

# Клинические проявления у больных хламидиозом, осложненным экскреторно-токсическим бесплодием

И.И. Горпинченко, Дж.Т. Иманов

Украинский институт сексологии и андрологии, г. Киев

**В статье описаны клинические проявления у мужчин, больных хламидиозом, осложненным экскреторно-токсическим бесплодием.**

**Ключевые слова:** хламидиоз, экскреторно-токсическое бесплодие, клинические проявления.

Урогенитальный хламидиоз (УГХ) часто сопровождается осложнениями, среди которых особое место занимает экскреторно-токсическое бесплодие (ЭТБ) у мужчин. Воспалительные заболевания половых органов и мочевыводящих путей, этиологическими агентами которых могут быть как патогенные, так и условно-патогенные микроорганизмы, являются одной из наиболее частых причин обращения пациентов к специалистам [1].

УГХ, возбудителем которого является *Chlamydia trachomatis*, имеет разнообразные клинические проявления. Особенностью течения урогенитальной хламидийной инфекции является отсутствие каких-либо специфических проявлений и выраженной клинической симптоматики с момента инфицирования [2].

Заболевание, как правило, протекает малосимптомно или асимптомно, что обусловлено своеобразием биологии *Chlamydia trachomatis*, – уникальностью их жизненного цикла и взаимодействия с клетками макроорганизма. Манифестные формы заболевания регистрируются только в том случае, когда имеет место ассоциированная инфекция, при этом именно ассоциант обуславливает развитие клинической картины инфекционного процесса и/или на фоне угнетения иммунного ответа со стороны макроорганизма. Поскольку с момента инфицирования заболевание протекает без субъективных клинических проявлений, то пациент, к сожалению, обращается к врачу чаще всего на стадии осложнений [3].

Хорошо известно, что заболевания, передаваемые половым путем, в том числе УГХ, редко протекают в виде моноинфекции, в большинстве случаев выделяются сопутствующие патогенные или условно-патогенные микроорганизмы, при этом в ассоциации патогенность каждого ассоцианта усиливается [4]. Учитывая данные факты, врачу в установлении диагноза, по-видимому, следует основываться на совокупности результатов клинико-лабораторных исследований, имеющихся на момент обследования, а не на факторе времени. Особое значение имеет установление клинического диагноза, включающего обязательное указание топикки поражения и наличия осложнений.

**Клинические проявления урогенитальной хламидийной инфекции у мужчин.** У мужчин хламидийная инфекция редко бывает субклинической. Как правило, она обычно протекает в виде легкого негонорейного «неспецифического» воспаления мочеиспускательного канала, продолжающегося несколько месяцев. В ряде случаев симптомы заболевания могут появляться поздно (через 3–4 нед после

заражения) и бывают выражены нерезко. При остром воспалении клиническая картина мало отличается от гонорейного заболевания. При хроническом процессе клинические проявления зависят от степени вовлечения в воспалительный процесс мочеполовой системы. Так, наряду с уретритом (передним или тотальным) с различной частотой могут отмечаться простатит, везикулит, орхоэпидидимит, фуникулит. Так как перенесенная хламидийная инфекция не вызывает стойкого иммунитета, возможны реинфекции, которые довольно часты в тех случаях, если лечится только один из сексуальных партнеров и продолжают незащищенные половые контакты [5].

У мужчин, страдающих хламидиозом мочеполовой системы, может нарушаться репродуктивная функция в виде нарушения сперматогенеза – олигоспермия I и II степени в 18% случаев, выраженная астеноспермия в 20% случаев, а в 16,1% – даже тератоспермия [6].

Острый хламидийный уретрит наблюдается только у 4% мужчин, в то время как у 25% он протекает подостро и у 74% – торпидно, малосимптомно. Не исключена возможность того, что при урогенитальной хламидийной инфекции может произойти генерализация процесса с вовлечением соседних органов. Так, если при гонорее осложнения возникают у 0,4% больных, то при хламидийном уретрите частота осложнений достигает 9% случаев. Уретриты нередко способствуют развитию экстрагенитальных осложнений – конъюнктивитов, полиартритов, полирадикулоневритов и т.д. [7].

Таким образом, клиническая характеристика хламидийных урогенитальных заболеваний у мужчин проявляется большим многообразием. Клиническая картина острого воспаления практически ни чем не отличается от клинической картины гонорей. При хроническом процессе клинические проявления зависят от степени вовлечения в воспалительный процесс мочеполовой системы.

Из других форм экстрагенитального хламидиоза внимание клиницистов привлекает синдром Рейтера. Он характеризуется триадой признаков: поражением мочеполовых органов, чаще всего уретритом (простатит), заболеванием глаз (конъюнктивит) и суставов (артрит) [7, 9].

Болезнь протекает с ремиссиями и повторными атаками. Хламидийная этиология заболевания подтверждается выявлением хламидий в 40–60% случаев в урогенитальном тракте и положительными серологическими реакциями в 60–80% случаев.

При синдроме Рейтера симптомы возникают последовательно. Вначале появляется уретрит, затем конъюнктивит. В некоторых случаях они могут возникать одновременно.

Заболевание глаз проявляется в виде слабовыраженного двустороннего конъюнктивита. Иногда конъюнктивит может сопровождаться эписклеритом или кератитом. В редких случаях конъюнктивит сочетается с иридоциклитом или задним увеитом.

Уретрит редко бывает острым, чаще наблюдается подострое или инapparантное течение со скудными выделениями и субъективными ощущениями. Длительность уретрита колеблется от нескольких месяцев до нескольких лет и, как правило, сопровождается простатитом. Хламидии могут быть выделены из мочеиспускательного канала и секрета предстательной железы. Хламидийный простатит характеризуется упорным течением и часто отсутствием симптомов. Синдром Рейтера может сопровождаться эпидидимитом, куперитом, циститом, пиелонефритом хламидийной этиологии.

Суставы поражаются не одновременно, а последовательно. Для синдрома Рейтера характерны множественные артриты. Моноартриты являются редкостью. Артриты начинаются остро или подостро, сопровождаются болезненностью, припухлостью тканей, ограничением подвижности сустава, лихорадкой [10].

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В медицинском центре «DoktorCanpoladKlinikasi» (Республика Азербайджан, г. Баку) проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение 236 пациентов с ЭТБ, вызванным инфекциями уrogenитального тракта. Возрастной диапазон пациентов составил от 20 до 43 лет, длительность заболевания от 1 до 9 лет. Группу исследования составили 87 больных с диагностированным (УГХ). Этиологическая диагностика хламидийной инфекции включала в себя ПЦР-обследование и ИФА-определение титров специфических антихламидийных Ig классов М, G.

**Критерии включения:** наличие информированного согласия больных на проведение лечебно-диагностических процедур, выполнение пациентами указаний врача относительно назначенного обследования и терапии, а также воздержание от незащищенных половых контактов на время исследования.

**Критерии исключения:** тяжелые сопутствующие заболевания (почечная и печеночная недостаточность, системные заболевания крови, онкологические болезни и т.д.), глубокие эндокринные нарушения и неадекватная сексуально-эякуляторная функция, а также серопозитивность в тестах на сифилис и ВИЧ-инфекцию, гонорея, прием антибактериальных и протистостатических препаратов перед обращением (в течение 1 мес). Предварительно исключали органическую патологию, которая могла бы вызвать бесплодие у исследуемых. Поскольку обнаружение инфекций при сниженном качестве спермы не означает отсутствия иных, неустановленных, в том числе генетических причин бесплодия, пациенты с первичным бесплодием были исключены из дальнейшего анализа.

При сборе жалоб выявляли клинические симптомы заболевания – оценивали болевой симптом, дизурию и копуля-

#### Характеристика предъявленных жалоб и клинических проявлений у больных с УГХ

Субъективные ощущения и клинические признаки	Количество больных, n (%)
Дискомфорт	22 (25,3)
Жжение	12 (13,8)
Учащенное мочеиспускание	4 (4,6)
Болевые ощущения	5 (5,7)
Выделения из мочеиспускательного канала	11 (12,6)
Гиперемия губок мочеиспускательного канала	6 (6,9)
Увеличение паховых лимфатических узлов	4 (4,6)

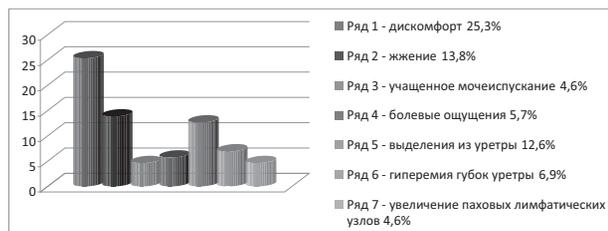


Рис. 1. Наличие субъективных ощущений и клинических проявлений у больных с УГХ (n=87)



Рис. 2. Распределение по топической вовлеченности урогенитального тракта в патологический процесс при УГХ (n=87)

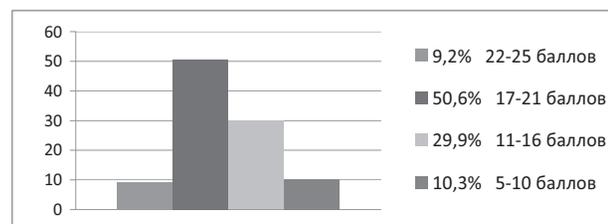


Рис. 3. Оценка степени копулятивных нарушений по МИЭФ при УГХ (n=87)

тивную дисфункцию (в том числе наличие и характер нарушений эякуляции), а также выявляли бессимптомное течение заболевания. Жалобы пациентов оценивали по комплексу симптомов.

Болевой симптомокомплекс – боль при пальпации предстательной железы, боль в промежности, над лобком, в паховой области, в области заднего прохода, в пояснице, по внутренней поверхности бедер, в половом члене, в мочеиспускательном канале, в яичках.

Сексуальный симптомокомплекс – боль при эрекции, боль при эякуляции, ослабление эрекции, преждевременная эякуляция, притупление оргазма, снижение полового влечения.

Дизурический симптомокомплекс – учащение мочеиспускания, рези, жжение, дискомфорт при мочеиспускании, императивные позывы.

Психологические факторы снижение работоспособности, депрессия, ожидание дальнейших осложнений.

Другие симптомы – простаторея, выделения из мочеиспускательного канала.

Также оценивали сексуально-эякуляторную функцию.

Для выявления и оценки степени копулятивных нарушений при воспалительных заболеваниях добавочных половых желез, обусловленных хламидийной инфекцией, использовали Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5).

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Группу исследования составили 87 больных с диагностированным УГХ.

УГХ характеризуется скудной клинической картиной, в 74,7% (65 мужчин) случаев отсутствуют клинические проявления. При анализе жалоб было выявлено, что наиболее часто больные (22 (25,3%)) чувствовали дискомфорт в области мочеполювых органов, несколько реже (у 12 (13,8%)) – жжение в мочеиспускательном канале. Учащенное мочеиспускание отмечено у 4 (4,6%) больных, ощущения в виде болезненных явлений в области наружных половых органов отмечались у 5 (5,7%) мужчин (таблица).

У больных наблюдались различные клинические проявления (см. таблицу). Среди клинических симптомов наиболее часто у 11 (12,6%) встречались слизистые выделения из мочеиспускательного канала, реже – у 6 (6,9%) больных наблюдалась эритема губок мочеиспускательного канала, у 4 (4,6%) больных пальпировались увеличенные паховые лимфатические узлы.

В большинстве случаев клиническая картина УГХ характеризовалась отсутствием выраженной симптоматики. Так как у одного и того же больного может быть одновременно несколько жалоб и клинических признаков, поэтому целесообразно представить данные в виде гистограммы, приведенной на рис. 1.

Поскольку имеются данные о возможном наличии осложнений при УГХ, которые нередко встречаются при длительном рецидивирующем течении заболевания, всем больным проводили дополнительное обследование урогенитального тракта с использованием инструментальных и лабораторных методов. По вовлеченности в патологический процесс урогенитального тракта больные с УГХ были распределены на две группы: с уретритом и уретропростатитом.

С уретритом было выявлено 13 (15%) мужчин, у которых УГХ протекал без вовлечения в патологический процесс предстательной железы. С уретропростатитом было выявлено 43 (50%) больных с УГХ, у которых были обнаружены воспалительные процессы в предстательной железе (рис. 2).

Для оценки степени копулятивных нарушений при воспалительных заболеваниях, обусловленных хламидийной инфекцией, использовали Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5). Из всех больных первой

группы с диагностированным УГХ у 8 (9,2%) пациентов МИЭФ составил от 22 до 25 баллов (норма), у 44 (50,6%) больных индекс составил 17–21 балл (легкая степень), у 26 (29,9%) мужчин 11–16 баллов (умеренная степень), у 9 (10,3%) мужчин 5–10 баллов (тяжелая степень) (рис. 3).

При остром воспалении клиническая картина мало отличается от гонококкового заболевания. При хроническом процессе клинические проявления зависят от степени вовлечения в воспалительный процесс мочеполювой системы. Кроме этого, при УГХ простатовезикулярный комплекс вовлекался в воспалительный процесс у 43 (50%) больных, у которых были обнаружены воспалительные процессы в предстательной железе.

Полученные результаты подтверждают, что УГХ характеризуется скудной клинической картиной. При УГХ в 74,7% (65 больных) случаев отсутствует клинические проявления. Симптомы хламидиоза неспецифичны и сходны с симптомами заболеваний, вызванных другими микроорганизмами, в том числе разными видами кокковой флоры, трихомонадами и другими возбудителями. Основными проявлениями хламидиоза являются незначительная боль в нижней части живота и боль во время мочеиспускания. А также у больных УГХ среди клинических симптомов наиболее часто – у 11 (12,6%) отмечались слизистые выделения из мочеиспускательного канала, реже – у 6 (6,9%) больных наблюдалась эритема губок мочеиспускательного канала.

## ВЫВОДЫ

1. Урогенитальный хламидиоз (УГХ) характеризуется скудной клинической картиной. При УГХ в 74% случаев отсутствуют клинические проявления.

2. У больных УГХ среди клинических симптомов наиболее часто – у 13% встречались слизистые выделения из мочеиспускательного канала, реже – у 7% больных наблюдалась эритема губок мочеиспускательного канала.

3. Простатовезикулярный комплекс вовлекался в воспалительный процесс у 50% больных УГХ, у которых были обнаружены воспалительные процессы в предстательной железе.

## Клінічні прояви у хворих на хламідіоз, ускладнений екскреторно-токсичним безпліддям

I.I. Gorpychenko, Дж.Т. Іманов

У статті описані клінічні прояви у чоловіків, хворих на хламідіоз, ускладнений екскреторно-токсичним безпліддям.

**Ключові слова:** хламідіоз, екскреторно-токсичне безпліддя, клінічні прояви.

## Clinical manifestations in patients with chlamydial infection, complicated by excretory-toxic infertility

I.I. Gorpychenko, J.T. Imanov

The article describes the clinical manifestations in patients (men) chlamydia, complicated by excretory-toxic infertility.

**Key words:** chlamydia, excretory-toxic infertility, clinical manifestations.

## Сведения об авторах

Горпинченко Игорь Иванович – Украинский Институт сексологии и андрологии, 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9А. E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Іманов Джанполад Теюф оглы – Украинский институт сексологии и андрологии, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9А; тел.: (+994) 557677214. E-mail: canpolad.imanov@mail.ru

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мавров Г.И. Контроль инфекций, передающихся половым путем, в Украине // Г.И. Мавров//Доктор. – 2005. – № 1 (27). – С. 10–14.
2. Мавров Г.И. Половые болезни: Рук-во для врачей, интернов и студентов / Харьков: Факт, 2002. – 789 с.
3. Мавров Г.И., Никитенко И.Н., Клетной А.Г. Проблема трихомониаза (современные подходы к диагностике, этиотропной и патогенетической терапии) / Дерматологія та венерологія. – 2003. – № 2 (20). – С. 7–11.
4. Рюмин Д.В. Особенности морфологии и поведенческих реакций Chlamydi atr. в ответ на воздействие лекарственных препаратами // Д.В. Рюмин, Н.И. Сич // Вестник последипломного медицинского образования. – 2009. – № 2. – С. 42–47.
5. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. – СПб.: Медиа Пресс, 1999. – 464. – С. 15.
6. Федотов В.П., Горбунцов В.В., Мамон А.А. Калькулезный простатит как фактор, осложняющий течение инфекций, передающихся половым путем, и их терапию // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2000. – № 1.
7. Quantitative ultramorphological analysis of human sperm: diagnosis and management of male infertility / V. Bartoov et al. // Arch.Androl. – 1999. – Vol. 42, № 3. – P. 161–177.
8. Ibbas M., Curnow A.W., Soll D. // Trends Biochem. Sci. – 1997. – Vol. 22. – P. 39–41.
9. Hsia R, Pannekoek Y., Ingerowski E., Bavoil P.M. // Mol. Microbiol. – 1997. – Vol. 25. – P. 351–360.
10. Hueck C.J. // Mol. Biol. Rev. – 1998. – Vol. 62. – P. 379–385.
11. Возіанов О.Ф. Демографічна криза в Україні і роль медичної науки в її подоланні // О.Ф. Возіанов//Журнал АМН України. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 409–410.

Статья поступила в редакцию 11.11.2013