

Киргизбаев З.А., Орозбекова Б.Т.

ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ ГЕМАТОГЕННОЙ ДИССЕМИНАЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

Z.A. Kirgizbaev, B.T. Orozbekova

FREQUENCY AND CAUSES HEMATOGENOUS DISSEMINATION OF UROGENITAL CHLAMYDIOSIS IN OSH OBLAST

УДК: 616.67/5:614.05 (575.2)

В статье дан анализ официальной статистики распространенности в Ошской области урогенитального хламидиоза в развитии хронических заболеваний. Диссеминация урогенитального хламидиоза в органы дыхания отмечена в 23,1% и суставы - в 26,2%. Распространенность респираторного хламидиоза составляет 18,8 на 100 тыс. населения, ревматоидного - 21,4 ‰.

Ключевые слова: диссеминация, урогенитальный хламидиоз, распространенность, структура иммуноглобулинов (IgM, IgA, IgG).

Analysis of the official statistics spreading is given in article in Oshskoy area urogenitalic Chlamydia in development the chronic diseases. Disseminaciya urogenitalic Chlamydia in organs of the breathing is noted in 23,1% and joints - in 26,2%. Spreading respirator's Chlamydia forms 18,8 on 100 thou, populations, rheumatic- 21,4 ‰.

Key words: disseminaciya, urogenitalic Chlamydia, spreading, structure immunoglobulin (IgM, IgA, IgG).

Частота и динамика диссеминации урогенитального хламидиоза. По данным официальной статистики распространенность в Ошской области урогенитального хламидиоза в абсолютных числах колеблется от 965 (2004 г.) до 1158 (2010 г.). Увеличение связано с ростом численности населения. Показатель урогенитального хламидиоза на 100 тыс. населения в последние годы практически не меняется (табл. 1) и составляет в среднем 91,6 случая на 100 тыс. населения.

Гематогенная диссеминация урогенитального хламидиоза в среднем отмечена у 44,4% больных, что составляет 40,0 случаев на 100 тыс. населения. В динамике процесс диссеминации повышается. Так, удельный вес диссеминации повысился с 27,5% (2004 г.) до 40,0% (2010), а в расчете на 100 тыс. населения соответственно: 25,8 и 40,7 ‰.

Таблица 1

Частота и динамика гематогенной диссеминации урогенитального хламидиоза

Годы наблюдения	Урогенитальный хламидиоз по данным статистики		Частота диссеминации урогенитального хламидиоза			В том числе			
						респираторный		суставной (ревматоидный)	
	абс. число	на 100 тыс. нас.	абс. число	% к УГХ*	на 100 тыс. нас.	абс. число	на 100 тыс. нас.	абс. число	на 100 тыс. нас.
2004	965	61,2	366	37,9	35,7	245	23,9	121	11,8
2005	827	71,1	396	47,9	38,0	240	23,0	156	15,0
2006	925	89,9	480	51,9	45,4	235	22,2	245	23,2
2007	892	87,7	428	48,0	40,0	185	17,3	243	22,7
2008	986	87,9	437	44,3	40,4	180	16,6	257	23,8
2009	1055	90,6	452	42,8	40,7	166	15,0	286	25,8
2010	1158	81,2	466	40,2	41,0	165	14,5	301	26,5
Всего	6135		3025			1416		1609	
Усред	876	63,9	432	44,4	40,2	202	18,8	230	21,4

Примечание УГХ* - урогенитальный хламидиоз

Диссеминация урогенитального хламидиоза в органы дыхания отмечена в 23,1% и суставы - в 26,2%. Распространенность респираторного хламидиоза составляет 18,8 на 100 тыс. населения, ревматоидного - 21,4 ‰.

Вероятность и признаки гематогенной диссеминации ХИ. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что развитию хронических болезней легких предшествует урогенитальный хламидиоз (Башмакова М.А., с соавт., 1995; Hook E.W., 1990). При этом роль *S. trachomatis* как основного этиологического фактора не вызывает сомнений. Наглядным примером этому является болезнь Рейтера. В последнее время все чаще встречается болезнь Рейтера без наличия известной триады: артрит, уретрит, конъюнктивит. Преимущественно поражаются верхние конечности (Агабабова Э.Р. 1991; Алексеева Е.И., и др. 2000, 2001, 2003, Савичева А.М. 1998; Артамонова В.А., Ахмади С., Полянская И.С. 1991).

В качестве внесуставных проявлений хламидийной инфекции (*S. trachomatis*) могут встречаться миокардит, перикардит, нарушения ритма и проводимости, аортит с развитием относительной недостаточности аортального

клапана, пневмония (бронхиолит), плеврит, пиелонефрит, амилоидоз почек, полинейропатия, перигепатит (синдром Фитц-Хью- Куртиса), узловатая эритема.

Хламидии не являются нормальной флорой для организма людей. Их обнаружение указывает на инфицирование организма. У 90% людей хламидии не выявляются. Начальным проявлением соматического хламидиоза является урогенитальный хламидиоз.

Принято считать, что интервал между появлением симптомов артрита и предшествующей инфекцией варьирует от 1 до 12 нед. Минимальный период между началом реактивного артрита и предшествующим инфицированием *S. trachomatis* укладывается в 1-7 дней. Проведенные нами исследования показали, что хламидии на месте первичного внедрения (цервикальный канал и уретра) цитологическим методом через сутки не выявляются, а антитела типа IgM появляются на 3 сутки. От общего количества обследованных (4172 пациента) специфические хламидийные антитела регистрировались у 87,4% типа IgG и 16,6% типа IgM (табл. 2).

В группе женщин антитела к IgM выявляются в два раза чаще (13,0%), чем в группе мужчин (7,1%). Однако у взрослых, будь-то мужчины или женщины, выявляются исключительно иммуноглобулины типа IgG, тогда как в группе детей чаще выявляются IgM (79,7-85,7%).

Таблица 2

Структура фазы Ig (принадлежность) за исследуемый период (2008-2010 гг.)

Группы обследованных	2008-2010 гг.				Выделен иммуноглобулин					
	Количество обследованных		из них ХИ выявлена		IgM		IgG		IgA	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
мужчины	719	17,2	51	7,1	0	0	51	100	-	-
женщины	2325	55,7	302	13,0	0	0	302	100	-	-
дети стар. 1года	93	2,2	7	7,5	6	85,7	1	14,3	-	-
дети до 1года	1035	24,8	59	5,7	47	79,7	12	20,3	-	-
всего	4172	100	419	10,0	53	12,6	366	87,4	-	-

Содержание и структура иммуноглобулинов (IgM, IgA, IgG) в крови больных позволяет определить четыре фазы заболевания: острую, хроническую, реинфекцию, остаточную серологию. Наличие IgM типично для острого процесса, наличие IgG - для хронического процесса, наличие IgG в сочетании с IgA - на реинфекцию, низкий титр IgG на остаточную серологию после лечения.

Факторы риска гематогенной диссеминации урогенитального хламидиоза. Нет сомнения, что частота гематогенного диссеминирования урогенитального хламидиоза зависит от его распространения. Чем выше уровень урогенитального хламидиоза, тем выше уровень соматического хламидиоза, обусловленного гематогенной диссеминацией. Однако в ряде случаев диссеминация отсутствует или проявляется с задержкой на 5-10 лет. Поэтому важно знать причины, приводящие к гематогенной диссеминации урогенитального хламидиоза.

Организационные факторы. В Кыргызстане в ходе реформирования системы здравоохранения было сокращено количество диспансеров до 2-х - РКВД (70 коек) и Ошский кожвендиспансер - (268 коек). Общий специализированный коечный фонд сократился с 1195 (1990 г.) до 501 койки (2003 г.). Численность врачей этого профиля за этот же период была сокращена с 250 до 136 человек. Такое преобразование венерологической службы сыграло не последнюю роль в эпидемическом подъеме ИППП, в том числе и ХИ.

Социальные факторы. В структуре больных диссеминированным урогенитальным хламидиозом преимущество составляют сельские жители, в частности, рабочие сельского хозяйства (51%), служащие - 32% и безработные -17%. Более высокий процент сельских жителей указывает на физическую и экономическую недоступность медицинской помощи, по этой причине они не могут провести необходимые анализы и получить адекватное лечение.

Вредные привычки. Анкетирование пациентов с диссеминированным, хламидиозом показало, что больные диссеминированным хламидиозом чаще курят (62% против 32% в контрольной группе), чаще употребляют спиртные напитки (69% против 21% в контрольной группе).

Дефекты обследования. При обследовании наиболее часто допускаются такие погрешности как: не собирается половой анамнез, не описывается подробно местный статус, не проводится обследование на сопутствующие ИППП (72%), отсутствует бактериологическое подтверждение (76%), забор материала ограничивается уретрой и цервикальным каналом, при подозрении на наличие хронического воспалительного процесса провокация не проводится.

Успех терапии во многом зависит от своевременного установленного диагноза. Выбрать правильную стартовую терапию чаще всего врачу трудно, так как лабораторное подтверждение пролонгировано по времени, и результаты, как правило, всегда запаздывают по отношению ко времени для принятия решения. Чаще при выборе антибиотиков врачу приходится

использовать свое клиническое мышление, основанное на знании клиники, характере течения ХОБЛ, вызванной хламидиями, а так же ориентироваться на полноту собранного анамнеза. Не осуществляется контроль за качеством лечения больных ХИ, который проводится частично только на уровне областных учреждений здравоохранения.

Проявление гематогенной диссеминации повышается с возрастом. Пик приходится на возраст 60 лет и старше.

Гендерные различия. Во всех возрастных группах диссеминированного урогенитального хламидиоза преобладали лица женского пола, доля которых составляла в среднем 75,8%. По нашим данным связь диссеминации с полом является доказанной (табл. 3).

Таблица 3

Динамика заболеваемости хламидиозом населения Ошской области

Годы	Абс. число			На 100 тыс. населения		
	оба пола	муж.	жен.	оба пола	муж.	жен.
2004	965	234	731	94,1	46,9	147,1
2005	827	200	627	79,4	39,4	124,6
2006	925	224	701	87,5	43,5	137,3
2007	892	216	676	83,4	41,3	130,4
2008	986	226	760	91,2	42,6	144,2
2009	1055	310	745	95,1	57,9	139,6
2010	1158	289	869	94,1	53,4	161,0
Усред.	972,6	242,7	729,9	91,4	35,2	136,7

Для всех артропатий характерен половой диморфизм. Разный гормональный статус мужчин и женщин проявляется как разной частотой встречаемости, так и более легким течением болезни у женщин. Бессимптомная инфекция в группе женщин отмечена в 80% случаев. Клинически хламидийная инфекция у мужчин проявляется несколько иначе, чем у женщин. У мужчин часто встречаются конъюнктивит, увеит, уретрит, баланит или баланопостит, простатит эпидидимит/орхит при сексуальной активности, проктит. В целом в настоящее время среди наиболее распространенных осложнений (эпидидимитов и сальпингитов) выявляется не более 1 - 3% у мужчин и 15% у женщин.

Таким образом, факторы способствующие диссеминации урогенитального хламидиоза можно объединить в следующие группы:

1. Социальные факторы: алкоголизм, наркомания, низкий уровень жизни, увеличение числа разводов.

2. Биологические факторы: молодые люди в возрасте 15-30 лет, (хламидийная инфекция среди молодых женщин встречается в 5 раз чаще, чем у мужчин этой же возрастной группы), снижение возраста полового созревания, увеличение возраста вступления в брак.

3. Экономические факторы / международный туризм (в том числе сексуальный), безработица, бедность.

4. Поведенческие факторы: раннее начало половой жизни, количество половых партнеров, недавняя

смена полового партнера, нетрадиционные половые контакты.

Литература:

1. Агабабова Э.Р. Реактивные артриты, некоторые вопросы теории и практики. Тер. архив,-т.63. №5. 1991. - С. 8-12.
2. Алексеева Е.й. Принципы патогенетической терапии тяжелых системных вариантов Ювенильного ревматоидного артрита: Автореф. Дисс. ...д-ра мед. наук. Москва. - 2000. 48с.
3. Алексеева Е.И., Баранов А.А., Шувалова М.П. и др. Ревматические заболевания у детей в Российской Федерации: масштаб проблемы. Педиатрия. Приложение 3. "Актуальные вопросы детской кардиоревматологии на УП Конгрессе педиатров России". 2003. -С. 2-10.
4. Алексеева Е.И., Жолобова Е.С. Реактивные артриты у детей. Вопр. совр. педиатрии; 1(2). - 2003. - С.51-56.
5. Артамонова В.А., Ахмади С., Полянская И.С. Некоторые клинические и иммунопатогенетические особенности реактивных артритов у детей. Тер. архив. Т.63. №5. -1991. - С. 22-25.
6. Башмакова М.А., Кошелева Н.Г., Калашникова Е.П. Хламидиоз. Клиника, диагностика, лечение // Жур. акушерства и гинекологии. - 1995. - №1. - С. 15-18.
7. Савичева А.М., Башмакова М.А. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия. Под ред. член.-корр. РАМН Э.К.Айламазяна. Н.-Новгород. 1998; 182с.
8. Hook E.W. Septic gonococcal arthritis is much more common in the USA than in the UK // Br. J. Rheumatol. - 1990. - Vol. 29. - P. 283.

Рецензент: д.м.н., профессор Тайчиев И.Т.