

ГУО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель

На долю трубно-перитонеального фактора в структуре женского бесплодия приходится 80-90% случаев [1]. Наиболее вероятной причиной развития патологии маточных труб считается хламидийная инфекция [2]. Частота урогенитального хламидиоза, особенности жизненного цикла, трудности диагностики различных форм существования возбудителя, частое развитие персистентной формы заболевания и ее влияние на фертильность обуславливают интерес к данной проблеме.

Цель исследования: установить частоту и клинико-эпидемиологические особенности хламидийной инфекции у больных трубно-перитонеальным бесплодием.

Материалы и методы: обследовано 90 пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием, к контрольной отнесена 31 фертильная женщина, не имеющих нарушений репродуктивной функции. Группы сопоставимы по возрасту, средний возраст составил $28,4 \pm 3,4$ лет в основной группе и $29 \pm 2,5$ — в контрольной, статистически значимых различий не выявлено. Длительность бесплодия в основной группе составила от 1,5 до 18 лет, в среднем $6,1 \pm 2,6$. Для диагностики хламидийной инфекции использованы прямые и непрямые методы лабораторной диагностики. Методом ИФА определяли титр специфических антител классов Ig G и Ig A, IgM сыворотки крови к антигену *Chlamydia trachomatis*, Ig G к белку теплового шока (сHSP 60) хламидий. В диагностике хламидийной инфекции был использован твердофазный иммуноферментный анализ с помощью тест-систем для выявления иммуноглобулинов классов IgG, IgA, IgM к антигену *Chlamydia trachomatis*, IgG к белку теплового шока (сHSP60) («ХламиБест *C.trachomatis* — IgA — стрип», «ХламиБест *C.trachomatis* — IgG — стрип», «ХламиБест *C.trachomatis* — IgM — стрип», «ХламиБест сHSP60 — IgG», ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Для определения ДНК *Chlamydia trachomatis* мы использовали тест-систему «Амплиценс *Chlamydia trachomatis* — 330p / ВКО — 630» ЗАО «Вектор-Бест», Россия. Совокупная оценка результатов лабораторной диагностики и клинических проявлений, позволила определить наличие *Chlamydia trachomatis* только в основной группе у 58 ($64,4 \pm 5,1\%$) пациенток ($\chi^2=38,37$, $P<0,001$). Учитывая данные анамнеза, клинического обследования и данные лабораторной диагностики, среди 58 женщин с маркерами урогенитального хламидиоза выделено 3 формы клинического течения заболевания: острая — 14 ($24,1 \pm 5,6\%$), хроническая — 6 ($10,3 \pm 4,0\%$), персистентная — 38 ($65,6 \pm 6,2\%$). Для диагностики клинической формы инфекции мы ориентировались на жалобы, данные объективного обследования, определение специфических Ig M, IgA, IgG к антигену, IgG к белку теплового шока *Chlamydia trachomatis*, данные серологического исследования подтверждали методами полимеразной цепной реакции, реакции иммунофлюоресценции. На основании обнаружения в сыворотке крови специфических антител к *Chlamydia trachomatis*, антигена либо ДНК возбудителя, клинических проявлений заболевания, у 14 ($24,1 \pm 5,6\%$) инфицированных пациенток была определена острая форма хламидийной инфекции. Данный вариант течения заболевания характеризовался наиболее выраженными клиническими проявлениями: у 9 ($64,3 \pm 13,3\%$) пациенток отмечали выделения из влагалища, у 3 ($21,3 \pm 11,4\%$) — дизурические явления, у 12 ($85,7 \pm 9,7\%$) — дискомфорт в нижних отделах живота. При вагинальном исследовании болезненность при пальпации и увеличение придатков матки обнаружены у 7 ($50 \pm 13,9\%$) пациенток. У 1 ($7,1 \pm 6,9\%$) женщин жалоб не было, заболевание протекало бессимптомно. Диагноз «хроническая хламидийная инфекция половых органов» был выставлен 6 ($6,7 \pm 2,6\%$) пациенткам основной группы, из которых на перенесенный хламидиоз указали 3 ($50 \pm 22,4\%$) женщины, 3 ($50 \pm 22,4\%$) неоднократно лечились ранее по поводу длительно существующего воспалительного процесса придатков матки неясной этиологии. У всех пациенток с данной формой инфекции отмечено нарастание диагностически значимых титров специфических Ig G к *Chlamydia trachomatis*. В то же время, ДНК возбудителя, антитела других классов у этих пациенток обнаружены не были. Персистентная форма

хламидийной инфекции была диагностирована у 38 (50,7±5,8%) из 75 обследованных бесплодных женщин. В анамнезе этих пациенток отмечался рецидивирующий хронический воспалительный процесс, длительное бесплодие. В основной группе у 45 (50,6±5,3%) пациенток в воспалительный процесс были вовлечены маточные трубы и яичники, такая патология встречалась 5 раз реже в контрольной группе — у 3 (9,7±5,3%) женщин ($P<0,001$). Сальпингит диагностирован в 10 раз чаще в основной группе, чем в контрольной, частота его составила 29 (32,2±3,2%) и 1(3,2±3,2%) соответственно ($P=0,003$). Изменение труб по типу гидросальпинксов встречалось только в основной группе и составило 26 (28,9±4,8%) ($P=0,002$), односторонний пиосальпинкс был у 1 (1,1±1,1%) пациентки основной группы ($\chi^2=0,35$, $P=0,56$).

Эндоскопические особенности течения хламидийной инфекции устанавливали на основании признаков: окклюзия маточных труб, одно- и двухсторонний характер поражения, уровень окклюзии, выраженность спаечного процесса, сопутствующая патология органов малого таза. Хронический сальпингит без окклюзии маточных труб наблюдался только при остром течении заболевания — у 2 (14,3±9,7%) женщин ($\chi^2=4,7$, $P<0,05$). Двусторонняя окклюзия маточных труб чаще встречалась у пациенток с персистентным течением заболевания - 20 (52,6±2,5%) ($\chi^2=9,8$, $P<0,05$). Помимо степени вовлечения в патологический процесс маточных труб, мы оценивали уровень окклюзии при хромосальпингоскопии. Установлено, что у больных с хроническим течением хламидийной инфекции доминировало дистальное поражение маточных труб (50,0±22,4%), среди пациенток с персистентным течением заболевания достоверно чаще преобладала проксимальная окклюзия — у 21 (55,3±8,2%) ($\chi^2=4,3$, $P<0,05$).

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о широком распространении нарушений репродуктивной функции у женщин с хламидийной инфекцией половых органов ($\chi^2=38,37$, $P<0,001$). Длительно текущий воспалительный процесс на фоне персистенции *Chlamydia trachomatis* у 52% пациенток приводит к двустороннему поражению маточных труб ($\chi^2=9,8$, $P<0,05$), в 55% случаев окклюзия происходит в проксимальном отделе, что затрудняет проведение реконструктивных операций на маточных трубах ($\chi^2=4,3$, $P<0,05$).

Литература

1. Armstrong J. *Chlamydia trachomatis* (CT) testing practices in a commercially insured population / J. Armstrong, S. Leeds, S. Sangi-Haghpeykar // *Fertility and Sterility* [Electronic resource] - 2001. - Vol.76, №3, Supplement 1. - Mode of access: <http://www.sciencedirect.com>. - Date of access: 12.02.09.
2. Association between tubal infertility, antibodies to *Chlamydia trachomatis* and *Chlamydia* 60 kDa heat shock protein (HSP) and a mannose binding lectin (MBL) gene polymorphism in women undergoing IVF / P. V. Vadhana [et al.] // *Fertility and Sterility* [Electronic resource] - 2000. - Vol.82, Supplement 2. Mode of access: <http://www.elsevier.com>. Date of access: 10.08.08.