой сексуальной культуры общества и пробелами в системе профилактики ИППП.

Дерматовенерологи, урологи и гинекологи часто наблюдают хронические заболевания мочеполовой сферы (цервициты, вульвовагиниты, эндометриты, циститы и др.) и относят их к болезням невыясненной этиологии, так как лабораторные методы исследования этих больных не всегда дают возможность выявить возбудитель. Кроме того, посиндромная антибактериальная терапия, пред-

лагаемая ВОЗ, нередко оказывается безуспешной, заболевание приобретает затяжное течение, и пациенты становятся носителями хламидийной инфекции [3].

Наряду с характерным течением хламидийной инфекции, наблюдаются атипичные, инapparантные и бессимптомные формы заболевания, представляющие большие трудности для диагностики.

Целью настоящего исследования является представление объективной социально-гигиенической, клинической и лабораторной характеристики хламидиоза у женщин в современный период.

Материал и методы

Комплексное клинико-микробиологическое обследование проведено 106 женщинам в возрасте от 17 до 44 лет, обратившихся в кабинет профилактики инфекций, передаваемых половым путем УЗ «ГОКВД».

Диагноз устанавливали на основании данных анамнеза, субъективных и объективных клинических признаков, результатов лабораторного исследования. Для диагностики урогенитального хламидиоза были использовали следующие методы диагностики: определение антител классов А, G, М к антигенам хламидий методом иммуноферментного анализа (ИФА), выделение хламидий в соскобе из цервикального канала и уретры методом прямой реакции иммунофлюоресценции (ПИФ). В случае положительного результата в ИФА (ИФА и ПИФ), материал больных исследовался методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с обязательным определением у возбудителя устойчивости к антибиотикам. Материалом для ПЦР служили соскобы слизистой оболочки уретры и цервикального канала. В качестве инструмента для получения соскобов использовали многоразовые ложечки Фолькмана, позволяющие при минимальной трав-

матизации слизистой оболочки уретры и цервикального канала получать достаточное количество материала.

Взятие материала из уретры осуществляли не ранее, чем через 2 часа после мочеиспускания, из цервикального канала – до проведения мануального исследования. Перед исследованием шейку матки обрабатывали тампоном, смоченным стерильным физиологическим раствором (без антисептиков), затем сухим стерильным ватным тампоном удаляли слизистую пробку. Материал собирали при помощи указанных выше инструментов, на глубине 1-1,5 см. Полученный материал вносили в стерильные полипропиленовые пробирки объемом 1,5 мл (типа «Eppendorf», фирмы QSP, производства США), содержащих 100 мкл стерильного физиологического раствора.

Пробирки с пробами тщательно закрывали и транспортировали в лабораторию в транспортных контейнерах фирмы QSP, производства США. Время транспортировки не превышало 2-х часов при комнатной температуре. В зимнее время пробы транспортировали в условиях, не допускающих их замораживания. При невозможности немедленной доставки проб, их сохраняли при -20°C в течение 24-48 часов.

Технологический процесс ПЦР состоял из 3 основных этапов: пробоподготовка клинических образцов; амплификация фрагментов ДНК биологического возбудителя; детекция продукта амплификации электрофоретическим методом.

Анализ результатов проводился в два этапа. На первом этапе анализ результатов проводился по контрольным образцам и внутренним контролям. На втором этапе интерпретации результатов анализ проводился по дополнительным лабораторно-диагностическим признакам: количеству синтезированных нуклеотидных пар (н.п.), молекулярной массе и интенсивности свечения фрагментов молекулы ДНК с использованием программы «Gel Analysis», которая была адаптирована к вычислению этих лабораторно-диагностических параметров на этапе интерпретации электрофоретического разделения ДНК, синтезированных в процессе амплификации.

Результаты и обсуждение

По возрасту обследованные распределялись следующим образом: от 17 лет до 21 года – 10 (9,4%), от 22 до 26 – 38 (35,8%), от 27 до 31 – 34 (32,1%), от 32 и старше – 24 (22,7%). По семейному положению большинство больных составили лица, состоявшие в браке (64,3%), у 7,1% пациен-

ток брак был расторгнут. При анализе жилищных условий установлено, что 78,6% опрошенных проживали в отдельной квартире. Среди пациенток высшее образование имели 45,2%, среднее – 54,8%. Среди респондентов 46,7% начали половую жизнь в возрасте до 18 лет. Анамнестические сведения о ранее перенесенных ИППП представлены в табл. 1.

Таблица 1. Перечень ИППП, перенесенных больными в прошлом

Перенесенные ИППП	Число больных	
	Абс.	%
Отрицают	86	81,1
Хламидиоз	16	15,1
Бактериальный вагиноз	2	1,9
Уреаплазмоз	1	0,9
Микоплазмоз	1	0,9
Всего	106	100,0

Как видно из табл. 1, у 86 из 106 женщин проявления клинические признаки болезни возникли впервые, 20 в прошлом перенесли ИППП, в т.ч. хламидиоз – 16 человек, бактериальный вагиноз – 2, уреа- и микоплазмоз – 1. При этом все пациенты лечились амбулаторно в специализированном медицинском учреждении.

Анализ жалоб больных представлен в табл. 2.

Таблица 2. Жалобы больных на момент обращения

Жалобы	Число больных	
	Абс.	%
Отсутствуют	54	27,0
Выделения	33	16,5
Зуд вульвы	27	13,5
Чувство дискомфорта	21	10,5
Жжение	20	10,0
Боли внизу живота	19	9,5
Бесплодие	14	7,0
Дизурические расстройства	10	5,0
Боли в суставах	2	1,0
Всего	200	100,0

Как видно из табл. 2, у 27,0% опрошенных при обращении субъективные ощущения отсутствовали (табл.2). У 73,0% основными жалобами являлись: выделения (16,5%), зуд вульвы (13,5%), чувство дискомфорта (10,5%) и др.

Частота выявления и показатель чувствительности *S. trachomatis* к антибиотикам представлены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, при комплексном лабораторном исследовании хламидийная инфекция выявлена у 70,8%. Среди всех обратившихся ПИФ была положительная в 63,2%, ИФА – в 52,8%, ПЦР – 69,8%. При определении чувствительности хламидий к антибиотикам, установлено что в 72,9%

Таблица 3. Частота выявления и показатель чувствительности *C. trachomatis* к антибиотикам

Метод диагностики	Число больных	
	Абс.	%
ПИФ (положительная)	67	63,2
ИФА (положительная)	56	52,8
ПЦР (положительная)	74	69,8
ПЦР (устойчивость к тетрациклам)	54	72,9
ПЦР (устойчивость к макролидам)	13	17,5
ПЦР (устойчивость к тетрациклам и макролидам)	7	9,6

возбудители были устойчивы к тетрациклам, в 17,5% - к макролидам, в 9,6% - к обоим препаратам.

Хламидийная моноинфекция установлена в 42,7% случаев, смешанная в 57,3%. Характер и варианты микст-инфекции при урогенитальном хламидиозе представлены в табл. 4.

Таблица 4. Характер и варианты микст-инфекции при урогенитальном хламидиозе

Клинические проявления	Число больных	
	Абс.	%
Микоплазмоз	12	27,9
Уреаплазмоз	11	25,6
Кандидоз	7	16,3
Бактериальный вагиноз	6	14,0
Уреа- и микоплазмоз	3	7,0
Уреа- и микоплазмоз. Бактериальный вагиноз	2	4,7
Уреаплазмоз. Бактериальный вагиноз	1	2,3
Уреаплазмоз. Кандидоз	1	2,3
Всего	43	100,0

Как видно из табл. 4, наиболее часто хламидии сочетались с микоплазмами (27,9%), уреаплазмами (25,6%), кандидами (16,3%). В единичных случаях отмечается сочетание хламидий с двумя и даже с тремя инфекционными агентами.

Характер и частота акушерско-гинекологической патологии у больных представлены в табл. 5.

Как видно из табл. 5, при осмотре у 45 женщин обнаружены признаки акушерско-гинекологической патологии. Основными клиническими проявлениями были: эрозия шейки матки и хронический цервицит. В 9,3% хламидийная инфекция ничем не

Таблица 5. Характер и частота акушерско-гинекологической патологии у больных

Клинические проявления	Число больных	
	Абс.	%
Беременность	23	30,7
Эрозия шейки матки	21	28,0
Хронический цервицит	6	8,0
Эрозия шейки матки. Беременность	5	6,7
Хронический аднексит. Бесплодие	4	5,3
Дисплазия шейки матки	2	2,7
Фибромиома матки	2	2,7
Хронический аднексит	2	2,7
Хронический кольпит. Беременность	1	1,3
Хронический цервицит. Фибромиома матки	1	1,3
Хронический вульвовагинит. Кольпит. Беременность	1	1,3
Без клинических проявлений	7	9,3
Всего	75	100,0

проявлялась. Частота выявления урогенитального хламидиоза у беременных составила 30,7%.

Заключение

Проблема хламидиоза сохраняет актуальность в связи с высокими уровнями заболеваемости и инфицированности всех слоев населения, независимо от пола, возраста, семейно-социального статуса и профессии. Диагностическая ценность лабораторных методов на современном этапе неодинакова и значительно различается, что требует комплексного подхода в этиологической верификации диагноза. Гипердиагностика как и гиподиагностика хламидиоза приводит к необоснованному назначению неэффективных антибиотиков, усугубляющих снижение иммунного ответа, приводящих к формированию затяжных и хронических форм инфекции, к ее распространению в очагах.

Литература

- Ориел, Дж. Д., Риджуэй, Дж. Л. Хламидиоз. - М.: Медицина, 1986. - 224 с.
- Пухнер, А.Ф., Козлова, В.И. Хламидийные урогенитальные и экстрагенитальные заболевания. - М.: «Издательство Триада-Х», 2004. - 128 с.
- Семенов, В.М., Семенов, Д.М., Хворик, Д.Ф. Хламидийная инфекция: ВГМУ.- Витебск, 2006. - 205 с.