**Хламидиоз**

Хламидиоз – инфекционное заболевание, всегда связанное с достаточно грубыми нарушениями функционирования иммунной защиты.

Хламидиоз является самым распространённым заболеванием, передающимся половым путём, вызывается хламидиями (вид Chlamidia trahomatis), поражает урогенитальный тракт и другие органы. Последствиями поражения хламидиями являются воспалительные заболевания мочеполовой системы у мужчин и женщин, часто развивающиеся бесплодие, внутриутробное инфицирование плода, если хламидиями инфицирована беременная женщина, а также артриты, конъюнктивиты, пневмонии и др..

Хламидии могут поражать многие органы и системы: органы зрения, дыхательные пути, мочеполовую систему, сердечно-сосудистую систему, центральную нервную систему, печень, желчевыводящие пути, лимфатические узлы, суставы и пр.

Особенностью хламидий является то, что они развиваются только в цилиндрическом эпителии (плазматическом эпителии), поэтому поражаются органы, покрытые этим эпителием. Хламидии поражают слизистую оболочку уретры, канала шейки матки, маточных труб и приводят не только к воспалительным процессам, но и к их хронизации с последующими осложнениями, наиболее грозным из которых является бесплодие.

Хламидии относятся к безусловно патогенным для человека микроорганизмам, а урогенитальный хламидиоз — к наиболее распространенным заболеваниям, передаваемым половым путем (венерическим заболеваниям)

Хламидиоз - одно из немногих венерических заболеваний, которое может передаваться бытовым путем, при наличии у воспринимающего инфекцию достаточно грубого иммунодефицитного состояния, позволяющего инфекции развиться в организме - через рукопожатие, чашки-ложки, мочалки-полотенца и общее нижнее белье. Однако самый верный способ подхватить хламидию - заняться сексом (обычным, оральным или анальным) с больным человеком.

Беременным женщинам нужно быть особенно осмотрительными - хламидиоз может легко перейти на будущего ребенка.

Не менее 5 -10% молодых сексуально активных людей поражены хламидийной инфекцией, что в первую очередь, определяется уровнем распространения грубых иммунопатологий среди населения этих возрастных групп.

Хламидийная инфекция среди пациентов дерматовенерологических учреждений России встречается в 2-3 раза чаще гонореи, но ее последствия многократно тяжелее - и не только для будущего состояния больного, но и для его генетического продолжения (и особенно для женщины) - это и внутриутробные и родовые заражения ребенка, и контактные заражения окружающих (и в первую очередь своих собственных детей).

Хламидиоз выявляется у каждой второй женщины с хроническими воспалительными заболеваниями урогенитальной сферы, у 57% женщин, страдающих бесплодием, у 87% женщин, у которых отмечается невынашивание беременности! Если учитывать недостаточную надежность современных методов диагностики хламидиоза, реально эти проценты могут оказаться значительно выше.

Частота выявления хламидиоза у гинекологических больных составляет 20-40%, обычно в сочетании с другими мочеполовыми инфекциями - трихомонадами, уреаплазмами, гарднереллами.

7 декабря 1993 г. Министерством здравоохранения РФ был издан Приказ 286 «О совершенствовании контроля за заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП)». Значительное место в нем отведено проблеме хламидийной инфекции, которая наряду с сифилисом и гонореей стала приоритетной при проведении комплекса противоэпидемических, организационных и лечебных мероприятий.

Регистрация хламидиоза в России началась с 1994 г., и официальные статистические данные свидетельствуют о ежегодном удвоении числа случаев впервые установленного диагноза хламидийной инфекции.

Для хламидиоза характерна стёртость клинических проявлений. Может присутствовать болезненное и учащённое мочеиспускание, зуд, боли внизу живота наличие слизистых или слизисто-гнойных выделений из уретры и цервикального канала, а также фолликулярные образования на шейке матки (фолликулярный цервицит). Первоначальным очагом инфекции чаще всего является слизистая уретры у мужчин и канала шейки матки у женщин.

Во многих случаях заболевание может длительно протекать бессимптомно. Опасность хламидиоза заключается в том, что, длительно существуя, он приводит к осложнениям, наиболее частыми из которых являются:

у мужчин - простатит, цистит, везикулит, бесплодие, уретрит, эпидидимит, реже — проктит.

у женщин - эрозия шейки матки, вагинит, бесплодие, цервицит и его осложнения: сальпингит и сальпингоофорит.

при беременности - хламидии повреждают многие системы формирующегося плода;

при инфицировании в родах - резко повышают угрозу пневмонии и коньюнктивита у новорожденных.

Характерно, что хламидийная инфекция не приходит одна. Моноинфекция встречается значительно реже, чем ассоциация нескольких возбудителей. Для хламидиоза характерен тандем с гонореей. Из других распространенных микробных ассоциаций можно назвать триаду гарднерелла — микоплазма хоминис — уреаплазма при бактериальном вагинозе. Сочетания инфекций обусловлены тем, что имеющиеся у больного хламидиозом серьезные иммунные нарушения дают возможность и многим другим вирусным и бактериальным инфекциям функционировать на организме.

Для женщин хламидийная инфекция представляет наибольшую угрозу из-за слабо выраженной симптоматики и связанными с этим поздней диагностикой и несвоевременным назначением лечения. Считается, что у 2/3 женщин субъективных симптомов заболевания может вообще не быть. Хламидии являются одной из основных причин развития вторичного бесплодия у женщин. Показано, что выделяемый хламидиями при хроническом течении заболевания белок теплового шока, сходный по своему аминокислотному составу с человеческим, способен вызывать аутоиммунные процессы в области органов малого таза и развитие бесплодия. Кроме того, хламидии могут привести к появлению антиспермальных антител, повреждающих сперматозоиды, что является еще одной причиной бесплодия.

Следует иметь в виду, что у новорожденных от матерей, больных урогенитальным хламидиозом, может развиваться хламидийный конъюнктивит, уретрит, вульвовагинит, артрит, пневмония и поражения других органов.

В настоящее время установлено, что в результате хламидийной инфекции происходят дальнейшие нарушения как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета, приводящие к хронизации инфекции и развитию различных осложнений, в том числе заболеваний внутренних органов и суставов.

**Хламидии**

Хламидийные инфекции или хламидиозы – это группа заболеваний, вызываемых микроорганизмами рода Chlamydia (вид Chlamidia trahomatis). По своим свойствам хламидии занимают промежуточное положение между вирусами и бактериями. Поэтому до сих пор хламидиоз диагностируется и лечится с большим трудом, нежели обычные бактериальные инфекции. Долгое время шли дискуссии: хламидии - это бактерии или вирусы? В 1966 году на 9-м Международном съезде микробиологов хламидии были исключены из класса вирусов, но до сих пор ими занимаются преимущественно вирусологи.

Хламидии, безусловно, бактерии, потому что есть определенные характеристики, которые отличают вирусы от бактерий, но ряд свойств хламидий сближает их с вирусными инфекциями. Это очень маленькие размеры, это так называемый обязательный внутриклеточный паразитизм (хламидия сама не может существовать) - вот это свойства вирусов. И еще хламидии не всегда поддаются воздействию антибиотиков, то есть не на всех стадиях своего развития. Как известно, антибиотики против вирусов не эффективны. То есть вот есть ряд свойств, которые сближают их с вирусами.

В природе существует 2 вида хламидий, первый вид поражает животных и птиц и вызвает у людей инфекционное заболевание - орнитоз. Второй вид хламидии носит название Chlamidia trachomatis. Известно около 15-ти ее разновидностей, некоторые из них вызывают трахому, венерический лимфогрануломатоз. Две из 15-ти разновидностей хламидий поражают мочеполовую систему человека, вызывая урогенитальный хламидиоз. Хламидия - микроорганизм, приспособленный к существованию как вне, так и внутри клетки. А вообще, хламидия может поражать любые слизистые оболочки, где есть цилиндрический эпителий (полость рта, половые органы, прямая кишка и др.).

Особое опасность хламидий заключается в том, что они бывают нескольких различающихся свойствами разновидностей. Друг от друга хламидии отличаются только особыми выростами (структурами на поверхности), которые помогают им прикрепляться к человеческим клеткам определенного типа. Чтобы хоть как-то разобраться в болезнетворных хламидиях, их, как витамины, стали обозначать латинскими буквами: А, В, Ba, D-К, I-3. Например, хламидии трахоматис I-3 вызывают тропическую болезнь - венерический лимфогрануломатоз; наиболее изученные хламидии D-К - поражают половые органы; есть хламидии, вызывающие трахому - серьезное заболевание глаз (отсюда и возникло название этого микроорганизма - Chlamidia trachomatis) .

Хламидиоз вызывает хламидия трахоматис D-К. Ее уникальность в том, что она может жить и активно размножаться внутри человеческого организма везде, где есть цилиндрический эпителий, а также неплохо переносит пребывание в окружающей среде.

Хламидии (Chlamidia trachomatis) — это внутриклеточные паразиты с уникальным циклом развития, включающие две различные по строению и биологическим свойствам формы существования, которые называются элементарные и ретикулярные тельца. Элементарное тельце (ЭТ) — высокоинфекционная форма возбудителя, приспособленная к внеклеточному существованию. Ретикулярное тельце (РТ) — форма внутриклеточного существования паразита, обеспечивающая размножение микроорганизма.

Нарушения иммунной системы при острых поражениях нижнего отдела урогенитального тракта (уретрит, цервицит), как правило, неотчетливы. При хронизации и распространении процесса (сальпингит, простатит, артриты) они приобретают стойкий характер. У больных отмечается снижение уровня нейтрофилов и повышение содержания эозинофилов. При исследовании гуморального иммунитета выявляется снижение иммуноглобулинов на фоне уменьшения относительного содержания В-лимфоцитов. Дисбаланс клеточного звена иммунитета выражается снижениием содержания Т-лимфоцитов (хелперов), тенденцией к повышению содержания Т-лимфоцитов (супрессоров) и, как следствие, снижением иммунорегуляторного индекса. Изменение факторов неспецифического иммунитета характеризуются значительным повышением относительного содержания популяции естественных киллеров, а также недостаточной функциональной активностью нейтрофильно-фагоцитарной системы.

**Биологические свойства хламидий**

Хламидии (Chlamydia) -- мелкие грамотрицательные кокковидные бактерии, размером 250-1500 нм (0,25-1 мкм). Они имеют все основные признаки бактерий: содержат два типа нуклеиновых кислот (ДНК и РНК), рибосомы, мурамовую кислоту (компонент клеточной стенки грамотрицательных бактерий), размножаются бинарным делением и чувствительны к некоторым антибиотикам.

По современной классификации хламидиии помещены в одну таксономическую группу с риккетсиями, с которыми их объединяет внутриклеточный паразитизм.

**Таксономия**

Все хламидии сгруппированы в порядок Chlamydiaceae, род Chlamydia, последний включает четыре вида:

1. Chlamydia psittaci – вызывает у человека атипичную пневмонию, энцефаломиокардит, артрит, пиелонефрит.

2. Chlamydia pecorum описана недавно, изолирована от животных-овец, крупного рогатого скота. Имеет сходство с Chlamydia psittaci. Роль в патогенезе заболеваний человека неизвестна.

3. Chlamydia pneumoniae вызывает у взрослых острые респираторные заболевания и мягкую форму пневмонии.

4. Chlamydia trachomatis (Хламидия трахоматис) - встречается только у человека, в ней выявлены 18 антигенных вариантов (серотипов).

Серотипы А,В,С - возбудители трахомы. Переносчиками являются насекомые, основной путь заражения -- попадание инфекционного агента посредством втирания в область слизистой оболочки глаза. Образующиеся в результате развития инфекционного процесса рубцы ведут к потере зрения. Серотипы L1-L3 размножаются в лимфоидной ткани и являются возбудителями тропической венерической болезни Lymphogranuloma venerum. В случае серотипов от D до К -- заражение происходит при половом контакте, значительно реже -- при втирании, новорожденный при родах заражается от инфицированной матери.

**Физиология и патогенез**

Жизненный цикл хламидий существенно отличается от бактерий.

Хламидии существуют в двух формах, различающихся по морфологическим и биологическим свойствам. Высокоинфекционной, спороподобной, внеклеточной формой является элементарное тельце (ЭТ), и вегетативной, репродуцирующейся, внутриклеточной -ретикулярное тельце (РТ). ЭТ имеет вид сферы диаметром 0,15-0,2 мкм. РТ имеет структуру типичных грамотрицательных бактерий размером около 1 мкм (См. рис1.). В ЭТ содержится больше дисульфидных связей, что позволяет им противостоять осмотическому давлению.

Первый этап инфекционного процесса - адсорбция ЭТ на плазмалемме чувствительной клетки хозяина. Важную роль на этом этапе играют электростатические силы. Внедрение хламидий происходит путем эндоцитоза. Инвагинация участка плазмалеммы с адсорбированным ЭТ происходит в цитоплазму с образованием фагоцитарной вакуоли. Эта фаза занимает 7-10 часов. После этого уже в клетке в течение 6-8 часов происходит реорганизация ЭТ в вегетативную форму-ретикулярное тельце, способное к росту и делению. Именно на этой фазе эффективно курсовое применение антибактериальных препаратов, поскольку ЭТ к ним не чувствительно.

Размножение хламидий ведет к формированию включений, известных под названием телец Провачека. В течение 18-24 часов развития они локализованы в цитоплазматическом пузырьке, образованном из мембраны клетки хозяина. Во включении может содержаться от 100 до 500 хламидий . Остановка процесса на этой стадии ведет к персистенции хламидийной инфекции. Далее начинается процесс созревания ретикулярных телец через переходные (промежуточные) тельца в течение 36-42 часа развития в ЭТ следующего поколения. Полный цикл репродукции хламидии равен 48-72 часам и завершается разрушением пораженной клетки, в случае возникновения для хламидии неблагоприятных метаболических условий этот процесс может затягиваться на более длительный период.

Хламидии могут высвобождаться из инфицированной клетки через узкий ободок цитоплазмы. При этом клетка может сохранять жизнеспособность, этим можно объяснить бессимптомность течения хламидийной инфекции.

Защитная реакция на начальной стадии инфекции осуществляется полиморфоядерными лимфоцитами. Существенную роль в защите организма играет поликлональная активация В-лимфоцитов. В сыворотке крови и секреторных жидкостях при хламидиозе обнаруживают значительное количество иммуноглобулинов IgG, IgМ, IgA. Однако ведущую роль в защите от хламидийной инфекции занимают Т-хелперы, активирующие фагоцитарную активность макрофагов.

**Клиническая картина хламидиоза**

На начальных этапах хламидийная инфекция может принимать бессимптомное течение, что в прогностическом отношении является не менее неблагоприятным, чем ее манифестные формы.

Наряду с половым путем, считаюшимся наиболее распространенным, существуют и другие способы передачи инфекции. Доказана возможность инфицирования новорожденных при прохождении через родовой канал, приводящего к развитию у них конъюктивитов и пневмонии. Возможно также как первичное, так и вторичное инфицирование детей первого года жизни Chlamydia pneumoniae, часто протекающее в виде малосимптомного заболевания верхних дыхательных путей. Хламидия трахоматис поражает преимущественно клетки цилиндрического эпителия.

Известно тяжелое осложнение хламидиоза - болезнь Рейтера (синдром Рейтера).

Заболевания, вызванные Chlamydia trachomatis и их осложнения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Мужчины  | Женщины  | Дети  |
| Заболевания и симптомы хламидиоза |
| УретритЭпидидимитКонъюктивитВенерическая лимфогранулема  | УретритЭндометритСальпингитПериаппендицитПеригепатитКонъюктивитВенерическая лимфогранулема  | Конъюктивит новорожденныхПневмония  |
| Осложнения хламидиоза. Болезнь Рейтера (синдром Рейтера)  |
| Нарушение фертильностиПостинфекционный (реактивный) артрит - синдром Рейтера Поражение гениталий и желудочно-кишечного тракта с отеком и стенозом (после венерической лимфогранулемы)  | БесплодиеНарушение фертильности Эктопическая беременность Хронические абдоминальные болиПостинфекционный (реактивный) артрит - синдром Рейтера (болезнь Рейтера) Поражение гениталий и желудочно-кишечного тракта с отеком и стенозом (после венерической лимфогранулемы)  | Обструктивные заболевания легких  |

**Диагностика хламидиоза**

В исследовании на хламидии прежде всего нуждаются следующие лица:

1. женщины - c наличием воспалительных заболеваний гениталий, особенно с поражением шейки матки (эрозия, цервицит), бесплодием в течение 2-3 лет;

2. беременные - с отягощенным акушерским анамнезом (неразвивающаяся беременность, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, рождение маловесных детей), с осложненным течением настоящей беременности (угроза прерывания, многоводие, лихорадка неясной этиологии, гипертрофия плода);

3. мужчины - с простатитом и уретритом;

Важно подчеркнуть, что выполнить «анализы на хламидии» у вышеуказанных женщин надо проводить независимо от картины влагалищного мазка и от наличия сопутствующей условно-патогенной флоры в половых путях, так как доказано, что генитальный хламидиоз протекает преимущественно (почти в 80% случаев) при нормальной картине влагалищного мазка (при I и II его типах).

При проведении гинекологического осмотра характерно наличие эрозии шейки матки, эндоцервицита, кольпита, обильных слизисто-гнойных выделений из влагалища, кроме того, выявляется гиперемия наружного отверстия мочеиспускательного канала и остроконечные кондиломы.

Расширенная кольпоскопия позволяет предположить хламидийную инфекцию у больных с псевдоэрозиями матки при обнаружении простой типичной эктопии с признаками цервицита, имеющей четкие границы, простой эктопии с признаками цервицита нередко в сочетании с лейкоплакией, расположенной по периферии эктопии, сосудистой атипии в виде штопоровидных капилляров.

У больных с эндоуретральными остроконечными кондиломами хламидийной этиологии выявляется отечность губок уретры, на них расположены остроконечные кондиломы в виде петушиного гребешка.

У мужчин по данным уретроскопического исследования при хроническом хламидийном уретрите наиболее четко диагносцируются явления мягкого инфильтрата задней уретры и колликулит. У больных мужчин первая прозрачная на вид порция мочи содержит много плавающих и оседающих на дно нитей.

В связи с тем, что для хламидиоза более характерно малосимптомное и латентное течение, особенно в сочетании с другими инфекционными возбудителями, основное значение приобретают лабораторные методы диагностики.

Изменения иммунного статуса при хламидийной инфекции

При хламидийной инфекции происходят изменения как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета. В настоящее время доказано, что при хламидиозе начинают развиваться следующие защитные иммунологические реакции:

локальное образование секреторного иммуноглобулина А;

цитотоксическая защита посредством Т-лимфоцитов;

образование антител классов Ig M, Ig A, Ig G к хламидийному липополисахаридному антигену.

Изменения иммунной системы при острых поражениях нижнего отдела урогенитального тракта (уретрит, цервицит), как правило, неотчетливы При хронизации и распространении процесса (спальпингит, простатит, артриты) они приобретают стойкий характер.

У больных хламидийной инфекцией отмечается снижение уровеня нейтрофилов и повышение содержания эозинофилов. При исследовании клеточного звена иммунитета непрямым иммунофлюоресцентным методом с помощью моноклональных антител, определении концентрации Ig G, A, M методом радиальной иммунодиффузии могут выявляться следующие нарушения: в гуморальном звене -- снижение Ig G и IgA при снижении относительного содержания клеток СД 72 (В-лимфоцитов). Дисбаланс клеточного звена иммунитета выражается в достоверном снижении клеток СД4 (относительное содержание), тенденции к повышению СД8, очевидно, за счет роста цитотоксических клеток и, как следствие, снижение иммунорегуляторного индекса. Факторы неспецифического иммунитета характеризуются значительным повышением относительного содержания популяции естественных киллеров, а также недостаточной функциональной активностью опсоно-фагоцитарной системы.

Для клинициста такое иммунологическое обследование больного хламидийной инфекцией необходимо для обоснованного назначения иммуномодулирующих препаратов, в частности, оказывающих стимулирующее действие на нейтрофильно-фагоцитарное и Т-клеточное звено иммунитета.

Необходимо осуществлять индивидуальный подбор иммуномодуляторов на основании изучения функциональной активности полиморфноядерных лейкоцитов системы фагоцитоза методом люминолзависимой хемолюминесценции (ЛЗХЛ). Основанием для назначения того или иного препарата является максимальное по сравнению с другими повышение активности фагоцитов, детектируемое амплитудой вспышки ЛЗХЛ в момент внесения данного препарата в исследуемую пробу крови.

**Хламидиоз урогенитальный**

Определение:

Хламидийное венерическое инфекционное заболевание с контактным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется поражением мочеполовой системы человека.

Возбудитель:

Заболевание вызывается бактериями Chlamydia trachomatis, которые паразитируют внутри клеток эпителия мочеполового тракта.

Резервуар и источники возбудителя:

Человек, больной или носитель.

Механизм передачи возбудителя:

Инфекция передается половым путем. Кроме этого возможно заражение новорожденных при прохождении через инфицированные половые пути матери.

Естественная восприимчивость людей:

Очень высокая. Постинфекционный иммунитет не вырабатывается, поэтому нередки случаи повторного заражения.

Инкубационный период:

От 7 до 30 дней (обычно 7-14 дней).

Основные клинические признаки:

После попадания хламидий на чувствительный к ним эпителий (у мужчин - слизистая уретры и прямой кишки, у женщин - слизистая цервикального канала, уретры и прямой кишки) развивается воспалительный процесс. Затем процесс может перейти на окружающие органы.

Хламидиоз протекает либо вовсе бессимптомно, либо с минимальными проявлениями. Больные ощущают зуд в мочеиспускательном канале, боль при мочеиспускании, иногда учащенные позывы на мочеиспускание. Иногда наблюдаются незначительные выделения с резким запахом.

У мужчин при хламидиозе наблюдаются воспаления мочеиспускательного канала и яичка, что при хроническом течении заболевания ведет к простатиту или бесплодию. У женщин хламидии могут вызывать воспалительные заболевания мочеиспускательного канала и органов малого таза, которые при хроническом течении заболевания являются причиной внематочной беременности, выкидышей, хронических болей, бесплодия.

Лабораторная диагностика:

ПЦР (ДНК-диагностика), выделение возбудителя в культуре клеток и использовании серологических методов: РСК и ИФА.

Основные принципы лечения больных хламидийной инфекцией

Как лечить хламидиоз сегодня? Имеющиеся сведения об этом инфекционном процессе позволяют высказать ряд положений, которые следует учитывать при лечении хламидиоза. Chlamydia trachomatis высоко адаптирована к жизни внутри клеток, что обуславливает трудности ее элиминации в процессе фагоцитоза.

Клетка организма-хозяина используется хламидией как поставщик строительного материала и энергии для размножения и персистенции, а также для диссеминации возбудителя, как это отмечено на примере возникновения хламидийного менингоэнцефалита после массажа уретры или простаты. Проницаемость клеточных мембран для большинства антибиотиков низкая, их концентрация внутри клетки не достигает того уровня, который создается в крови.

Пока еще неизвестно, на какую стадию развития хламидий действуют антибиотики. Латентность и тенденция к внезапному проявлению свежих поражений характерны для хламидийной инфекции как до лечения, так и после него за счет сохранения жизнеспособных элементов хламидий внутри эпителиальных клеток аналогично тому, как они сохраняются в культуре клеток, подвергнутой действию антибиотика. После нескольких пассажей на свежих клеточных культурах снова появляются внутриклеточные включения из сохранившихся жизнеспособных телец.

Персистирование хламидий в организме у части больных в течение ряда лет, несмотря на проведенное лечение, свидетельствует о том, что у разных больных курсы лечения антибиотиками дают разные результаты, в особенности при осложненных формах. Дело в том, что антибиотики, как и другие лекарственные препарата, распределяются в организме неравномерно, создавая в разных частях тела разную концентрацию (в частности, чем слабее кровоснабжение органа, тем ниже концентрация, например, в глазах, в простате). Это неизбежно позволяет сохраниться очень небольшой части хламидий. Дальше возникает проблема – или резко ослабленная антибиотикотерапией иммунная защита все же сумеет справиться с оставшейся малочисленной флорой, или через некоторое время хламидии опять получат бесконтрольно размножаться. Но ожидать самостоятельной эффективной работы и ранее уже нарушенного иммунитета (что дало возможности вообще развиться заболеванию), и затем дополнительно ослабленного большим курсом антибиотиков не представляется реальным. Без нормализации иммунного статуса методами современной иммунологии успех в лечении всегда бывает весьма временным, хотя это и объясняют якобы повторным инфицированием.

**Основные схемы лечения хламидийной инфекции**

Методы лечения хламидиоза

1. Этиотропная терапия (антибактериальные препараты) - воспринимаются большинством пациентов как единственные «лекарства от хламидиоза»

2. Патогенетическая терапия

a. Эубиотическая терапия.

b. Воздействие на неспецифическую резистентность организма.

c. Системная энзимотерапия.

d. Иммуномодулирующая терапия.

Не вызывает сомнения главенствующая роль антибактериальных препаратов при лечении туберкулеза или пневмонии кокковой этиологии. Но при назначении схемы лечения больным хламидийной инфекцией, с учетом ее особенностей, по нашему мнению, следует в большей мере руководствоваться общетерапевтическими принципами. Довольно часто имеет место назначение больным необоснованно длительных курсов антибиотиков различных классов, ставящее целью только элиминацию хламидий из урогенитального тракта. К обострению процесса и истощению иммунокомпенсаторных резервов организма может приводить назначение без предшествующего исследования иммунного статуса одновременно нескольких иммуномодуляторов, действующих на одно и то же звено иммунитета.

Слишком часто, борясь с конкретным микробным агентом неадекватной антибиотикотерапией (неизбежно и далее подавляющей и так ослабленный иммунитет больного), забывают о принципиальном значении санации (т. е. о нормализации состояния организма и функционирования иммунной системы) самого больного, в котором обитает этот агент, что абсолютно необходимо и для стойкого излечения, и для избежания последующих рецидивов этой болезни.

В настоящее время растет число жертв так называемого «КОММЕРЧЕСКОГО ХЛАМИДИОЗА», когда после окончания многочисленных курсов его лечения (эффективных или неэффективных) такие лица остаются наедине с лекарственным гепатитом, дисбактериозом кишечника, токсико-аллергическими реакциями.

Кроме того, в таком лечениии абсолютно не учитывается преморбидное состояние больных хламидийной инфекцией: многие из них имеют и грубую иммунную дисфункцию, обусловленную патологией гепато-билиарной системы, гастродуоденальной зоны, кишечника.

Лечение хламидиоза (хламидийной инфекции) представляется сложной проблемой, заниматься которой должны не только узкопрофильные специалисты (акушер-гинеколог, уролог, дерматовенеролог), но и врач-иммунолог, врач-лаборант, терапевт. При лечении хламидиоза не следует применять готовых схем, поскольку течение хламидийного процесса у каждого больного имеет свою индивидуальность из-за индивидуальности иммунопатологического состояния.

Важнейшее значение для стойкого излечения хламидиоза имеет нормализация иммунного статуса, позволяющая в дальнейшем организму самостоятельно успешно бороться с внедряющейся хламидийной инфекцией, и не только с ней одной. Использование антибактериальных препаратов в качестве главенствующего лечебного фактора допустимо только в некоторых случаях у лиц молодого возраста в острой фазе хламидийной инфекции без сопутствующих заболеваний. Но отсутствие сопутствующих заболеваний бывает крайне редко - чаще такой вывод связан просто с недостатками диагностики. В остальных случаях при хламидийной инфекции до назначения этиотропного лечения следует оценить состояние иммунного статуса, гепатобилиарной зоны, микробиоценоза кишечника и урогенитального тракта.

**Заключение**

Клиническая картина хламидийного инфекционного процесса характеризуется скрытным течением и малосимптомностью. Хламидиоз имеет тенденцию к хронизации и появлением таких осложнений, как бесплодие, невынашивание беременности, экстрагенитальные поражения. Хламидии часто встречаются в ассоциации с другими возбудителями мочеполовых инфекций, такими, как, микоплазмы, уреаплазмы, гонококки, трихомонады. В диагностике хламидийного инфекционного процесса первостепенное значение лабораторные методы, позволяющие установить этиологический диагноз.

В современных лабораторных методах выявления хламидийной инфекции необходимо учитывать предел чувствительности и специфичности каждого метода при оценке показаний для их использования. Одно хламидийное включение, выявляемое культуральным методом, соответствует 600 копиям ДНК и 87 иммунофлюоресцирующим частицам. Считается, что изоляция возбудителя в клеточной культуре, также как и определение антигенов с помощью иммунофлюоресцентного и иммуноферментного анализа происходит лишь в 60-70% случаев положительных по молекулярно-биологическим данным (полимеразная цепная реакция и лигазная цепная реакция).

Недостатком молекулярно-биологических методов является высокая вероятность контаминации ДНК, в результате чего возможно появление ложноположительных результатов. Возможны также ложноотрицательные результаты из-за присутствия в пробах различных ингибиторов ПЦР и ЛЦР.

В настоящее время не существует лабораторного метода, позволяющего избежать как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов. При диагностике хламидиоза необходима комплексная лабораторная диагностика (ПИФ, ИФА, культуральный метод, ПЦР, выявление титров антител к антигенам возбудителя), позволяющая выявить возбудителя, определить стадию заболевания, обосновать необходимость назначения антибактериальных препаратов.

В лечении хламидиоза только тщательное исследование иммунного и инфекционного статусов больного, выявление методами объективной клинико-лабораторной и аппаратной диагностики причин возникновения иммунного дисбаланса (т. е. нарушений функционирования конкретных внутренних органов или систем, вызвавших патологическое состояние организма в целом именно в данном конкретном случае) и основанное на этих результатах проведение всесторонней иммунокоррекции, ведущей к стойкому оздоровлению пациента, позволяют добиться и стойкого излечения.

Даже очень грубые иммунопатологии в большинстве случаев излечимы методами современной иммунологии (см. «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ»), но успешное лечение пациента - это всякий раз обусловленная особенностями нарушений в организме больного сложная индивидуальная задача, требующая от лечащих врачей не только высочайшего профессионализма, но и наличия в их распоряжении соответствующей очень широкой современной диагностической базы, как клинико-лабораторной, так и аппаратной, причем, при обязательном условии абсолютной достоверности полученных результатов объективных исследований.