

УДК 618.12-089.86 – 618.312 (575.2) (04)

ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ФАКТОРА БЕСПЛОДИЯ

Т.А. Сарымсакова – канд. мед наук,

А.С. Турдиева – аспирант,

О.Ю. Вотнинова – аспирант

Хламидийная инфекция относится к инфекциям, передающимся половым путем. Данная инфекция в силу своего особого латентного течения может приводить к опасным последствиям, таким, как, например, трубно-перитонеальное бесплодие.

Ключевые слова: инфекция; бесплодие; хламидиоз.

Хламидиозы – группа инфекционных заболеваний, вызывающих широкий спектр разнообразных патологий у более чем полумиллиарда человек по всему миру. По оценке ВОЗ, среди заболеваний, передающихся половым путем, урогенитальный хламидиоз занимает второе место по частоте после трихомонадных инфекций. Более 90 млн. новых случаев инфицирования *S.trachomatis* происходит ежегодно в мире, а экономический ущерб составляет миллиарды долларов [1–4].

Большую опасность представляют хламидийные инфекции у женщин. Они не только вызывают тяжело протекающую патологию нижнего отдела мочеполового тракта, но нередко сопровождаются развитием восходящей и диссеминированной инфекции, возникновением воспалительных заболеваний органов малого таза, развитием бесплодия, инфицированием половых партнеров [2, 4–6].

Хламидийный сальпингит – наиболее частое проявление этой инфекции. Особенностью таких сальпингитов является их длительное, подострое, стертое течение без склонности к “утяжелению” с отсутствием выраженного (I–II степени) спаечного процесса в области органов малого таза. При морфологическом исследовании маточных труб было показано, что при хламидийных сальпингитах в первую очередь поражается слизистая оболочка. Трубные складки набухают, нарушается целостность эпителия, появляется ригидность труб, нарушается их перистальтика. В результате происходит уплотнение их стенок, края трубных складок слипаются, приводя к облитерации. Наиболее опасным их осложнением является бесплодие. Частота возникновения бесплодия находится в прямой за-

висимости от длительности, кратности обострений тазовых воспалительных заболеваний. При лапароскопическом исследовании выявлено, что маточные трубы у пациенток, страдающих хламидиозом, непроходимы в 71% случаев. Таким образом, хламидии преимущественно поражают слизистую оболочку маточных труб, вызывают их облитерацию [4–7].

Диагностика *S.trachomatis* осуществляется с помощью иммунофлюоресценции (ПИФ и нПИФ), культуры клеток, молекулярно-биологического (ПЦР, ЛЦР, SDA и др.) и иммуноферментного анализов. Цитологические исследования, широко применяемые ранее, не обладают высокой чувствительностью при детекции возбудителя в мочеполовых органах и в настоящее время имеют лишь историческое значение. Диагностика хламидиоза базируется на применении не менее двух методов исследования: ПИФ/нПИФ с культурой клеток или ПЦР. В качестве отборочных (скрининговых) методик могут быть, при отсутствии централизованных лабораторий, использованы иммунохроматографический и фермент-специфический тесты. Результаты широко применяемых методов ИФА при хламидиозе следует сопоставлять с клиническими проявлениями и желателно проводить исследования парных сывороток с интервалом в 2–3 нед. Эта методика может применяться для измерения уровня антихламидийных IgG в семенной плазме, однако ее результаты носят преимущественно информативное, дополнительное значение в отсутствие культуральных исследований и ПЦР-анализа. Об этиологической излеченности свидетельствует отсутствие возбудителя в культуре клеток или в ПЦР-анализе не ранее 1–1,5 мес. после окончания терапии.

Цель нашей работы – выявить роль *S.trachomatis* у женщин с бесплодием.

Под наблюдением находилось 70 женщин, поступивших в отделение гинекологии базовой клиники КРСУ, 40 из которых были прооперированы по поводу трубной беременности в экстренном порядке (I группа), 30 – проводили пластику маточных труб в плановом порядке (II группа). Возраст женщин I группы исследованных составил в среднем 31,7±3,6 лет и варьировал от 19 до 37 лет. Возраст женщин II группы – в среднем 35,4±0,9 лет, варьировал от 28 до 43 лет. Длительность бесплодия в данной группе составила 6,1±0,6 лет и варьировала в пределах от 2 до 15 лет.

Всем пациенткам, поступившим в плановом порядке, проведено обследование: общеклинические анализы крови, мочи, мазок на урогенитальную инфекцию, мазок на флору, ПЦР и ИФА-диагностика *S.trachomatis*, *Ur.urealiticum*, *M.hominis*, *M.genitalium*, *T.vaginalis*, реакцию Вассермана (RW), ВИЧ-крови, группу крови и Rh-фактор, ультразвуковое исследование органов малого таза, рентген легких, электрокардиограмма и гистеросальпингография (ГСГ).

При экстренном поступлении – RW-крови, ВИЧ-крови, группа крови и Rh-фактор, которые выполнялись до оперативного лечения. Мазки на урогенитальную инфекцию, флору, ПЦР и ИФА-диагностику *S.trachomatis*, *Ur.urealiticum*, *M.hominis*, *M.genitalium*, *T.vaginalis* брали после оперативного вмешательства.

В общеклинических анализах пациенток I группы в 85,2% случаев выявлена анемия. По данным мазков на флору и УГИ (ПИФ/ЛЦР) воспалительный процесс выявлен в 100% случаев. При этом преобладала микстинфекция. Наиболее часто обнаруживалась комбинация микроорганизмов *S.trachomatis* + *Ur.urealiticum* + *T.vaginalis*, которая выявлена в 53,3% случаев. При ИФА-диагностике выявлено, что антихламидийные антитела представлены иммуноглобулинами класса А.

Во II группе женщин в общеклинических анализах патологии не выявлено. По данным мазков на флору – воспалительный процесс вызван грибами рода *Candida* у 23,3% женщин, ПИФ на инфекции *S.trachomatis* – у 56,7% женщин, антихламидийные антитела в ИФА были представлены иммуноглобулинами класса G. По данным гистеросальпингографии, в 85% случаев у женщин отмечались нарушения проходимости маточных труб в виде сактосальпинкса и в 15% случаев – гидросальпинкс.

Всем женщинам в послеоперационном периоде проведена адекватная антибактериальная, рассасывающая терапия.

Таким образом, использование ПЦР/ПИФ-диагностики образцов, полученных из цервикального канала шейки матки и уретры, актуально при лабораторном обследовании больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ), так как данный анализ более часто выявляет наличие инфекционного процесса, вызванного *S.trachomatis*, что подтверждается ИФА-диагностикой с уточнением стадии процесса. Регистрация антител иммуноглобулина класса А отмечается чаще при внематочной беременности, чем у пациенток с пластикой маточных труб. Это может свидетельствовать о более остром течении хламидийной инфекции у пациенток в I группе. Отмечены более высокие уровни видоспецифических антител класса G у пациенток II группы по сравнению с пациентками I группы, что может свидетельствовать о хронизации инфекции и/или вялотекущем процессе, возможно связанном с неадекватной антибактериальной терапией или ее отсутствием в прошлом.

Полученные нами данные свидетельствуют, что хламидийная и микстинфекция повышают риск возникновения внематочной беременности, а в последующем приводят к трубноперитонеальной форме бесплодия.

Литература

1. Манзенюк И.Н., Воробьева М.С. Хламидиоз. Клиника, диагностика, лечение. – М., 1996.
2. Кротов С.А., Кротова В.А., Юрьев С.Ю. Хламидиозы: эпидемиология, характеристика возбудителя, методы лабораторной диагностики, лечение генитального хламидиоза. – Кольцово, 1997.
3. Black C.M. Current Methods of laboratory Diagnosis of Chlamydia trachomatis infections, Clinical Microbiology Reviews. – Jan, 1997. – P. 160–184.
4. Dixon R.E., Hwang S.J. Chlamydia Infection Causes Loss of Pacemaker Cells and Inhibits Oocyte Transport in the Mouse // Oviduct. Biol Reprod. – 2009. – Т. 1. – №7. – P. 215–221.
5. Den Hartog J.E., Morre S.A., Land J.A. Chlamydia trachomatis – associated tubal factor subfertility // Human Reproductive Update. – 2006. – Т. 12. – №6. – P. 719–749.
6. Malik A, Jain S. Chlamydia trachomatis infection and female infertility // Indian J Med Res. – 2006. – №6. – P. 730–734.
7. Петрова Е.В. Внематочная беременность в современных условиях // Акуш. и гинек. – 2008. – №1. – С. 31–33.