

**БЕССИМПТОМНЫЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ У ПАЦИЕНТОК С
ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ****Шарибзянов Валерий Викторович**

студент, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Фомченко Юрий Олегович

студент, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Хламидийная инфекция – инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*), представляющую собой грамотрицательную внутриклеточную бактерию.

Урогенитальный хламидиоз – широко распространенная инфекция, наиболее высокая встречаемость которой наблюдается у лиц моложе 25 лет. Преимущественным путем инфицирования у взрослых является половой контакт любой формы с больным хламидийной инфекцией.

Более 70% женщин моложе 25, страдающих хламидийной инфекцией нижних отделов мочеполового тракта, отмечают бессимптомное течение инфекции. В случае клинических проявлений инфекции жалобы могут предъявляться на слизисто-гнойные выделения из уретры или половых путей, межменструальные кровянистые выделения, диспареунию, дизурию, дискомфорт в нижней части живота. Объективными признаками хламидийной инфекции являются гиперемия, отечность слизистой наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные/слизистые выделения из уретры; те же самые симптомы по отношению к шейке матки, эрозии ее слизистой.

В случае развития клиники хламидийного вульварного вульварита пациентка может предъявлять жалобы на слизисто-гнойные выделения из половых путей, болезненность, отечность вульвы. Объективно: соответствующие выделения, гиперемия наружных отверстий протоков вульварных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации.

При развитии хламидийного сальпингоофорита жалобы предъявляются на боль в области нижней части живота, слизисто-гнойные выделения, при хроническом течении – жалобы менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла. Объективно: увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы и яичники, укороченные своды влагалища, слизисто-гнойные выделения, при хроническом течении – незначительная болезненность, уплотнение маточных труб.

Жалобы при хламидийном эндометрите: при остром течении – схожи с таковыми при хламидийном сальпингоофорите, при хроническом – постменструальные и межменструальные скудные кровянистые выделения. Объективно: болезненная, увеличенная матка мягкой консистенции, слизисто-гнойные выделения, при хроническом течении – плотная консистенция и ограниченная подвижность матки.

По данным современных исследований *C. trachomatis* обнаруживается примерно у 10-30% пациенток с эктопической беременностью. Роль микроорганизма в развитии данного

состояния, по всей видимости, заключается в нарушении функциональной целостности репродуктивной системы женщины вследствие воспалительного процесса, в результате чего нарушаются физиологические процессы формирования нормальной беременности.

Эктопическая беременность – беременность, при которой плодное яйцо имплантируется и развивается не в полости матки.

К клиническим признакам, позволяющим заподозрить эктопическую беременность, следует отнести задержку менструации (чаще эктопическая беременность диагностируется на 3-5 неделях беременности), уплотнение молочных желез, тошноту, рвоту, периодические схваткообразные боли внизу живота, а также кровянистые выделения из половых путей.

При гинекологическом осмотре выявляется цианоз входа во влагалище, ее слизистой и слизистой шейки матки. Матка увеличена в размерах (чаще не соответствует предполагаемому сроку беременности) и размягчена. Придатки матки с одной стороны характеризуются опухолевидным образованием тестоватой консистенции и болезненностью при пальпации.

Из инструментальных методов диагностики прогрессирующей эктопической беременности одним из наиболее информативным является трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ). Для обсуждаемой патологии характерны пустота полости матки (отсутствует плодное яйцо с эмбрионом), в то время как изменения в яичнике соответствуют беременности (функциональная активность желтого тела). В некоторых случаях удается обнаружить плодное яйцо с эмбрионом в одном из отделов маточной трубы или рядом с ней.

Из лабораторных методов диагностики единственным биохимическим маркером сыворотки крови эктопической беременности является β -хорионический гонадотропин человека (β -ХГЧ).

Таким образом, с высокой долей вероятности можно утверждать о наличии прогрессирующей эктопической беременности в случае, если трансвагинальное сканирование (ТВС) свидетельствует об отсутствии плодного яйца в полости матки, но наличии характерных для беременности изменений в яичнике, а уровень β -ХГЧ составляет более 2000 ЕД/л.

Исследование доли пациенток с эктопической беременностью, результаты лабораторных методов диагностики которых свидетельствовали о наличии хламидийной инфекции, включало в себя 20 молодых женщин, возрастом от 18 до 25 лет. Ни одна из пациенток до поступления в стационар по поводу эктопической беременности не предъявляла жалоб и не отмечала в анамнезе симптомы, характерные для хламидийной инфекции. Таким образом, в случае обнаружения лабораторными исследованиями свидетельств хламидийной инфекции справедливо отмечать у таких пациенток бессимптомное течение заболевания (инфекции). Одним из показаний к диагностике хламидийной инфекции является предстоящее инвазивное вмешательство на половых органах (в случае проведенного исследования – лапароскопия по поводу эктопической беременности), поэтому у всех пациенток было проведено молекулярно-генетическое исследование (ПЦР) на наличие генетического материала *C. trachomatis* в отделяемом уретры/цервикального канала либо в первой порции свободно выпущенной мочи.

Получены следующие результаты:

1. У 15 из 20 пациенток (75%) ПЦР биологического материала (отделяемое уретры/цервикального канала, первая порция свободно выпущенной мочи) не выявила генетического материала *C. trachomatis*;
2. У 5 из 20 пациенток (25%) благодаря ПЦР был обнаружен генетический материал *C. trachomatis*.

Доля пациенток с эктопической беременностью на фоне бессимптомной хламидийной инфекцией составила 25%, что соответствует представленному выше диапазону в 10-30%.

Нельзя с уверенностью сказать, что эктопическая беременность у пациенток с бессимптомным урогенитальным хламидиозом обязательно связана с фактом инфекции, т.к. не были учтены множество других факторов риска патологической имплантации плодного

яйца. Таким же образом нельзя исключать возможную роль (как главенствующую, так и мультипликативную) *C. trachomatis* в развитии эктопической беременности.

Достаточная высокая доля инфицированных *C. trachomatis* наталкивает на мысль о необходимости своевременной профилактики заболевания среди населения, которая включает в себя следующие мероприятия:

1. Наличие постоянного сексуального партнера;
2. Отказ от случайных половых связей либо в случае таковых – использование барьерных методов контрацепции;
3. Обследование на наличие инфекций в случае незащищенного полового акта;
4. Извещение половых партнеров в случае подтверждения хламидиоза;
5. Обследование женщин, планирующих беременность на скрытые инфекции и тщательное ведение беременности для профилактики заболевания у новорожденного;
6. Половое воздержание на время лечения хламидиоза.

Список литературы:

1. Адамян, Л.В., Внематочная (эктопическая) беременность / Л.В. Адамян, Н.В. Артымук [и другие] // Письмо Минздрава РФ от 6 февраля 2017 г.
2. Клинические рекомендации: Внематочная (эктопическая) беременность / ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ).
3. Хендербоом, Б.М., Связь между инфекцией, вызванной *Chlamydia trachomatis*, и воспалительными заболеваниями органов малого таза, внематочной беременностью и трубным бесплодием в группе жительниц Голландии, ранее обследовавшихся на наличие хламидий в скрининговом исследовании, направленном на диагностику хламидиоза / Б.М. Хендербоом, Б.Х.Б. ван Бентем [и другие] // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения – 2019. – № 4. – С. 8-19.