



## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ПРОБЛЕМЫ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

**Охунжонова Камола Хошимжон қизи<sup>1</sup>**

Ташкентская медицинская академия Студент 2-курса, лечебного факультета, +998908172070, Okhunjonova1@icloud.com,

**Абдуллаев Улуғбек Мейлик ўғли<sup>2</sup>**

Ташкенткая медицинская академия, Стр.преподаватель +998974779688, Ulugbekman01@mail.ru,

**Джураева Зулфия Баратовна<sup>3</sup>**

Ташкенткася медицинская академия, Стр.преподаватель +998900516550, zulya-djuraeva@mail.ru,

**Низомова Парвина Фирдавсовна<sup>4</sup>**

Ташкентская Медицинская Академия, Студент 2-курса, лечебного факультета, +998971873663, N\_pari03@icloud.com.

<https://www.doi.org/10.37547/ejar-v03-i02-p4-139>

### ARTICLE INFO

Received: 13<sup>th</sup> February 2023

Accepted: 22<sup>th</sup> February 2023

Online: 23<sup>th</sup> February 2023

### KEY WORDS

Хламидиоз, уретрит, урогенитальные инфекции.

### ABSTRACT

*Бактериальные уретриты на сегодняшний день являются причиной возникновения целого ряда патологических состояний, а именно: бесплодия, эктопической беременности, неонатальной патологии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире до 90 млн человек заболевают урогенитальным хламидиозом (УГХ). Урогенитальная хламидийная инфекция широко распространена среди молодежи. Пик заболеваемости УГХ приходится на возраст 15-25 лет. В настоящее время во всем мире отмечается тенденция к повышению заболеваемости хламидиозом, особенно среди молодых женщин, только что вступивших в период половой активности. В отсутствие адекватного лечения урогенитального хламидиоза у 40% женщин развиваются воспалительные заболевания органов малого таза, и у каждой четвертой из них – бесплодие.*

Урогенитальный хламидиоз – наиболее распространённая инфекция, которая передаётся половым путём и остается актуальной в связи с ростом заболеваемости в репродуктивном возрасте и частой хронизацией инфекции. Немаловажным является и возможность развития персистентной хламидийной инфекции. Ее причинами могут быть: лечение препаратами, малоактивными в отношении хламидий, субтерапевтические дозы антибиотиков, а также низкие концентрации  $\gamma$ -интерферона и его индукторов.

Ежегодно в мире регистрируется более 250 млн. новых случаев генитальных инфекций, в котором первое место по частоте заболеваемости и вызываемым



осложнениям занимает хламидиоз. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире до 90 млн человек заболевают урогенитальным хламидиозом (УГХ). Урогенитальная хламидийная инфекция широко распространена среди молодежи. Пик заболеваемости УГХ приходится на возраст 15-25 лет. В настоящее время во всем мире отмечается тенденция к повышению заболеваемости хламидиозом, особенно среди молодых женщин, только что вступивших в период половой активности. В отсутствие адекватного лечения урогенитального хламидиоза у 40% женщин развиваются воспалительные заболевания органов малого таза, и у каждой четвертой из них – бесплодие. По данным ВОЗ хламидии выделяют: до 80% у больных с негонорейными и постгонорейными уретритами; до 50-70% у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий. Урогенитальный хламидиоз – инфекционное заболевание, передающееся половым путем, вызываемое хламидиями. *Chlamidia trachomatis* является грамотрицательным микроорганизмом, способным вызывать разнообразные заболевания, поражающие ряд органов, в том числе и мочеполовые. Инфицируя эпителий слизистых оболочек, хламидии вызывают их воспаление. Эти заболевания имеют тенденцию к хроническому течению с развитием многочисленных осложнений. Возможны также малосимптомные и бессимптомные формы, которые представляют большие сложности в диагностике. Среди всего спектра заболеваний, ассоциированных с *Chlamidia trachomatis*, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), приобрели особое значение, так как поражают людей в период наибольшей половой активности, приводя к серьезным и порой необратимым последствиям, таким как бесплодие, эктопическая беременность, неонатальная патология. Клинические проявления бывают различными, так как в урогенитальном тракте *Chlamidia trachomatis* может быть ассоциирована с любыми патогенными и условно-патогенными микроорганизмами. Возбудитель хламидиоза может персистировать в организме в течение десятилетий или всей жизни, сохраняя патогенные свойства. Персистенция возбудителя приводит к развитию патологических изменений в мочеполовой системе. Кроме того, *Chlamydia trachomatis* является кофактором в передаче ВИЧ-инфекции. Хламидии являются причиной более 20 клинических синдромов и патологических состояний человека. Этиологическим агентом у 25-59% мужчин, больных негонококковыми уретритами, является *S. trachomatis*. Постгонорейные уретриты имеют хламидийную этиологию в 70-76% случаев. *Chlamydia trachomatis* может ассоциироваться с влагалищной трихомонадой, гонококком, а также с другими патогенными микроорганизмами. В 42-52% случаев хламидийного уретрита у мужчин выделяется *U. urealyticum*, и в 50-69% случаев – при хламидийном цервиците. *S. trachomatis* выявляется у 19,5% женщин с бактериальным вагинозом. У 26% больных сифилисом выявляется сопутствующая урогенитальная хламидийная инфекция. В 28-40% наблюдений хламидии обнаруживают у больных трихомонозом, в 20-71% – у больных гонореей. Хламидийный уретрит нередко осложняется восходящим воспалительным процессом, являясь причиной 21-46% хронических простатитов



На ультраструктурном уровне была показана возможность хламидий прикрепляться к головке, шейке и проксимальной части талии сперматозоидов. Эти исследования объясняют роль сперматозоидов как переносчиков хламидийной инфекции в матку, маточные трубы и брюшную полость. В литературе описаны контактный и вертикальный механизмы передачи возбудителя хламидиоза. Контактный механизм реализуется половым путем при генитально-генитальных, генитально-анальных и орально-генитальных контактах, и неполовым путем - бытовое заражение у девочек. Вертикальный механизм реализуется при антенатальном заражении - через плаценту и интранатально - в родах. К факторам риска урогенитального хламидиоза относят: молодой возраст женщин, в связи с физиологической эктопией шейки матки, эндоцервикоз, низкий социально-экономический статус, большое количество половых партнеров, прием оральных контрацептивов, особенно с высоким содержанием эстрогенов, другие ИППП. У беременных факторами риска являются: возраст менее 20 лет, беременность вне брака, другие ИППП, слизисто-гнойный цервицит, пиурия при отсутствии бактериурии, поздняя явка в женскую консультацию, негонококковый уретрит полового партнера. Урогенитальный хламидиоз у женщин имеет первично-хроническое течение, множественные очаги поражения, включая уретру, цервикальный канал, органы малого таза. Наблюдается выраженное несоответствие между тяжелыми деструктивными изменениями внутренних половых органов и умеренно выраженной симптоматикой. У беременных хламидии локализуются в цервикальном канале, эндометрии, трубах, нередко инфицируют децидуальные оболочки, вызывают хориоамнионит. Данное заболевание нередко приводит к послеродовым осложнениям - субинволюция матки, длительная лихорадка, эндометрит. Восходящая хламидийная инфекция чаще всего распространяется каналикулярно, т.е. через цервикальный канал, полость матки, маточные трубы на брюшину и органы брюшной полости; лимфогенно; гематогенно, о чем говорят экстрагенитальные поражения; через внутриматочные спирали и внутриматочные вмешательства. В распространении хламидий могут участвовать трихомонады и сперматозоиды. Термин «восходящая хламидийная инфекция» относится к поражению слизистой оболочки матки, труб, яичников, околоматочных связок, брюшины, капсулы печени. Хламидийный сальпингит - наиболее частое проявление этой инфекции. В первую очередь поражается слизистая оболочка труб: нарушается целостность эпителия, появляется ригидность труб, нарушается их правильная перистальтика. У мужчин хламидийная инфекция нередко бывает субклинической, обычно наблюдается в виде малосимптомного воспаления мочеиспускательного канала, продолжающегося несколько месяцев. При остром процессе клиническая картина мало отличается от гонококкового поражения. Клинические проявления хронического процесса зависят от степени вовлечения в воспалительный процесс мочеполовой системы. Так наряду с уретритом могут наблюдаться симптомы простатита, везикулита, орхоэпидидимита, фуникулита. Окончательный диагноз хламидийной инфекции ставят после обнаружения возбудителя. Важно, что частота обнаружения хламидий зависит от правильности



взятия материала, его доставки в лабораторию, кратности обследования, клинической формы и давности инфекции [18]. Лечение хронического уrogenитального хламидиоза должно быть своевременным и адекватным. Препаратами выбора при лечении данного заболевания традиционно являются доксициклин и джозамицин – они одинаково эффективны при лечении уrogenитального хламидиоза, однако под влиянием джозамицина увеличивается активность Т-лимфоцитов, вырабатывающих  $\gamma$ -интерферон, и, соответственно, повышается уровень этого цитокина в крови, что может препятствовать развитию персистентной инфекции. Во многих случаях терапия бывает мало или неэффективна, т.е. не приводит к элиминации возбудителя. Это обусловлено несколькими факторами: отмечается увеличение количества микроорганизмов, устойчивых к антибактериальным препаратам; также наблюдаются патологические изменения как в клеточном, так и гуморальном звеньях иммунитета, индуцируемые хламидиями. Поэтому при лечении хронического уrogenитального хламидиоза так важно применение иммуномодулирующих средств, как оказывающих действие на нейтрофильно-фагоцитарное и Т-клеточное звено иммунитета, так и способствующих индукции эндогенного интерферона (ИФН).

**Выводы:** таким образом, частота обнаружения хламидий зависит от правильности взятия материала, его доставки в лабораторию, кратности обследования, клинической формы и давности инфекции. Лечение хронического уrogenитального хламидиоза должно быть своевременным и адекватным.

## References:

1. Андрашко, Ю.В. Пульс-терапия – рациональный подход к лечению хронического уrogenитального хламидиоза /Ю.В. Андрашко, О.М. Галагурич, С.В. Пушкаренко // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. – 2007. – №1. – С. 77-80.
2. Баткаев, Э.А. Современные проблемы венерологии /Э.А. Баткаев, Д.В. Рюмин // Российский журнал кожных и венерологических болезней. – 2009. – №2. – С.45-52.
3. Глазкова Л.К. Практические аспекты персистентной хламидийной инфекции // Венеролог. – 2005. – №2. – С. 4-12.
4. Глазкова Л.К. Уrogenитальный хламидиоз. Современный взгляд на проблему // Медицинская наука и практика. – 2004. – №4. – С. 20-22.
5. Довлетханова Э.Р. Возможность применения иммуномодуляторов в комплексном лечении ВЗОМТ // Медицинский совет. – 2012. – № 12. – С. 84-87.
6. Егорова, Е.С. Экономические аспекты лечения уrogenитального хламидиоза / Е.С. Егорова, Л.Б. Оконенко // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2010. – №4. – С. 379-382.
7. Иммунология инфекционного процесса / Под ред. В.И. Покровского и др. – М., 1994. – 306с.
8. Клинико-иммунологическое обоснование интерферонотерапии при хроническом бактериальном простатите / А.А. Камалов [и др.] // Урология. – 2010. – №1. – С. 34-38.
9. Комплексная терапия хронического уrogenитального хламидиоза с использованием индуктора эндогенных интерферонов тилорона («Лавомакса») / Г.М. Бондаренко [и др.] // Дерматология та венерология. – 2010. – № 4 (50). – С. 47-55.



10. Мавров, Г.И. Оптимизация лечения больных хроническим урогенитальным хламидиозом/ Г.И. Мавров, Л.В. Иващенко // Дерматология та венерология. – 2012. – № 4 (58). – С. 81-89.
11. Мавров, Г.И. Особенности применения азитромицина («Сумамед») в лечении хронического урогенитального хламидиоза / Г.И. Мавров, Г.П. Чинов, Ю.В. Щербакова // Укр. журн. дерматол. венерол. косметол. – 2010. – №1 (36). – С. 97-100.
12. Мавров Г.И. Хламидийные инфекции: биология возбудителей, патогенез. Клиника, диагностика, лечение, профилактика: монография. – Киев, 2005. – 524с.
13. Мавров И.И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии: пособие для врачей, интернов и студентов. – Харьков: Факт, 2007. – 792 с.
14. Малова, И.О. Урогенитальный хламидиоз у женщин репродуктивного возраста: рациональный подход к терапии / И.О. Малова, И.А. Сидорова, Н.Н. Шеломенцева // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2013. – Т. 117, № 2. – С. 46-50.
15. Молочков, В.А. Современные подходы к лечению урогенитального хламидиоза/ В.А. Молочков, В.И. Кисина, Е.В. Ширшова // Врач. – 2006. – №2. – С.11-15.
16. Нестеров И.М. Эффективность 5% линимента циклоферона в терапии вагинальных инфекций и дисбиозов // Трудный пациент. – 2009. – Т.7, №8-9. – С. 17-20.
17. Основные статистические показатели заболеваемости всего населения по регионам России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mednet.ru/ru/statistika/zabolevaemostnaseleniya.html>.
18. Прилепская, В.Н. Хламидийная инфекция в гинекологии / В.Н. Прилепская, Н.И. Кондриков, Л.А. Устюжанина // Акушерство и гинекология. – 1998. – №4. – С.11-14.
19. РЛС – Энциклопедия лекарств / Под ред. Г. Л. Вышковского. – М. : ЛИБРОФАРМ, 2011. – 1368 с.
20. Свистунов А.А. Об эффективности иммунотерапии осложненного урогенитального хламидиоза // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2005. – №2. – С. 42-49.