

ВЕНЕРОЛОГІЯ

УДК 616.983-477.6

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ, КЛІНІКИ ТА СТАНУ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА УРОГЕНІТАЛЬНИЙ ХЛАМІДІОЗ

Р.Ф.Айзятұлов, С.В.Центіло, В.В.Юхименко, Н.В.Єрмілова
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Ключові слова: урогенітальний хламідіоз, епідеміологія, клініка, стан імунологічної реактивності.

Актуальність теми. Розвиток і впровадження в практику нових високочутливих і високоспецифічних методів діагностики хламідіозу зробили можливим проведення широких популяційних обстежень груп населення з метою визначення їх ураженості на урогенітальний хламідіоз [7, 10, 13]. Результати численних досліджень показали, що захворюваність на урогенітальний хламідіоз серед людей дуже висока і значно перевищує відповідні показники інших мікроорганізмів-збудників ЗПСШ (наприклад, в 2-2,5 рази більше, ніж на гонорею) [19, 20, 21].

Згідно даних ряду авторів частота виявлення антитіл до хламідій у наступних груп обстежених склала: діти до 15 років – у 10%; чоловіки, що ведуть активне статеве життя – 25%; чоловіки, хворі на ЗПСШ – 60%; жінки, що ведуть активне статеве життя – 50-70%; повії – 80%; а при обстеженні практично здорових осіб позитивні серологічні реакції на наявність в організмі хламідійної інфекції в діагностичних титрах виявлені у 41%, безсимптомне носійство хламідій виявлене у 3-80%, що є дуже небезпечним в епідеміологічному відношенні [2, 3, 4, 5]. Ризик зараження на урогенітальний хламідіоз кожної окремо взятої людини знаходиться в прямій залежності від кількості статевих партнерів. Найбільша частота випадків урогенітального хламідіозу відзначається у хворих в віці 16-18 і 36-55 років [21, 22].

Динаміка змін імунологічного стану при зараженні на урогенітальний хламідіоз дотепер вивчена недостатньо, результати спостереження її багато в чому суперечливі. Дослідження імунологічної реактивності дуже важливе для вирішення питання специфічної профілактики хламідіозу шляхом вакцинації [23]. В наш час для оцінки імунного статусу прийнято досліджувати лейкоцитарну формулу, відносну і абсолютну кількість Т- і В-лімфоцитів, субпопуляційний склад Т-клітин, вміст імуноглобулінів основних класів, циркулюючі імунні комплекси, фагоцитарну активність нейтрофілів, рівень лізоциму і бета-лізінів у сироватці крові і т.д. [18]. У хворих на хламідіоз більшість авторів відзначають зниження відносної кількості Т- і В-лімфоцитів, активності сироваткових бета-лізінів, тенденцію до зниження фагоцитарної активності нейтрофілів, рівня Ig A і підвищення вмісту в периферичній крові лімфоцитів, активності лізоциму і комплементу [5, 6], лише поодинокі дослідники не просліджують чіткого взаємозв'язку між захворюваністю на хламідіоз і наявністю протихламідійних антитіл у сироватці крові [16, 17].

Ще одна група авторів вказує на незначну виразність імунної відповіді при дослідженні сироватки крові хворих, а основні імунологічні зміни відбуваються в біологічних рідинах, наприклад, насінній, у якій визначається секреторний Ig A, а також Igg класу G і M, медіатори запалення – цитокіни (інтерферон, інтерлейкін – 4, фактор некрозу пухлин і т.д.) [11], що має важливе значення при встановленні діагнозу урогенітального

хламідіозу. На їхню думку, кращим маркером хламідійної інфекції є виявлення локальної секреції специфічного IgA [15].

Урогенітальна хламідійна інфекція найчастіше виявляється після інкубаційного періоду тривалістю 10-45 днів і може супроводжуватися клінічною симптоматикою в гострій, підгострій, і, найчастіше, хронічній формі або плинити тривалий час безсимптомно у персистентній формі [9, 20]. Багато вчених звертають увагу на частий асимптомний плин захворювання – до 80% [6,], хоча деякі з них вказують на етіологічну роль хламідій у розвитку гострого запалення органів малого тазу. Можливість персистенції хламідій доведена в епітеліальних клітинах, трихомонадах, імункомпетентних клітинах (макрофаги, нейтрофіли, лімфоцити), ендотеліоцитах лімфатичних капілярів, у позаклітинних фагосомах.

Клінічна картина урогенітального хламідіозу залежить від вірулентності збудника, термінів інфікування, топографії уражень, виразності місцевих і загальних реакцій макроорганізму. Ці фактори обумовлюють різноманітність клінічних проявів і безсимптомний плин, що представляє особливу епідеміологічну небезпеку. Крім того, на інтенсивність розмноження хламідій, а внаслідок цього і на клінічні прояви захворювання можуть впливати зовнішні фактори, зокрема, є дані про активізацію хламідійної інфекції екзогенними гормонами стероїдного ряду (оральними контрацептивами) [13, 21].

Мета дослідження – на підставі аналізу доступних літературних джерел виявити особливості суб'єктивних і об'єктивних ознак урогенітального хламідіозу, частоту і виразність його можливих ускладнень.

Результати дослідження. Після аналізу численних джерел інформації встановити будь-які патогномічні клінічні характеристики для хламідійної урогенітальної інфекції не вдалося. При ураженні сечостатевих органів у чоловіків найчастіше першою страждає слизова

оболонка сечовипускного каналу. У хворих, як правило, визначається більший чи менший ступінь виразності запальних змін в області зовнішнього отвору уретри (почервоніння губок, їх набряклість, злипання).

Суб'єктивні скарги при хламідійному уретриті частіше за все бувають на наявність виділень із сечовипускного каналу у 95,2%; у сполученні із помірним свербіжем при сечовипусканні, - у 87,9%; відчуття болі в промежині - у 4,4%; відчуття важкості в надлобковій області - у 2,5% [11]. Виділення з уретри можуть бути слизового, слизово-гнійного чи гнійного характеру. При гострому запаленні виділення стікають вільно або з'являються при натисненні на головку статевого члену. У більшості пацієнтів з гострим і підгострим початком захворювання кількість виділень значно зменшується через кілька днів після їх появи.

При хронічному запаленні, найбільш характерними є убогі виділення, у вигляді "ранкової" краплі. Нерідко виділення можна помітити лише після тривалої затримки сечовипускання, іноді при дефекації або наприкінці сечовипускання. При хламідійному уретриті рясне відокремлюване було зареєстровано у 17% хворих, помірне - у 24%, убоге - у 48% (слизовий характер виділень був у 48% пацієнтів, слизово-гнійний - у 24%, гнійний - у 17%), а у 11% хворих видимих виділень не відзначалося зовсім. При обстеженні іншої групи пацієнтів-чоловіків, що страждали на хламідійний уретрит, відокремлюване слизової оболонки уретри не було виявлене у 20-23% [8, 12]. Сеча у таких хворих звичайно прозора, містить слизово-гнійні нитки (поодинокі чи множинні). Якщо виділення рясні, сеча може бути каламутною в першій чи обох порціях двосклянкової проби.

При уретроскопії будь-яких специфічних, властивих тільки хламідійній інфекції змін не визначається. Звичайно виявляються м'який чи перехідний

інфільтрати, літтрейт, нерідко твердий інфільтрат. У передміхуровій частині сечовипускного каналу іноді виявляються грануляції, запалення сім'яного горбка. М'який інфільтрат під час уретроскопії знаходили у 63,5% хворих на хламідійний уретрит, перехідний – у 28%, літтрейт – у 44,7% [11, 12]. При поширенні інфекції в запальний процес можуть бути втягнені внутрішні статеві органи [1, 12].

Одним з найбільш частих ускладнень хламідійного уретриту є простатит, що може перебігати гостро і хронічно. Гострі уретрогенні простатити раніше зустрічалися дуже часто, наприклад, у XIX столітті уретрит у 80-90% випадків ускладнювався гострим простатитом. В результаті застосування промивань по Жане частота гострих уретрогенних простатитів знизилася до 3-16%, а після початку ери антибіотиків вона складає десяті частки відсотка.

Хронічний простатит може бути продовженням гострого, але частіше виникає непомітно, малосимптомно без попередньої фази гострого запалення. Хламідії попадають у передміхурову залозу каналікулярно у 45,7-75% випадків, гематогенно у 3-12%, лімфогенно у 8-17%. Лімфогенний шлях поширення через лімфатичне сплетіння Паніцу пояснює розвиток простатиту у пацієнтів із запаленням тільки переднього відділу уретри. Уретрит ускладнювався простатитом у 40,9% пацієнтів, серед яких катаральним простатитом страждали 59,1%, фолікулярним – 2,4% і паренхіматозним – 38,5% [11, 12]. Скарги хворих на хламідійний простатит не відрізняються патогномонічністю. Загальні зміни (слабкість, стомлюваність, порушення сну, нервованість, нав'язливі стани, підвищення температури тіла) відзначаються у 5,2-28,2% хворих, місцеві (лейкоцитарна реакція секрету залози, зміна її форми, розміру, консистенції, болючість, порушення сечовипускання) - у 0,9-95%, функціональні (зміни ерекції, еякуляції і еякуляту, оргазму, лібідо) - у 4,5-51,7% [12, 14].

При несвоєчасному лікуванні простатиту можливий розвиток ускладнень (порушення копулятивної і генеративної функції, дизурія, психоневрологічні зміни, больовий синдром), частота і виразність котрих звичайно залежить від терміну захворювання (при тривалості хвороби більш 5 років порушення копулятивної функції зустрічаються в 6-10 разів частіше, ніж при тривалості захворювання 2-5 років). При наявності больового синдрому у хворих на простатит частота генітального больового синдрому складає 30,7%; екстрагенітального – 25,8%; змішаного – 36,1%; тазової симпаталгії – 7,4%. Порушення сечовипускання відзначені у 8,9-79,3% [12, 14].

Везикуліт (сперматоцистит) досить часто супроводжує простатит. Розрізняють гострий і хронічний везикуліт; одно- і двосторонній; катаральний, інфільтративний, емпієму сім'яного міхурця і паравезикуліт. Для уrogenітального хламідіозу характерний хронічний двосторонній сперматоцистит. За деякими даними, гострий везикуліт зустрічається у 2,6% пацієнтів, хронічний – у 97,4%. Хронічний сперматоцистит може бути наслідком перенесеного гострого, але значно частіше виникає як супутня патологія при простатиті, задньому уретриті і т.д. [1, 11, 12].

Епідидиміт – друге по частоті ускладнення уrogenітального хламідіозу, за даними деяких авторів, зустрічається у 6,3-90,6% хворих. У залежності від вірулентності збудника може перебігати гостро, підгостро і, значно частіше, хронічно. Двосторонній епідидиміт, найчастіше при хронічному плинні хламідіозу, дає обтураційну аспермію у 60%. При цьому виразність порушень сперматогенезу знаходиться в прямій залежності від давнини захворювання [1, 11, 12].

Орхіт розвивається при попаданні хламідій у яечко, а оскільки найчастіше вони проникають туди через придаток, захворювання перебігає звичайно у формі орхоепідидиміту. Можливий гострий

початок захворювання, але значно частіше процес є хронічним. Це ускладнення урогенітального хламідіозу зареєстроване у 66% пацієнтів [1, 11, 12].

У жінок при ураженні нижніх відділів сечостатевої системи клінічний плин хламідіозу найчастіше малосимптомний або безсимптомний. Первинно ці пацієнтки звичайно звертаються до гінеколога, тому що не зв'язують порушення свого стану з захворюванням, що передається статевим шляхом. Виникнення уретриту при хламідіозі зареєстроване у 28% жінок. При цьому характерним є хронічний плин запального процесу. Виділення з геніталій і свербіж відзначали 76,1% жінок, тільки виділення – 39,8%, почуття важкості в надлобковій області – 21,2%. В основному виділення з уретри з'являються при загостренні захворювання, вони звичайно убогі, найчастіше слизового характеру і виявляються після масажу сечовипускного каналу. Під час уретроскопії часто виявляються м'які інфільтрати на різних стадіях розвитку, може змінюватися складчастість слизової оболонки [11, 12].

У запальний процес можуть утягуватися пристінок піхви, парауретральні і бартолінові залози. Розвиток хламідійного кольпіту зареєстрований у 21,8% пацієнток, в основному зі зміненим гормональним статусом (найчастіше при вагітності). Плин звичайно хронічний. Кольпіт частіше є вторинним, супроводжує ендocerвіцит, і розвивається внаслідок мацерації виділеннями з цервікального каналу слизової оболонки піхви [1, 11, 12].

Хламідійний ендocerвіцит – найбільш часта форма плину цього захворювання у жінок, зустрічається у 30,5-94,9% пацієнток. Перебіг може бути гострим (37%), підгострим (18,3%), хронічним (39,6%) і безсимптомним при персистенції захворювання. Виділення із цервікального каналу можуть мацерувати і викликати злущування епітелію шийки

матки з наступним утворенням її ерозії [12].

При висхідному поширенні інфекції в запальний процес утягуються внутрішні статеві органи. Будь-яких типових ознак для хламідіозу при цьому в літературі не описано, ступінь виразності клінічних проявів залежить від вірулентності збудника, гостроти запального процесу. При попаданні хламідій у порожнину матки розвивається ендометрит, у матковій труби – сальпінгіт, у яєчники – оофорит. Частіше сальпінгіт сполучається із запаленням яєчників у вигляді сальпінгоофориту. За даними ряду авторів, у 16-69,5% хворих із запальним ураженням придатків матки аднексит має хламідійну етіологію [12]. Серед різних причин безплідності у жінок трубна форма є найбільш розповсюдженою (20-74%), причому непрохідність маткових труб розвивається у 57,7% [12]. Плин захворювання може бути гострим, підгострим і, значно частіше, хронічним. При поширенні запального процесу через черевний отвір маткових труб або через їх стінку може розвиватися запалення очеревини – перитоніт [1, 11, 12]. У жінок із хронічним урогенітальним хламідіозом у 3% випадків може спостерігатися проктит, зв'язаний з урогенітальним джерелом інфікування. Він, як правило, має безсимптомний перебіг [12]. При висхідному поширенні патологічного процесу по сечостатевих шляхах можуть уражатися слизова оболонка сечового міхура і, навіть, ниркових балій. При вагітності спостерігається схильність до піелонефриту (у 20,4% вагітних, хворих на урогенітальний хламідіоз розвивається піелонефрит).

Висновок. Таким чином, урогенітальний хламідіоз може викликати важкі ускладнення, що заподіюють значні страждання і призводять до безплідності, що серйозно погіршує якість життя і має негативні психологічні та соціальні наслідки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айзятулов Р.Ф. Сексуально-трансмиссивные заболевания (этиология, клиника, диагностика, лечение): Иллюстрированное руководство.-Донецк: Каштан, 2004.-400с.
2. Андреева Н.Ю. Активное выявление заболеваний, передаваемых половым путем при всех видах профилактических обследований в Москве// Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем и болезней кожи. Тезисы докладов научно-практической конференции. Москва.-22-23 октября 1997г.- М., 1997.-С.129-130.
3. Ахметова Л.И., Черепанова Э.Г. Урогенитальный хламидиоз: выявляемость среди обследуемых контингентов за 1994 год //Сб. науч. тр. Уральского НИИ дерматовенер.: Актуальные вопросы дерматологии и венерологии.-Екатеринбург, 1995.-С.29-33.
4. Бухарович М.Н., Ревунов В.П. Комбинированная этиологическая и патогенетическая терапия урогенитальных уреоплазменно-хламидийно-гонококковых инфекций у мужчин // Антибиотики и химиотерапия.-1991.-Т.36, №2.-С.39-41.
5. Герасимова Н.М., Глазкова Л.К. Основные механизмы патогенетического взаимодействия возбудителя и организма больных при хламидиозе и обоснование патогенетической терапии //Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем и болезней кожи. Тезисы докладов научно-практической конференции. Москва, 22-23 октября 1997г.- М., 1997.-С.146-147.
6. Глухенький Б.Т., Бойко Ю.А., Гаврилюк О.В., Бойко С.Ю., Глухенька А.Б. Імуномодуюча терапія хворих на урогенітальний хламідіоз з урахуванням персистуючих форм хламідій // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. - 2000.- №2 (3).- С.191-193.
7. Дюдюн А.Д., Федоров В.П., Полион Н.Н., Франкенберг А.А. Лечение больных урогенитальным хламидиозом вильпрафеном (джозамицином) //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. Научно – практический журнал.-Днепропетровск, «Новая идеология» -№2 (3).-2000.-С.216-218.
8. Коляденко В.Г., Руденко А.В., Раздайбедин С.Н. и др. Лабораторная диагностика хламидийной инфекции мужских половых органов //Дерматология и венерология.-Киев, 1989.-вып.24.-С.82-86.
9. Мавров Г.И. Нарушения репродуктивной функции у больных урогенитальным хламидиозом и уреоплазмозом //Вест. дерматологии и венерологии.-№11.-1991.-С.72-75.
10. Мавров Г.И. Урогенитальные инфекции (хламидиоз, уреоплазмоз) и бесплодие (методические указания для врачей-интернов дерматовенерологов, акушеров-гинекологов и урологов) // Зб. організаційно-методичних, лікувально-профілактичних і офіційних матеріалів по боротьбі із захворюваннями, що передаються статевим шляхом. Під ред. Р.В.Богатирьової.- Київ-Харків: «ФАКТ», 1999.-С.409-417.
11. Ориэл Дж. Д., Риджуэй Дж. Л. Хламидиоз: пер. с англ.-М., «Медицина».-1984.
12. Шаткин А.А., Мавров И.И. Урогенитальные хламидиозы.-Киев.-1983.-200с.
13. Шупенько Н.М., Федорич П.В., Коган Б.В., Струць С.В. Вильпрафен (джозамицин) в комплексном лечении урогенитального хламидиоза.// Дерматовенерология, косметология, сексопатология. Научно – практический журнал.-Днепропетровск, «Новая идеология».-№2(3).-2000.-С.212-215.
14. Юнда И.Ф. Болезни мужских половых органов. Киев, 1989.-270с.
15. Askienazy-Elbhar M. Detection of antichlamydia trachomatis (CT) secretory Ig A (sIg A) in genital fluids. Comparison of ELISA and IFA //IV th World Congr. Infect. Immunol. Dis. Obstet. Gynecol. & Infect. Dis. Urol. Dermatol. – Oct. 29-Nov. 5, 1995.-P. 34.
16. Dieterle S., Mahony J.B., Luinstra K.E., Stibbe W. Chlamydial immunoglobulin Ig G and Ig A antibodies in serum and semen are not associated with the presence of Chlamydia trachomatis DNA or rRNA in semen from male partners of infertile couples// Hum. Reprod.-1995.-Feb. 10(2).-P. 315-319.

17. Dolivo M., Askienaza-Elbhar M., Jardina A., Izard V., Aurox M., Soufir J.S., Kunstmann J.N., Henry-Suchet J. Value of anti C. Trachomatis seminal Ig A antibodies (CT – Ig A) as a clinical marker for patients attending a urologic consultation// IVth World Congr. Infect. Immunol. Dis. Obstet. Gynecol. & Infect. Dis. Urol. Dermatol. – Oct. 29-Nov. 5, 1995.-Marbella, Spain. Progr. & Abstr., 1995.-P. 134.
18. Jondal M., Holen G., Wigrell H. Surface markers on human T and B lymphocytes I.A. large population of lymphocytes forming nonimmune rosettes with sheep red blood cells //J. Exp. Med.-1972.-V.136.-P.207-215.
19. Oakeshott P., Kerry S., Hay S., Hay P. Opportunistic screening for chlamydial infection at time of cervical smear testing in general practice: prevalence study //BMJ 1998 Jan 31;316(7128).- P.351-2.
20. Rietmeijer C.A., Yamaguchi K.J., Ortiz C.G., Montstream S.A., LeRoux T., Ehret J.M., Judson F.N., Douglas J.M. Feasibility and yield of screening urine for Chlamydia trachomatis by polymerase chain reaction among high-risk male youth in field-based and other nonclinic settings. A new strategy for sexually transmitted disease control //Sex.-Transm.-Dis. 1997 Aug; 24(7).- P. 429-35.
21. Ruggao S., Sirirungsi W., Vannareumol P., Leechanachai P., Wongtrangarn S., Niyomka P., Luangsuk P., Thanuthum-jaroen W., Mahaprom S., Chandrawongse W. Isolation of Chlamydia trachomatis among women with symptoms of lower genital tract infection //J. Med. Assoc. Thai 1993 Sep;76(9).- P.475-481.
22. Schacher J. The Chlamydia epidemic – its scope and prospects for control //IVth World Congr. ESI-DOG & Infect. Dis. Urol. Dermatol.-Oct. 29 – Nov 5.-1995.-Marbella, Spain.
23. Whittum-Hudson J.A., An L.L., Saltzman W.M., Prendergast R.A., MacDonald A.B. Oral immunization with an anti-idiotypic antibody to the exoglycolipid antigen protects against experimental Chlamydia trachomatis infection //Nat. Med. 1996 Oct;2(10), P.1116-21.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И СОСТОЯНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

Р.Ф.Айзятулов, С.В.Центило, В.В.Юхименко, Н.В.Ермилова

В статье дан анализ эпидемиологии, клинического течения урогенитального хламидиоза у мужчин и женщин, а также нарушений иммунологической реактивности у больных урогенитальным хламидиозом. При анализе клиники урогенитального хламидиоза уделено внимание жалобам пациентов, проявлениям заболевания у мужчин и женщин, разнообразным осложнениям. Была показана связь между воспалительными изменениями в гениталиях и нарушениями иммунологической реактивности организма больных.

FEATURES OF EPIDEMIOLOGY, CLINIC AND IMMUNOLOGY STATUS AT THE PATIENTS WITH UROGENITAL CHLAMYDIOSIS

R.F.Aizjatulov, S.V.Tsentilo, V.V.Yukhymenko, N.V.Yermilova

In the article was given the analysis of epidemiology, clinic of urogenital chlamydia at men and women, and also violations of immunology status at the patients with of urogenital chlamydia. In the analysis of clinic of urogenital chlamydia, was given attention to the complaints of patients, manifestations of disease at men and women, diverse complications. Was shown the connection between inflammatory changes in genitals and violations of immunology status of an organism of the patients.