

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Е. А. Вострикова, Н. И. Тарасов, А. А. Марцияш

ХЛАМИДИЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА И ВРАЧА ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Работа выполнена в рамках
Национального проекта «Здоровье»

Кемерово – 2007

Вострикова Е. А., Тарасов Н. И., Марцияш А. А.
Хламидийные инфекции в практике участкового терапевта и врача общей врачебной практики: Учебное пособие.
Кемерово: КемГМА, 2007. – 20 с.

Учебное пособие предназначено для терапевтов, врачей общей врачебной практики, слушателей факультета последипломного образования, клинических ординаторов и интернов, студентов старших курсов медицинской академии. В пособии дан краткий обзор наиболее распространенных видов хламидийных инфекций, показаны механизмы развития и ведущие морфологические признаки заболеваний, представлены современные принципы диагностики и лечения.

Рецензенты:

Краснов А. В. – зав. кафедрой инфекционных болезней КемГМА,

Михеева А. П. – проф. кафедры госпитальной терапии
и клинической фармакологии КемГМА.

© Кемеровская государственная медицинская академия, 2007

ПСИТТАКОЗ (ОРНИТОЗ)

Этиология. Возбудитель – *Chlamidophila psittaci* обладает всеми свойствами, характерными для семейства Chlamydiaceae. Штаммы хламидофил, выделенные от птиц и млекопитающих, различаются по антигенным свойствам.

Эпидемиология. Источником инфекции являются более 170 видов птиц. Существенное эпидемиологическое значение имеют городские голуби, зараженность которых *C. psittaci* достигает 80 %. Довольно часто источниками инфекции становятся домашние птицы – попугаи, канарейки и др.

Пути передачи – воздушно-капельный, воздушно-пылевой. Редко встречается алиментарный путь заражения. Пситтакоз может быть профессиональным заболеванием у работников птицеферм, мясокомбинатов. Заболеваемость обычно имеет спорадический характер, но встречаются семейные и профессиональные вспышки. Болеют преимущественно люди зрелого и старшего возраста. Заболевание регистрируется чаще в холодное время года.

Патогенез. *C. psittaci*, проникнув в организм человека через слизистую оболочку дыхательных путей, размножаются в цилиндрическом эпителии дыхательных путей, повреждая его. Поражаются бронхи, бронхиолы, альвеолы. Гематогенным путем микробы могут попадать в различные органы, где формируются вторичные очаги. Особенно часто в процесс вовлекаются печень, селезенка, центральная нервная система, миокард. В большинстве случаев организм освобождается от возбудителя в течение 4–6 недель. На фоне иммуносупрессии *C. psittaci* сохраняются в организме в течение нескольких лет, обеспечивая развитие хронических форм инфекции.

После перенесенного заболевания развивается кратковременный и нестойкий иммунитет.

Клиника. Инкубационный период – 6–17 дней. Выделяют несколько клинических форм пситтакоза: гриппоподобная, пневмоническая, тифоидная, менингеальная, латентная. Наиболее типичной считается пневмоническая форма, протекающая по типу перибронхита, мелко-, крупноочаговой или лобарной пневмонии. Заболевание начинается внезапно с озноба, головной боли, ломоты во всем теле.

У некоторых больных острому началу предшествует продромальный период болезни в виде недомогания, болей в суставах, субфебрилитета в течение 1–3 дней. На 2–3-й день болезни появляются сухой кашель, симптомы трахеобронхита. Воспалительные изменения в легких выявляются на 5–7-й день болезни. Беспокоят кашель со слизистой мокротой, одышка.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ

Этиология. Возбудители – *C. trachomatis* сероваров D, Da, E, F, G, H, I, Ia, J, K.

Эпидемиология. Источником инфекции является больной с манифестной или бессимптомной формой острого или хронического заболевания. Механизм передачи: контактный и вертикальный.

Контактный механизм реализуется обычно половым и, редко, неполовым (бытовое заражение) путями. Вертикальный механизм реализуется при антенатальном заражении (через плаценту) и интранатально (в родах).

Восприимчивость к урогенитальному хламидиозу наиболее высока у лиц с иммунодефицитами. Пик частоты развития урогенитального хламидиоза приходится на лиц в возрасте от 17 до 25 лет, что соответствует частоте распространения других передаваемых половым путём инфекционных заболеваний.

Урогенитальный хламидиоз относится к числу наиболее распространенных заболеваний, передающихся половым путем.

Патогенез. Хламидии попадают на слизистую оболочку мочеполовых путей и внедряются в эпителий цилиндрического или переходного типов, что приводит к региональному воспалению. В дальнейшем воспалительный процесс распространяется *per continuitatem*, увеличивая площадь поражения, или механически (загрязненными руками) возбудитель переносится на слизистые оболочки других областей (конъюнктивы, прямая кишка). У иммунокомпрометированных лиц инфекция, вероятно, может распространяться по лимфатическим путям и гематогенно, вызывая поражения органов мочеполовой системы, брюшины и даже плевры. При тяжелых иммунодефицитных состояниях иногда наблюдается генерализованное течение заболевания с поражением центральной нервной системы и других органов. Хроническое течение урогенитального хламидиоза может сопровождаться развитием иммунопатологических реакций (узловатая эритема, крапивница) и состояний (болезнь Рейтера, реактивный полиартрит). Наиболее часто эта возможность реализуется у лиц с генотипом HLA-B27. Клиника последствий (резидуальная фаза) заболевания характеризуется наличием морфологических и функциональных изменений со стороны различных органов при отсутствии в организме возбудителя.

Клиника. Инкубационный период при урогенитальном хламидиозе составляет 10–15 дней.

Клиника острого неосложненного уретрита у мужчин и женщин скудна симптомами. Обычно бывают неприятные ощущения в уретре при мочеиспускании, жжение и зуд, гиперемия вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала, скудные выделения из уретры и влагалища (последние чаще возникают при наличии цервицита). Выделения имеют сли-

ТРАХОМА

Этиология. Возбудитель – *C. trachomatis* сероваров А, В, Ва, С. Эпидемиология. Источником инфекции является человек, больной трахомой. Механизм передачи – контактный. Факторами передачи могут быть руки, полотенца, подушки и другие предметы совместного использования, контаминированные хламидиями.

Восприимчивость к заболеванию довольно высока. Плохие социально-экономические условия жизни населения способствуют распространению заболевания. В нашей стране эндемичная трахома была ликвидирована в конце 60-х годов, однако в других странах (Азии, Африки и др.) ею болеют еще сотни миллионов человек.

Патогенез. Входные ворота инфекции – слизистая оболочка конъюнктивы. Размножение и накопление хламидий происходит в эпителиальных клетках в области ворот инфекции, где развиваются местные воспалительные изменения.

Клиника. Инкубационный период около 2 недель. Заболевание развивается постепенно. Процесс начинается в области слизистой оболочки переходных складок век: конъюнктив утолщается, становится вишнево-красного цвета, неровной, бугристой. Наблюдается выраженная гиперплазия лимфоидных фолликулов. В роговице развивается воспалительная лимфоидная инфильтрация и поверхностная васкуляризация, что приводит к тому, что весь ее верхний сегмент становится мутным, утолщенным и неровным, как бы прикрытым нависающей плёнкой – образуется паннус (от греческого «rannus» – занавеска). При присоединении бактериальной флоры возникают длительно не заживающие язвы роговицы с последующим рубцеванием и слепотой. Воспалительный процесс прогрессирует, что приводит к рубцеванию конъюнктивы, разрушению слезных протоков, слезной железы. Веки деформируются, заворачиваются внутрь, ресницы травмируют роговицу, вызывая вторичные язвы. Возникновению язв, присоединению бактериальной флоры способствует сухость (ксероз) глаза, обусловленная поражением слезного аппарата. Трахома принимает хроническое течение на многие годы, в исходе которого – слепота.

Диагностика. Клинический диагноз основывается на наличии у больного четырёх кардинальных признаков заболевания: выраженной гиперплазии лимфоидных фолликулов на конъюнктиве верхних век; фолликулов в верхней части края роговицы или их последствий (глазки Бонне); типичного рубцевания конъюнктивы; сосудистого паннуса.

Методы специфической лабораторной диагностики во многом схожи с диагностикой урогенитального хламидиоза. Материал для исследования берут с конъюнктивы.

Лечение. Медикаментозная терапия состоит из местного и общего длительного курса применения антибиотиков. Местно используют 1 %

АНТИБИОТИКИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ТЕРАПИИ ХЛАМИДИЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ

МАКРОЛИДЫ

Макролидные антибиотики делятся на несколько групп в зависимости от способов получения и количества атомов углерода в макроциклическом лактонном кольце, являющемся их структурной основой.

14-членные	15-членные	16-членные
Природные		
Эритромицин		Спирамицин
Олеандомицин		Джозамицин
		Мидекамицин
Полусинтетические		
Рокситромицин	Азитромицин	Мидекамина ацетат
Кларитромицин		

Общие свойства

- Преимущественно бактериостатическое действие.
- Активность против грамположительных кокков (стрептококки, стафилококки) и внутриклеточных возбудителей (микоплазмы, хламидии, легионеллы).
- Высокие концентрации в тканях (в 5–10–100 раз выше плазменных).
- Низкая токсичность.
- Отсутствие перекрестной аллергии с β -лактамами.
- У 14-членных макролидов взаимодействие с теофиллином, карбамазепином, циклоспорином, цизапридом и др.

ЭРИТРОМИЦИН

Первый природный макролид. Один из самых безопасных антибиотиков с точки зрения развития серьезных нежелательных реакций.

Спектр активности

Грам(+) кокки:	стафилококки, включая PRSA; стрептококки (БГСА и пневмококки). Энтерококки устойчивы.
Грам(+) палочки:	<i>C. diphtheriae</i> , листерии.
Грам(-) кокки:	<i>M. catarrhalis</i> .

Отпечатано редакционно-издательским отделом
Кемеровской государственной медицинской академии

650029, Кемерово,
ул. Ворошилова, 22а.
Тел./факс. +7(3842)734856;
epd@kemsma.ru



Подписано в печать 21.12.2006.
Гарнитура таймс. Тираж 100 экз.
Формат 21×30/2 У.п.л. 1,2.
Печать трафаретная.

Требования к авторам см. на <http://www.kemsma.ru/rio/forauth.shtml>
Лицензия ЛР № 21244 от 22.09.97