Автор: http://www.iaci.ru
18.10.2008 13:59 - Обновлено 16.05.2018 12:00



Что такое хламидиоз ?

Хламидиоз — инфекционное заболевание, передаваемое половым путем. Причиной заболевания служат хламидии (Chlamydia trachomatis) - внутриклеточные бактерии. В большинстве случаев заражение хламидиозом происходит половым путем. Вероятность заражения при незащищенном половом контакте (вагинальном, анальном) с больным хламидиозом составляет около 50%.Бытовое заражение маловероятно. Это обусловлено тем, что хламидия быстро погибает вне организма человека, кроме того для заражения необходимо, чтобы в организм попало достаточное количество хламидий. Поэтому причиной заражения не могут быть сидения унитазов, плавательные бассейны, бани, общая посуда и полотенца.

хламидиоз, хламидия

Консультация www.маммолог.онлайн

Консультация www.венеролог.онлайн

Симптомы хламидиоза

Инкубационный период составляет от 7 до 30 дней (обычно 7-14 дней). Пациенты могут жаловаться на выделения из уретры (мужчины), влагалища (женщины) белого, желтого цвета или прозрачные. Иногда возникает болезненность, жжение при мочеиспускании или половом акте, покраснения и зуд у наружного отверстия мочеиспускательного канала. При развитии осложнений больные жалуются на боли в области промежности, мошонки, прямой кишки, женщин беспокоят боли внизу живота, в области поясницы. Как у мужчин, так и у женщин возможны боли во время полового контакта. Однако в 5-% случаев хламидиоз протекает бессимптомно.

Чем опасен хламидиоз ?

Прежде всего хламидийная инфекция может вызывать осложнения. У мужчин

наиболее частым является воспаление придатка яичка – эпидидимит. У женщин наиболее частое осложнение хламидиоза – воспалительные заболевания матки и придатков, которые являются одной из главных причин женского бесплодия.Еще одним осложнением хламидиоза является синдром Рейтера, который проявляется воспалением мочеиспускательного канала (у женщин – канала шейки матки), глаз и суставов. Следует отметить, что риск осложнений возрастает при повторном заражении хламидиозом. Ранее считалось, что хламидиоз у мужчин нередко приводит к простатиту. В настоящее время роль хламидий в развитии простатита не доказана.

Диагностика хламидиоза

По результатам общего мазка (как у мужчин, так и у женщин) можно лишь предположить хламидиоз. При этом заболевании количество лейкоцитов в общем мазке может быть повышено незначительно или вообще не превышать нормы. Для выявления возбудителя используют более точные методы исследования – ПЦР (ДНК-диагностика). Точность ПЦР составляет 90-95%.

Лечение хламидиоза

Лечение хламидиоза проводится по назначению и под контролем врача и длится 3 недели и более. Общим обязательным условием успешного лечения является одновременность лечения для обоих супругов или половых партнёров, даже в тех случаях, когда хламидии у одного из них не обнаружены. В период лечения и последующего контроля половая жизнь запрещается. Для лечения применяют антибиотики в сочетании с неспецифическими средствами и физиотерапевтическими процедурами. Лечение всегда индивидуально с учётом стадии воспалительного процесса и топического диагноза, то есть в зависимости от того, какой орган и в какой степени поражён. Больной хламидиозом считается излеченным, если после окончания лечения в течение 1-2 месяцев при лабораторных исследованиях у него не обнаруживаются хламидии. Прогноз при современном и адекватном лечении благоприятный.

Однако, существует и сложность лечения хламидий, которая объясняется тем, что неправильное применение антибактериальных препаратов может привести к переходу заболевания в так называемую хроническую стадию (когда повышается риск осложнений, например женскому бесплодию) или наоборот, вызвать резкое обострение воспалительного процесса. На сегодняшний день точно известно, что помимо всего прочего, залогом успешного лечения хламидиоза является концепция строго индивидуального комплексного подхода.

О лечении хламидиоза. Принципы лечения. Препараты.

Возбудитель хламидиоза (Chlamidia trachomatis)высоко адаптирован к жизни внутри клеток, что обуславливает трудности его элиминации в процессе фагоцитоза. Клетка организма 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 (А.М.Савичева, М.А. Башмакова, 1998).

Схемы лечения хламидиоза. Основные методы лечения хламидийной инфекции.

* Этиотропная терапия (антибактериальные препараты) - воспринимаются большинством пациентов как единственные "лекарства от хламидиоза"
*Патогенетическая терапия.
*Эубиотическая терапия.
*Воздействие на неспецифическую резистентность организма.
*Системная энзимотерапия.
*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. Часто борясь с конкретным микробным агентом, забывают о санации самого макроорганизма, в котором обитает этот агент. 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, не учитывается преморбидное

состояние больных хламидийной инфекцией: многие из них имеют иммунную дисфункцию, обусловленную патологией гепато-билиарной системы, гастродуоденальной зоны, кишечника.

Лечение хламидиоза (хламидийной инфекции) представляется нам 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.

По нашему мнению, использование антибактериальных препаратов в качестве главенствующего лечебного фактора возможно только у лиц молодого возраста в острой фазе хламидийной инфекции без сопутствующих заболеваний. В остальных случаях при хламидийной инфекции до назначения этиотропного лечения следует оценить состояние иммунного статуса, гепатобилиарной зоны, микробиоценоза кишечника и урогенитального тракта.

Этиотропная терапия (антибактериальные препараты)

При лечении хламидийной инфекции следует учитывать следующие обстоятельства: хламидия является внутриклеточным паразитом, поэтому при выборе антибиотиков следует ограничиваться только теми, которые способны проникать внутрь клетки. Кроме того, воспалительный процесс в гениталиях наряду с хламидиями часто вызывают и другие микроорганизмы, такие как Neisseria gonorrhoeae, Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealiticum, облигатные анаэробные бактерии и другие. С учетом изложенного следует назначать антибиотики, оказывающие действие на всех возможных участников воспалительного процесса, то есть осуществлять синдромальый подход. Антихламидийный агент должен активно воздействовать на делящиеся – ретикулярные тельца (РТ). Активность определяется минимальной подавляющей концентрацией (МПК) агента на возбудителей in vitro.

На основании многочисленных исследований в настоящее время при лечении хламидийной инфекции применяют три основных группы антибиотиков: тетрациклины, макролиды, фторхинолоны. Сульфаниламиды, пенициллины и цефалоспорины обладают низкой активностью и могут способствовать персистированию инфекции.

Тетрациклины: доксициклин

К ним относят тетрациклин и доксициклин. При неосложненных формах хламидийной инфекции (цервицит, уретрит, бессимптомное носительство хламидий в урогенитальном тракте) рекомендуется применять 7-14-дневные курсы тетрациклина по 500 мг четыре раза в день. Прием доксициклина позволяет применять более низкие дозы-100 мг два раза в день, что делает доксициклин более предпочтительным.

Макролиды: сумамед, ровамицин, рулид, клацид, макропен и вильпрафен.

Эритромицин давно применяется при лечении хламидиоза, обладает вдвое большей активностью, чем азитромицин (сумамед), но тяжело переносится из-за возникающих

диспептических нарушений. Эритромицин применяется по 500 мг два раза в день в течение 10 дней или 250 мг четыре раза в день в течение 7 дней. Спиромицин (ровамицин) в значительной концентрации накапливается в воспалительном очаге, и хотя по минимальной ингибирующей активности ровамицин менее активен, чем эритромицин, его малая органотоксичность, хорошая переносимость делают препарат безопасным антибиотиком. Он принимается по 3 млн ЕД три раза в сутки в течение 10 дней.

Азитромицин (сумамед) – высокая терапевтическая концентрация этого антибиотика в тканях достигается после однократной дозы и сохраняется в очаге поражения не менее 5 суток. Сумамед эффективен также в отношении гонококка и бледной трепонемы, что позволяет его применять при гонорейно-хламидийной инфекции и сочетании хламидиоза с ранними формами сифилиса. Сумамед рименяется по следующей схеме: первый прием-1,0 г за час до еды или через 2 часа после еды, в последующие дни 500 мг однократно, курс 5-7 дней или 500 мг однократно в первый день, в последующие дни по 250 мг однократно в течение 10 дней (на курс 3 г). Основной недостаток-неактивен в отношении Mycoplasma hominis , анаэробов рода Bacteroides.

Рокситромицин (рулид)- обладает высокой активностью в отношении как хламидий, так и Ureaplasma urealiticum. После приема внутрь концентрация рулида в крови достигает максимума через 1,5 – 2 часа , обладает малым количеством побочных эффектов. Рулид ыводится медленно, период полувыведения составляет 10-15 часов. Назначается рулид по 150 мг два раза в день (за 15 минут до еды) в течение 10-14 дней.

Кларитромицин (клацид) – активен в отношении хламидий и уреаплазм. При приеме внутрь клацид устойчив к кислой среде желудка, и, поэтому, назначается независимо от приема пищи. Период полувыведения основного вещества клацида составляет 3,5-4,5 часа. Клацид назначают по 250 мг два раза в день в течение 10-14 дней, при затяжном течении его назначают в виде внутривенных введений в дозе 500 мг/сутки на физиологическом растворе в течение 2 суток, затем переходят на пероральный прием.

Джозамицин (вильпрафен, непр. вильпрофен). Вильпрафен назначается в дозе 500 мг два раза в день в течение 10 суток. Врачами России накоплен большой опыт использования препарата вильпрафен. Однако пациенты почему-то называют препарат неправильно - вильпрофен.

Мидекамицин (макропен). Макропен - известный препарат макролид. Макропен назначается в дозе 400 мг три раза в день в течение 14 дней.

Фторхинолоны: тарифид и ципроба.

Антибиотики этой группы оказывают бактерицидное действие на хламидии. Клинические испытания ципрофлоксацина, пефлоксацина, норфлоксацина, ломефлоксацина, офлоксацина показали, что по своей эффективности они уступают макролидам и тетрациклинам. В настоящее время из этой группы применяется офлоксацин (таривид) в дозе 200 мг два раза или 400 мг один раз в сутки в течение 9

дней. По нашим данным при исследовании культуральным методом изолятов, полученных от лиц, инфицированных хламидиями, отмечаются единичные случаи выявления устойчивости к ципрофлоксацину (ципробай, цифран и др.), обусловленные геномными мутациями.

Эубиотическая терапия

Инфекционный процесс, обусловленный хламидиозом, в условиях дисбактериоза приобретает затяжное рецидивирующее течение, создаются условия для размножения и персистенции другой условно-патогенной флоры, что приводит к сохранению или развитию воспалительных процессов в урогенитальном тракте после элиминации хламидий. При необходимости возможно одновременное назначение коррегирующей биоценоз и антимикробной терапии, при этом следует предпочитать препараты, оказывающие наименьшее негативное воздействие на нормальную микрофлору кишечника (фторхинолоны-таривид или ципробай).

Мы предлагаем использовать методику лечения дисбиоза, предложенную Г.А. Дмитриевым, Л.В.Погорельской, М.М. Васильевым и др. (1996)

Технология использования методики

Базисный курс, целью которого является коррекция моторно-секреторной функции желудочно-кишечного тракта, проводится в течение 4-х недель и заключается в назначении полиферментных препаратов (фестал, мезим, панзинорм), желчегонных, спазмолитических препаратов и витаминов группы В (В1, В2, В6) в обычных терапевтических дозировках. Одновременно в течение первой недели лечения осуществляется селективная деконтаминация кишечника для элиминации вторичной условно-патогенной микрофлоры, нехарактерной для эубиоза кишечника здорового человека (стафилококк, протей и др.). Применяются препараты гомологичных бактериофагов (колифаг, протейный, колипротейный, стафилококковый, стрептококковый, клебсиеллезный, синегнойный, пиобактериофаг) в зависимости от вида микроорганизма. Бактериофаг назначается в случае выявления условно-патогенных микроорганизмов в количестве более 103 КОЕ/мл. Внутрь бактериофаги назначаются в суточной дозе 100 мл, разделеннойна три приема за 1,5 часа до еды в течение 7-10 дней. Местно бактериофаги применяются применяются в виде инстилляций в уретру-2-3 мл, в мочевой пузырь -- 50 мл, в форме тампонов или свечей- во влагалище 1-2 раза в день в течение 7-10 дней. Противопоказаний к назначению бактериофагов не существует. Показана фитотерапия перорально и в форме ректальных микроклизм (отвары или настои сборов трав “Элексол”, “Брусинвер”).В течение первой и второй недель терапии проводится энтеросорбция естественными или синтетическими энтеросорбентами (полифепан, полисорб, смекта, энтерогель, альгисорб). Суточная доза одного из сорбентов принимается однократно на ночь . Интервал между предшествующим приемом пищи или лекарств должен составлять не менее 1,5 часов. В случае наклонности к запорам целесообразно применять активированный уголь.

Со второй по четвертую недели осуществляется коррекция аутохтонной микрофлоры с

помощью пробиотиков в зависимости от характера выявленных нарушений биоценоза кишечника и влагалища. Колибактерин назначается при преимущественном нарушении количественного содержания кишечной палочки и/или качественном изменении эшерихий-появлении и значительном повышении гемолизирующих, лактозонегативных, слабоферментативных форм. Принимают по 3-4 дозы два раза в день за 15-20 минут до еды. Разводят кипяченой водой перед приемом из расчета 1 чайная ложка вода на одну дозу. Бифидумбактерин показан при отсутствии или уменьшении содержания бифидобактерии. Бификол применяют при нарушениях как аэробного (кишечная палочка), так и анаэробного (бифидобактерин) звеньев кишечной микрофлоры. Ацилакт -- при снижении или отсутствии содержания лактобактерий, препараты назначают по 5 доз три раза в день за 15-20 минут до еды. Необходимо также проводить микробиологическое исследование влагалищного содержимого.

При снижении частоты выделения основных кислотопродуцирующих представителей облигатного биоценоза-лактобактерий, появления представителей условно-патогенной флоры-энтеробактерий, энтерококков, золотистого стафилококка и различных анаэробов. Обязательно применение бифидумбактерина и ацилакта в вагинальных свечах. Препараты назначают по 1 свече два раза в сутки в течение 10 дней. В течение курса больным следует рекомендовать функциональное питание (бифидокефир, кишечные отруби, свекла, тыква). Наступление клинико-лабораторного эффекта при приеме пробиотиков следует ожидать через 2-4 недели от начала терапии. В случае неэффективности лечения следует произвести смену препарата с учетом контроля показателей биоценоза кишечника и влагалища, оказать воздействие на неспецифическую резистентность.