УДК:618.1-002.2-02:579.853-07-08-037

Новий погляд на запальні захворювання статевих органів, спричинені *C.trachomatis*

М.О. Щербак
ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Представлено літературний огляд джерел стосовно поширеності, передумов виникнення, діагностики та лікування хронічних запальних захворювань органів малого таза (ХЗЗОМТ), спричинених хламідіями. Запальні захворювання статевих органів залишаються актуальною проблемою в умовах сьогодення. ХЗЗОМТ характеризуються латентнім перебігом, малою кількістю або ж взагалі відсутністю виражених клінічних ознак, складністю лабораторної діагностики, що призводять до їхнього розвитку та збільшення в популяції населення. Несвоєчасне розпочате або недостатньо раціональне лікування спричинює хронізацію процесу. У статті представлено узагальнені відомості про ХЗЗОМТ хламідійної етіології, нові методи діагностики та огляд світових рекомендацій з приводу діагностики, лікування та профілактики даної патології.

Ключові слова: *запальні захворювання статевих органів, спричинені C.trachomatis, Chlamydia trachomatis, репродуктивне здоров'я.*

Проблема профілактики, своєчасної діагностики, адекватного та ефективного лікування хронічних запальних захворювань органів малого таза (ХЗЗОМТ) залишається актуальною в умовах сьогодення. Саме ХЗЗОМТ посідають провідне місце в структурі гінекологічної патології (60–80%) та є однією з найбільш поширених причин звернення жінок за спеціалізованою гінекологічною допомогою. Крім того, вони спричиняють низку порушень репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку та загрожують зміні демографічних показників у багатьох країнах світу.

Щорічно в світі реєструють понад 250 млн нових випадків захворювань статевих органів, у Росії цей показник складає щорічно 1 млн випадків, 30% жінок із ХЗЗОМТ потребують стаціонарного лікування [1, 2].

Відповідно, в США щорічно 1,2 млн жінок звертаються за допомогою з приводу ХЗЗОМТ, причому 250 тис. в стадії загострення захворювання з формуванням у 75 тис. в подальшому трубного та перитонеального безпліддя в зв'язку з несвоєчасною (із запізненням) діагностикою даної патології [3]. У Великій Британії цей показник сягає 250 тис. щорічно та становить 60% всіх звернень до гінеколога [4].

За даними МОЗ України, частота даної патології в нашій державі залишається високою і становить понад 130,0 на 10 тис. жінок віком 18 років і старше [5].

ХЗЗОМТ поєднують широку когорту захворювань, а саме: ендометрит, сальпінгіт, сальпингоофорит, тубооваріальний абсцес та перитоніт із субклінічним перебігом з дещо неспецифічними симптомами, які можуть мати швидкоплинний характер [6].

Серед сприятливих факторів виникнення ХЗЗОМТ виділяють: соціально-економічну нестабільність, збільшену міграцію населення, зміну статевого виховання підлітків, як наслідок зростання частоти ХЗЗОМТ, спричинених інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), погіршення екологічної ситуації та вторинні імунодефіцитні стани [7, 8].

До поширення ІПСШ призводять соціальні та поведінкові фактори. За роки існування незалежної України відбулося зниження віку початку статевого життя і одночасне підвищення віку вступу в шлюб, у результаті чого збільшується період, протягом якого молоді люди більш схильні до чисельних статевих зв'язків. Зміна сексуальної поведінки, урбанізація, збільшення міграції є факторами, що сприяють зросту захворюваності на окремі ІПСШ в Україні[13].

World Health Organization станом на 2013 рік публікують таку статистику:

- У більше ніж 1 мільйона людей щоденно діагностують ІПСШ.
- Щороку 500 мільйонів людей інфікуються однієї з 4 ІПСШ: хламідіоз, гонорея, сифіліс та трихомоніаз.
- ІПСШ підвищують ризик зараження ВІЛ в три і більше разів [14].
- ХЗЗОМТ є складним полімікробним захворюванням, яке пов'язане з висхідною інфекцією (з піхви або шийки матки) найчастіше в ролі патогенів виступають: хламідіоз або гонококи (60–75%), які потім поширюються в ендометрії, маткові труби, яєчники та суміжні структури [15].

Серед факторів ризику ХЗЗОМТ виділяють: ранній початок статевого життя, статеві стосунки з чисельними статевим партнерами, використання внутрішньоматкової контрацепції [9].

Провокувальними факторами загострення хронічного запального процесу з боку статевих органів є: менструація, зміна сексуального партнера (реінфікування), проміскуїтет, внутрішньоматкові втручання [10].

Вирішальне значення у формуванні ступеня анатомо-функціональних змін з боку органів малого таза за умови розвитку запального процесу визначають особливості імунного статусу, масивність інфікування, вірулентність мікробного агента [11].

ХЗЗОМТ є серйозним ускладненням урогенітальних ІПСШ вважають одним з основних факторів розладу репродуктивного здоров'я населення, що нерідко призводять до безпліддя, невиношування вагітності, онкогінекологічної патології, а також внутрішньоутробного інфікування плода з можливими тяжкими наслідками і навіть вадами розвитку. Прямі репродуктивні втрати за умови невиношування вагітності щороку становлять 36–40 тис. ненароджених дітей [12].

За умови тривалого процесу ХЗЗОМТ, хламідійної та гонококової етіології у 40–50% жінок виникають чисельні репродуктивні порушення [16, 17].

Соціально-економічне значення запальних захворювань хламідійної етіології зумовлено не тільки високими показниками захворюваності, а й значним ризиком формування репродуктивної дисфункції. Так, 8–15% подружніх пар страждають на безпліддя, що, в загальній популяції складає понад 100 млн пар, неспроможних до народження бажаної дитини (ВООЗ, 2011).

Таблиця

Серовари, що є збудниками захворювань очей, статевих органів та дихальної системи

Серовари	Діагноз	Поширеність
A, B, Ba, C	Трахома	Азія та Африка
D–K	Захворювання очей та статевих органів: кон'юнктивіт, уретрит, цервіцит Дихальна система: пневмонія новонароджених	По всьому світу
LGV1, LGV2, LGV3	Лімфогранульома	По всьому світу

Саме хламідійна інфекція – один із чинників, з яким пов'язаний ризик формування порушень репродуктивного здоров'я.

Chlamydia trachomatis – облігатний внутрішньоклітинний паразит, що передається статевим шляхом, щороку в світі реєструється майже 100 млн нових випадків інфікування Chlamydia trachomatis (ВООЗ), але реальна кількість таких випадків значно більша, оскільки 70–90% первинних епізодів хламідійної інфекції нижніх відділів урогенітального тракту у жінок мають безсимптомний перебіг і тому залишаються недіагностованими [18].

Хламідії – це облігатні внутрішньоклітинні паразити, розміром 250–300 нм і за первинної інфекції вражають клітини основних бар'єрних систем організму. Вони мають РНК, ДНК, клітинну стінку і рибосоми, подібні рибосомам до грамнегативних бактерій, тому їх класифікують як бактерії. Раніше їх називали «гальпровіями», «бедсоніями», «міягаваненллами», з початку 1980 року відповідно до рішення Міжнародної асоціації Мікробіологічного Товариства (МАМТ), ці мікроорганізми отримали родову назву «Chlamydia».

Збудником хламідійних інфекцій є сімейство Chlamidiaceae, виду chlamydia. У межах цього виду було виділено 4 підвиду хламідій: C.trachomatis, C.psittaci, C.Pneumoniaei C.Pecorum. Серед C.trachomatis виділяють три біовари та 15 класичних сероварів, які розрізняються за основними білками зовнішньої мембрани: збудники трахоми – A, B, Ba, C; збудники урогенітального хламідіозу – D, E, F, G, H, I, J, K і велика група венеричної лімфогранульоми – L1, L2, L3. Chl.trachomatis поєднує також декілька додаткових сероварів та генетичних варіантів цієї бактерії [19].

Хламідіям властиві дві форми існування мікроорганізмів: елементарне (ЕТ) та ретикулярне (РТ) тільця. ЕТ (розміром близько 300 нм) – високоінфекційні транспортні форми, адаптовані до виживання у позаклітинному середовищі, не піддаються дії антибіотиків, при забарвленні за Гімзою набувають рожево-фіолетового відтінку. Вони оточені оболонкою, яка представлена жорсткими тришаровими структурами, аналогічними клітинним стінкам грамнегативних бактерій, містять нуклеоїд та протопласт, що забезпечує витривалість до факторів зовнішнього середовища при потраплянні від клітини до клітини [20]. Розмір ініціальних (ретикулярних) тілець – 800–1200 нм, вони мало інфекційні і є внутрішньоклітинними репродуктивними формами, що забарвлюються за Гімзою в блакитний колір. Клітинна оболонка ініціальних тілець тонша і ніжніша, ніж ЕТ, і тісніше прилягає до клітинної мембрани. Саме цей факт має важливе значення, оскільки дозволяє здійснюватися дифузії матеріалу включень, що розвиваються [21]. ЕТ мають більшу електронну щільність, ніж ядерний матеріал, а також фібрилярний нуклеоїд. Проміжні тільця – проміжна стадія між ЕТ і РТ [20]. Форми їх досягають розмірів 500–1000 нм, інколи в діаметрі 2–3 мкм, діляться бінарно або способом внутрішньої фрагментації. Життєвий цикл хламідій в оптимальних умовах росту в еукаріотичних клітинах складає 17–40 год [22].

Саме ЕТ, потрапляючи в епітеліальну клітину, утворюють колонію РТ (включення), які, використовуючи енергетичні ресурси клітини господаря, розмножуються, переходячи спочатку в так звані проміжні тільця, а потім в нові ЕТ, які виходять із зруйнованої клітини в міжклітинний простір і ушкоджують нові клітини. Весь цикл розвитку продовжується 48–72 год і за одну фазу розвитку утворюється 200–1000 нових ЕТ. Перший ступінь інфекційного процесу – прикріплення метаболічно неактивного, але інфекційного ЕТ до клітини господаря. Зазвичай, це циліндричний або кубічний епітелій (кон'юнктива, сечівник, ендоцервікс, ендометрій, маткові труби, слизова оболонка прямої кишки). Після прикріплення відбувається фагоцитоз ЕТ, їм же й індукований. Усередині клітини перебуває ЕТ в цитоплазмі вакуолі — фагосомі, де хламідії залишаються весь цикл розвитку, а поверхневі антигени мікроба інгібують розпад і лізис фагосоми. Можливо, це одна з причин хронізації інфекції. Далі ЕТ перетвориться на РТ, вже метаболічно активне і здатне до ділення. РТ неінфекційне і не може вижити поза клітиною. РТ діляться протягом 8–24 год, перетворюючись на нові ЕТ. Надалі, через 48–72 год клітина руйнується і ЕТ потрапляє в зовнішнє середовище. З цього починається новий цикл розмноження хламідії, який триває близько 48 год.

За морфологічними характеристиками хламідія нагадує вірус тим, що є повністю внутрішньоклітинною бактерією, а саме – залежить від живильних речовин і енергії клітин господаря, та не синтезує АТФ, залишаючись енергетичним паразитом [23].

Якщо розпочатий процес клітинного ділення РТ хламідій призупиняється, то таке явище визначають як персистенцію збудника. У цьому стані хламідії можуть існувати в організмі невизначено довго, ніяк клінічно себе не проявляючи, але і не зникаючи остаточно [24].

До мікробіологічних властивостей Chlamidiya trachomatis можна віднести:

- внутрішньоклітинне паразитування – об'єднує хламідії з вірусами, при цьому хламідії нездатні синтезувати АТФ та повністю залежать від енергетичних ресурсів клітини хазяїна, тобто в процесі паразитування повністю руйнують клітин;
- хламідії мають клітинну оболонку, що єднає хламідії з бактеріями, – це дозволяє застосовувати антибіотики для лікування хламідіозу;
- C.trachomatis властива тропність до циліндричного епітелію органів сечової та статевої систем, кон'юнктиви ока, прямої кишки тощо [25].

Інфікування C.trachomatis зазвичай відбувається статевим шляхом, проте це відбувається не у всіх випадках: якщо інфікування гонореєю від хворого партнера під час статевого контакту спостерігається у 3 з 4 чоловік, то хламідіозом – в 1 з 4 випадків. Жінки більш сприйнятливі до хламідіозу,

ніж чоловіки. Інкубаційний період становить від 2 тиж до 1 міс. Основний шлях інфікування – вагінальний, слід ураховувати також оральний або анальний статевий контакт. Діти можуть інфікуватися під час проходження плода через пологові шляхи матері, хворої на хламідіоз. Не виключають можливість контактно-побутового шляху поширення (встановлено збереження інфекційності хламідій на побутових предметах, зокрема на бавовняних тканинах до 2 діб за температури 18–19 °С) [8].

У групи ризику поширення ІПСШ віднесено жінок віком 14–35 років, схильних до проміскуїтету, за умови ігнорування методів попередження ІПСШ та мають недостатнє уявлення про свій стан здоров'я [26].

З огляду на особливості поширення збудників ІПСШ, хламідії часто зустрічаються в асоціації з іншими мікроорганізмами: гонококами, трихомонадами, молікутами, кандидами та ін. [27].

Клінічні прояви урогенітального хламідіозу досить різноманітні: від виражених ознак запального процесу органів малого таза до безсимптомного носійства, при якому хворий не відчуває жодних ознак захворювання. Виділяють захворювання нижнього відділу урогенітального тракту (ендоцервіцит, уретрит, парауретрит, бартолініт) та висхідну інфекцію (ендометрит, сальпінгіт, сальпінгоофорит, пельвіоперитоніт, перигепатит).

Найбільш частим проявом урогенітального хламідіозу все ж є цервіцит зі слизисто-гнійними виділеннями, появою запального ореолу навколо каналу шийки матки з утворенням фолікулів (фолікулярний цервіцит) і вразливим епітелієм саме в цій ділянці.

Виділення з каналу шийки матки містять багатошаровий плоский епітелій вагінальної частини шийки матки внаслідок десквамації.

Висхідна хламідійна інфекція найчастіше поширюється трансканалікулярно через канал шийки матки, порожнину матки, маткові труби на очеревину і органи черевної порожнини, також можливі лімфогенний і гематогенний шляхи, а також за допомогою сперматозоїдів та трихомонад [28].

При полімікробному гострому сальпінгиті, коли хламідії не діагностуються, лікування спрямоване тільки на усунення гонококової інфекції, що призводить до стійкої та хронічної хламідійної інфекції ендометрія, маткових труб.

Хламідійні сальпінгіти і сальпінгоофорити – найбільш частий прояв висхідної інфекції, особливістю яких є тривалий перебіг, що призводить з часом до порушення прохідності маткових труб, позаматкової вагітності, трубно-перитонеального безпліддя, спайкового процесу з боку органів малого таза, невиношування вагітності [27].

Безсимптомний характер захворювання розширює спектр ускладнень, спричинених C.trachomatis, що свідчать про вдосконалення діагностичних підходів при цьому.

Провідні світові координаційні структури приділяють велику увагу розробленню та вдосконаленню методологічних стандартів діагностики та лікування даного ХЗЗОМТ, спричинених хламідійною етіологією. Так, наприклад, в США єдині стандартні схеми лікування хламідійної інфекції офіційно представлені центром з профілактики та контролю за захворюваннями (CDC) в розділі «Діагностика та лікування ІПСШ», також є аналогічні Європейські рекомендації.

Відповідно до Європейських рекомендацій, щодо діагностики та лікування хламідійної інфекції та аналогічного центра США віддається перевага МАНК (98% інформативності) [29].

Це методи прямого виявлення хламідій в біологічному матеріалі, що є найбільш безперечним доказом інфекції і підставою для визначення етіологічного діагнозу. Використання методу базується на виявленні коротких ділянок геному ДНК або РНК, типових для того чи іншого мікроорганізму (ЛПР – відтворення in vitro невеликого фрагмента ДНК – суворо специфічного для даного виду збудника, рибосомальна РНК-ампліфікація, лігазна ланцюгова реакція).

МАНК притаманна висока чутливість, це зумовлено тим, що концентрація ампліфікантів – фрагментів ДНК, накопичується в геометричній прогресії, зростаючи більше ніж в 106 різав та забезпечуючи виявлення всіх відомих генотипів і варіантів даного чинника.

Саме це дозволяє домогтися виявлення навіть мінімальних кількостей мікроорганізмів у досліджуваному матеріалі і, як наслідок, своєчасно встановити максимальне число інфікованих осіб [9].

Серед методів МАНК найбільшого поширення набув метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). ПЛР у спрощеному вигляді відтворює процес подвоєння генетичного матеріалу – ДНК при клітинному поділі. Чутливість цього тесту досягає 85–98%, а специфічність близька до 100%.

Наслідком високої чутливості сучасної діагностики МАНК дозволили ввести зміни у правилах забору матеріалу за умови проведення дослідження. Відтепер у чоловіків допускається досліджувати першу порцію сечі замість зскрібка з сечівника, а у жінок досліджується біоматеріал [30].

Чутливість визначення C.trachomatis за допомогою МАНК у жінок залежить від фази менструального циклу та гормональних співвідношень. Концентрація інгібіторів ампліфікації в сечі та виділеннях досягає максимуму через 3 тиж після менструації, тому для аналізу краще за все використовувати біологічний матеріал, отриманий на четвертому тижні після останньої менструації.

Для переконливості результатів дослідження інколи слід проводити повторне вивчення біологічного матеріалу як шляхом проведення попередньо використаного методу, так і залучення іншого діагностичного тесту.

Терапія ІПСШ повинна бути комплексною з використанням препаратів широкого спектра дії з урахуванням клініко-параклінічних характеристик.

Згідно з постановами ВООЗ до антибактеріальних препаратів висувають певні вимоги:

- ефективність не менше 95%;
- добра переносимість та низька токсичність;
- безпечність використання у вагітних;
- помірний розвиток резистентності мікроорганізмів до терапії;
- доступна ціна [31].

Низьку ефективність лікування ХЗЗОМТ хламідійної етіології за умов використання традиційних терапевтичних заходів пояснюють недостатнім рівнем досягнення мінімальних інгібувальних концентрацій (МІК) антибактеріальних препаратів стосовно хламідій у вогнищі ушкодження, а саме – в епітеліальних клітинах склеротично змінених маткових трубах [9].

При виборі тактики лікування слід ураховувати загальний стан пацієнтки, вік, сексуальну активність, локалізацію патологічного процесу, характер змін з боку всіх органів та систем, їхній взаємозв'язок, наявність ускладнень, а також репродуктивні перспективи.

Важливо за таких умов розглядати пару, як «одне ціле», в єдиному контексті, не обмежуючись схематичним призначенням кожному з партнерів однакових схем лікування [9].

Пацієнти повинні отримати інструкцію про необхідність звернення до лікаря їх статевих партнера/партнерів для проведення відповідної діагностики та лікування, а також щодо утримання від сексуальних контактів до завершення курсу лікування [32].

Також слід ураховувати, що C.trahomatis рідко зустрічається як моноінфекція, частіше в асоціації з іншими, то ж лікування повинно бути комплексним.

У комплексній протизапальній терапії, як наголошуються в останніх Європейських рекомендаціях та рекомендаціях CDC, надають перевагу використанню 16-членних макролідів та доксицикліну, серед яких частота та успішність вибору в кожній країні має свої особливості.

Згідно з Європейськими рекомендаціями препарати першої лінії терапії (leveli, gradea):

Курс доксицикліну, 100 мг 2 рази на день, не менше 7 днів.

Препарати альтернативного вибору (levelii, gradeb):

• Курс джозаміцину, 500–1000 мг два рази на день, 7 днів.
• Курс іншого макроліду в певному дозуванні.
• Згідно з рекомендаціями CDC препарати першої лінії терапії (leveli, gradea) також є:
• Курс доксицикліну, 100 мг, 2 рази на день, не менше 7 днів.
• Препарати альтернативного вибору (levelii, gradeb):
• Еритроміцин 500 мг, 4 рази на день, 7 днів
• Еритроміцин етилсукцинат 800 мг 4 рази на день, 7 днів.
• Левофлоксацин 500 мг на день, 7 днів.
• Офлоксацин 300 мг на день, 7 днів.

Аналіз за допомогою МАНК, що засновано на детекції ДНК, не розрізняє мертві та живі мікроорганізми. До 4–6 тиж після отриманого лікування можна спостерігати хибнопозитивні результати за рахунок залишків мертвих мікроорганізмів. Тому рекомендовано контроль ефективності проведеної терапії здійснювати не раніше ніж за 6 тиж з обов'язковим контролем через 3 міс за умови обстеження обох партнерів [33].

Удосконалення методів діагностики та терапії ХЗЗОМТ хламідійної етіології у жінок з урахуванням біологічних особливостей і патогенетичних механізмів розвитку захворювання – одна з актуальних проблем сучасної гінекології [9].

Необгрунтоване та неадекватне лікування може призвести до розвиту персистивної інфекції, яку важко діагностувати за умови її розвитку та в разі призначення терапії досягати адекватного ефекту. Саме тому вчені шукають нові рішення цієї проблеми. З метою об'єктивного оцінювання репродуктивного здоров'я та визначення ефективності лікування все частіше використовують хламідійний Hsp60.

Хламідійний Hsp60 – висококонсервативний та високоімуногенний білок, котрий представлено у клітинах всіх організмів. Він експресується при активній та персистивній (домінантний білок) інфекції, взаємодіє з Toll-like receptor 4. Хламідійний Hsp60 є індуктором гіперчутливості сповільненого типу, задіяний у захисті інфікованих клітин від апоптозу, одночасно індукує апоптоз оточуючих неінфікованих клітин. Наявність антитіл до хламідійного Hsp60 може бути ознакою персистивної хламідійної інфекції, ризику розвитку трубного безпліддя, ектопічної вагітності, втрати вагітності на ранніх стадіях її розвитку, передчасних пологів, низької результативності запліднення in vitro. Виявлення антитіл до хламідійного Hsp60 стає важливим для раннього прогнозу імунопатологічних наслідків у жінок зі ХЗЗОМТ хламідійної етіології, що дозволяє вибрати адекватну терапію. Антитіла до хламідійного Hsp60 слід враховувати не тільки як додатковий діагностичний маркер, вони також задіяні в патогенезі хламідійної інфекції. Останнє дозволяє виявити в організмі порушення розвитку імунної відповіді внаслідок персистивної інфекції, або ж повторного епізоду інфікування. Антитіла до хламідійного Hsp60 можуть добре реагувати з гомологічними етіотопами Hsp60 людини, котрий експресується на ендотеліальних клітинах маткових труб (порушення прохідності маткових труб), плаценті (втрата вагітності на ранніх термінах), ембріоні (невдалі спроби ЕКО), посилюючи запальні реакції та провокуючи розвиток автоімунних процесів.

Вивчається механізм формуванням антитіл до хламідійного Hsp60 в патогенезі ХЗЗОМТ. Саме дослідження цих непростих особливостей розвитку хламідійної інфекції із формуванням спектра порушень репродуктивного здоров'я жінок різних вікових груп, насамперед тих, хто має передчасний дебют статевих стосунків, заслуговує на особливу увагу, пов'язану з ренесансом досліджень в цьому напрямку та очікуванням нових і виправданих перспектив [35].

Наведені вище дані свідчать про реальну необхідність такої можливості, зумовленою переоцінкою системи організаційних заходів стосовно своєчасного діагностування ушкодження органів малого таза інфекціями, що передаються статевим шляхом, особливо хламідіями, ефективного проведення лікування, контроля ефективності лікування та профілактичних заходів і спроможністю сприймати розширену інформацію з цього приводу під новим кутом зору.

Новый взгляд на воспалительные заболевания половых органов, вызванные C.trachomatis

Н.А. Щербак

Представлен литературный обзор источников распространенности, предпосылок возникновения, диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (ХВЗОМТ), вызванных хламидиями. Воспалительные заболевания половых органов остаются актуальной проблемой в условиях современности. Воспалительные заболевания половых органов характеризуются латентным течением, малым количеством или вообще отсутствием выраженных клинических признаков, сложностью лабораторной диагностики, что приводит к их развитию и увеличению в популяции населения. Несвоевременно начатое или недостаточно рациональное лечение вызывает хронизацию процесса. В статье представлены обобщенные сведения о ХВЗОМТ хламидийной этиологии, новые методы диагностики и обзор мировых рекомендаций по поводу диагностики, лечения и профилактики данной патологии.

Ключевые слова: *воспалительные заболевания половых органов, вызванные C.trachomatis, Chlamydia trachomatis, репродуктивное здоровье.*

Changing the face of inflammatory diseases of the genitals caused C.trachomatis

N.A. Shcherbak

The literature review of the scale of sources, preconditions, diagnosis and treatment chronic inflammatory diseases caused by chlamydia. Inflammatory diseases of the genitals remain an urgent problem in today's conditions. chronic inflammatory diseases characterized latent, or a small number of general lack of marked clinical signs, laboratory diagnostics complicacy contributing development and population increase in population. Untimely started or insufficiently rational treatment leads to chronic process. The article presents general information about chronic inflammatory diseases chlamydial etiology, new diagnostic methods and review global recommendations for diagnosis, treatment and prevention of this disease.

Key words: *inflammatory diseases caused by genital C.trachomatis, Chlamydia trachomatis, reproductive health.*

Сведения об авторе

Щербак Мария Александровна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Макаров О.В. Инфекции в акушерстве и гинекологии /Под ред. О.В. Макарова, В.А. Алешина,Т.Н. Савченко. – М.: Медпресс-информ, 2007. – 464 с.
2. Дубчак А.Е. Комплексне лікування хронічного сальпінгоофориту у жінок з трубно перитонеальною неплідністю/А.Є. Дубчак, Л.В. Галазюк, О.В. Мілєвський // Репродуктивное здоровье женщины. –2006. – № 4 (29). – С. 179–182.
3. Pelvic inflammatory disease: Green-top guideline 32 [online]. London, UK: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 17 November 2008 [cited 7 February 2010]. Available from: URL link).
4. Ross J. United Kingdom national guideline for the management of pelvic inflammatory disease [online]. London: British Association for Sexual Health and HIV; 14 February 2005 [cited 2 March 2011]. Available from: URL link.
5. Характеристика репродуктивного здоров'я населення України / О.О. Дудіна, Н.Г. Гойда, Р.О. Моісеєнко [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік: монографія / [за ред. О.В. Аніщенка]. – К., 2011. – С. 54–66.
6. Crossman S.H. The challenge of pelvic inflammatory disease. Am Fam Physician. Mar 1 2006;73(5):859–64.[Medline].
7. Макаров О.В. Инфекции в акушерстве и гинекологии /Под ред. О.В. Макарова, В.А. Алешина,Т.Н. Савченко. – М.: Медпресс-информ, 2007. – 464 с.
8. Дубчак А.Е. Комплексне лікування хронічного сальпінгоофориту у жінок з трубно перитонеальною неплідністю / А.Є. Дубчак, Л.В. Галазюк, О.В. Мілєвський // Репродуктивное здоровье женщины. –2006. – № 4 (29). – С. 179–182.
9. Лабораторная диагностика урогенитального хламидиоза (методические рекомендации) / А.Ф. Возианов, С.Н. Ващенко, Г.Н. Дранник и соавт. – К.: 2002. – 18 с.
10. Westrom L, Joesoef R, Reynolds G, Hagdu A, Thompson SE. Pelvic inflammatory disease and fertility: a cohort study of 1,844women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopy. Sex Transm Dis. 1992;9:185–92.
11. PELVIC INFLAMMATORY DISEASE (PID). UPDATED 11/29/2011. MEDLINEPLUS.AVAILABLE AT HTTP://WWW.NLM.NIH.GOV/MEDLINEPLUS/ENCY/ARTICLE/000888.HTM.ACCESSED JULY 9, 2013.
12. Про затвердження заходів на виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року. НАКАЗ від 25 січня 2007 року N 44 HTTP://ZAKON4.RADA.GOV.UA/LAWS/SHOW/1849-2006-%D0%BF.
13. Чинов Г.П. Сексуальное поведение как фактор распространения венерических инфекций – демографические и социокультурные параллели // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2007. – № 1–2 (9). – С. 108–120.
14. Возіанов О.Ф., Драннік Г.М., Дріянська В.Є., Руденко А.В., Ващенко С.М., Фесенкова В.Й., Папакіна В.С. Аналіз показників імунітету за даними імунограми та цитокінового статусу у хворих на хронічний сечостатевий хламідіоз в залежності від характеру (моно- чи мікст-) інфекції // Імунологія та алергологія. – 2003. – № 4. – С. 39–42 (Досліджено активність деяких цитокінів, розподіл хворих на групи в залежності від етіологічних чинників захворювання, проведена кореляція між показниками).
15. Hook E.W. III, Handsfield H.H. Gonococcal infections in the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, et al, (editors). Sex Transm Dis. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2008:627–45.
16. Paavonen J, Westrom L, Eschenbach. Pelvic Inflammatory Disease. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, Cohen, MS, Watts DH, (editors). Sex Transm Dis. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2008:1017–1050.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance, 2005.Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, 2006. CDC. 2006.
18. Stamm WE. Chlamydia trachomatis infections in the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN,Corey L, et al, (editors). Sex Transm Dis. 4th ed. New York:McGraw-Hill; 2008:575–93.
19. Schillinger JA, Chapman JB, Rietmeijer CA et al. Prevalence of Chlamydia trachomatis infectionamong men screened in four US cities. Sex Transm Dis. 2005;32: 74–77.
20. Кутова В.В., Мавров І.І., Гончаренко В.В. Виділення, ідентифікація та умови довгострокового зберігання Chlamidiya trachomatis та Chlamidiya pneumoniae»: методичні рекомендації. – К.: Знання України, 2007. – 24 с.
21. Борисов Л.Б. Мед.микробиология, имунология и вирусология: учебник для студ. высших завед., 2005, изд. 4-е. – .
22. Pournaras G., Perdikaris G., Mentis A. et al. Association Chlamydia pneumoniae infection with chronic coronary heart diseases and acute myocardial infection in Greece. Ibid; Abstr: 42: 4.11.
23. Mohit Singla & Bikram Bal: «Infectivity Assays For Chlamydia trachomatis». The Internet Journal of Microbiology. – 2006; Volume 2, Number 2.
24. Значение ангихламидийных антител MOMP/pgp3 и Hsp60 в диагностике персистирующей хламидийной инфекции у женщин с хроническим сальпингоофоригом / Д.Ф. Костючек, А.Н. Эллиниди, Е.А. Михнина, Л.Б. Дрыгина //Журнал акушерства и женскихболезней. – 2009. – Том. LVIII, вып. 5. – М. 63.
25. Антоненко І.В. Імунокоригуюча терапія у комплексному лікуванні хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів // X конгрес СФУЛТ. Тези доповідей. – Чернівці – Київ – Чикаго, 2004. – С. 133.
26. Всемирная организация здравоохранения, Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований 2012. HTTP://WWW.WHO.INT/REPRODUCTIVEHEALTH/PUBLICATIONS/RTIS/STISESTIMATES/EN/INDEX.HTML
27. Sexually transmitted diseases, treatment guidelines, 2006, 268 p. Nelson A.Sexually transmitted diseases, 2006, 355 p.
28. Mikamo H, Ninomiya M, Tamaya T. Clinical efficacy of clarithromycin against uterine cervical and pharyngeal Chlamydia trachomatis and he sensitivity of polymerase chain reaction to detect C.trachomatis at various time points after treatment. J. Infect. Chemother., vol 9, № 3, pp. 282–3, 2003.
29. European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections, 2013.
30. Hogben M., Kissinger P. A review of partner notification for sex partners of meninfected with Chlamydia. Sex Transm Dis 2008;35:S34–S39.
31. Owusu-Edusei K, Chesson HW, Gift TL, et al. The estimated direct medical cost of selected sexually transmitted infections in the United States, 2008. Sex Transm Dis 2013;40:197–201.
32. European STD Guidelines. International Journal of STD & AIDS 2001; 12 (Suppl. 3): 30–33.
Гомберг М.А. Новые европейские рекомендации по ведению больных с хламидийной инфекцией. МГМСУ, Здоровье женщины № 4 (60), 2011.
33. Плахова К.И. Молекулярно-генетические маркеры развития осложнений урогенитальной хламидийной инфекции у женщин / К.И. Плахова, Н.В. Фриго, М.Р. Рахматуллина// Сборник тезисов V Всероссийского Конгресса дерматовенерлогов и косметологов, г. Казань, сентябрь 2013. – С. 43–44.
34. Методические аспекты диагностики урогенитального хламидиоза (методические рекомендации) /А.Ф. Возианов, В.В. Ващенко, Г.Н. Дранник, А.В. Руденко, В.В. Дриянская, И.И. Горпинченко. – Академия медицинских наук. – К., 2002. – 18 с.
35. Яковенко Л.Ф., Ромащенко О.В., Щербак М.А., Сидорик Л.Л. //Репродуктивное здоровье. Восточная Европа № 1 (19) 2012 г. Антитела к хламидийному Hsp60 в патогенезе хронических воспалительных заболеваний органов малого таза.

Статья поступила в редакцию 22.01.2015