

КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Г.И. Маэров¹, Л.В. Иващенко¹,
Ю.В. Щербакова¹, К.С. Орлова²

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»¹

Одесский национальный медицинский университет²

Резюме. Изучали клинико-эпидемиологические особенности течения уrogenитального хламидиоза у 148 больных. Исследуя эпидемиологические данные проводился анализ медицинских и социальных факторов распространения хламидийной инфекции. При проведении клинических методов исследования – проводился анализ жалоб, анамнеза, объективного статуса и клинико-лабораторной диагностики. Используя статистические расчеты, проводилась оценка достоверности различий между полученными результатами с применением параметрических и непараметрических методов оценки. При исследовании клинико-эпидемиологической характеристики пациентов с уrogenитальным хламидиозом выявлено инфицирование социально-адаптированных лиц – работающих 138 [(93,2±2,1) %], в браке 86 [(58,1±4,1) %], репродуктивного возраста – 25–35 лет – 65 [(43,9±4,1) %]; с перенесенными ИППП в анамнезе 73 [(49,3±4,1) %] в результате случайных незащищенных половых контактов 89 [(60,1±4,0) %]; с хроническим течением заболевания с отсутствием специфической симптоматики 95 [(64,2±3,9) %] и развитием осложнений 109 [(73,6±3,6) %]; смешанным инфицированием 129 [(87,2±2,7) %] – *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum* и условно-патогенной бактериальной флорой. Результаты изучения клинико-эпидемиологических особенностей уrogenитального хламидиоза на современном этапе дают основания определять соответствующие научно обоснованные меры терапии и профилактики данного заболевания.

Ключевые слова: уrogenитальный хламидиоз, эпидемиология, смешанное инфицирование, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ

Среди заболеваний, передающихся половым путем, наибольший интерес в силу своей исключительно высокой распростра-

ненности и тяжести осложнений, вызывает уrogenитальный хламидиоз (УГХ) [1, 12, 13].

По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется до 400 тысяч новых случаев ИППП. В это число не входят СПИД, герпетическая

инфекция и заболевания, вызываемые вирусом папилломы человека. На долю генитального хламидиоза приходится 90 млн. случаев (для сравнения: на долю трихомоноза – 170 млн., гонореи – 62 млн., сифилиса – 12 млн.) [14].

Соотношение половых инфекций в разных странах имеет существенные отличия. Например, в Скандинавии и других промышленно развитых странах, частота УГХ в 5–6 раз превышает частоту гонореи и в 7–8 раз превышает частоту сифилиса [11]. В России же по итогам 2003 г. частота хламидиоза в 1,4 раза ниже частоты гонореи и в 2,5 раза ниже частоты сифилиса. Основной причиной такой низкой, по сравнению с другими странами, заболеваемости хламидиозом является крайне слабо поставленная в практическом здравоохранении диагностика урогенитальных инфекций [2, 8].

На выявление и учет хламидиоза влияет ряд факторов: отсутствие обязательной регистрации, крайне низкий показатель обследования половых партнеров, недостаточная осведомленность населения о так называемых «новых» инфекциях, а также недоступность для части населения исследования в коммерческих лабораториях [2, 6].

По мнению многих авторов, на уровень диагностики влияет особенность хламидийной инфекции, течение которой чаще субъективно малосимптомное или бессимптомное [3, 8, 9], а также то, что хламидиоз нередко протекает в ассоциации с другими урогенитальными инфекциями [5, 6, 9, 10]. По данным Козловой В.И., лишь у 22,9 % женщин воспалительный процесс гениталий обусловлен хламидийной моноинфекцией, у 67,1 % хламидиоз протекает в сочетании с другим заболеванием. Чаще всего хламидии ассоциируют с уреаплазмами – 12,5 %, трихомонадами – 4,3 %, гарднереллами – 14,8 %, уреаплазмами и гарднереллами – 13,6 %. Сочетание четырех инфекций наблюдается в 4,5 % случаев, пяти – в 2,4 % [4].

Несомненно, самым важным фактором, влияющим на выявление и учет хламидийной инфекции, является уровень диагно-

стики в практической сети [5]. Изучение заболеваемости хламидиозом по территориям Российской Федерации в 2006 г. выявило значительные колебания показателей, так как они отражают не истинную заболеваемость, а являются косвенным показателем уровня диагностики в регионах. Например, в Ингушской республике заболеваемость хламидиозом составляет 0 на 100 000 населения, а в Мурманской области – 595,7 на 100 000 населения [2]. Показателен высокий уровень заболеваемости в городах, являющихся научными центрами [6]. Согласно данным отечественных и зарубежных исследований, касающихся эпидемиологии хламидиоза, заболеваемость особенно высока в группе людей активного трудоспособного и репродуктивного возраста [2, 6, 9, 11]. По данным ВОЗ [14] частота хламидиоза в общей популяции составляет 1,5–2 %, но результаты ряда целенаправленных исследований [2, 5, 6, 9, 13] позволяют говорить о более высоком уровне заболеваемости – инфицированность в популяции достигает 5 %, инфицированность подростков [2]. По данным сероэпидемиологического исследования в Чехии выявлено наличие противохламидийных антител у 62 % [12].

Эпидемиологические показатели, отражающие половой состав болеющих, зависят от источника получаемой информации. По данным научных исследований, заболеваемость среди мужчин и женщин почти одинаковая [2, 3, 6], а по данным статистических отчетов лечебных учреждений, у женщин хламидиоз выявляется в среднем в 2,3 раза чаще [2, 3], что отражает работу акушерско-гинекологической службы.

Анализ возрастного состава болеющих выявляет высокий уровень хламидиоза в группе сексуально активных молодых людей (15–30 лет) [2, 5, 6, 9]. По данным эпидемиологического анализа в Санкт-Петербурге [2], заболеваемость мужчин и женщин в возрастной группе 20–29 лет вдвое выше, чем в возрастной группе 30–39 лет. Скрининговые исследования беременных женщин в Дании выявили в 4 раза выше

инфицированность среди женщин моложе 27 лет (6,6 %), чем в группе женщин старше 27 лет (1,6 %). Таким образом, возраст до 27 лет является установленным фактором риска хламидиоза [11].

По данным исследований последних лет на предмет полового поведения различных групп населения в Украине обращают на себя внимание объективные изменения в обществе, что выражается в раннем начале половой жизни, беспорядочных половых контактах, постоянном употреблении алкоголя, в последствии приводящим к значительному распространению урогенитальной инфекции [10].

На протяжении последних 10 лет уровень заболеваемости урогенитальным хламидиозом среди населения Украины неуклонно растет. В 2002 году интенсивный показатель составил 61,5 на 100000 населения, далее отмечалась стабилизация роста заболеваемости, а в 2011 году интенсивный показатель составил 67,5 [7].

Цель работы - изучить клинико-эпидемиологическую характеристику больных с урогенитальным хламидиозом и степень сопутствующего инфицирования другими инфекциями, передающимися половым путем, (ИППП) на современном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 148 больных урогенитальным хламидиозом (88 – женщины, 60 – мужчины в возрасте от 18 до 54 лет).

Распределение обследованных больных урогенитальным хламидиозом по заболе-

ваемости отражено следующим образом: среди больных доминировали женщины – 88, что составляло (59,5 %), мужчин – 60 (40,5 %). Отбор больных для исследования проводился с диагнозом урогенитальный хламидиоз.

Используя статистические расчеты, проводилась оценка достоверности различий между полученными результатами с применением параметрических и непараметрических методов оценки (использовались электронные таблицы - Excel 2007 и стандартный пакет прикладных лицензированных программ Statistica for Windows v.5.1 (Copyright @ Stat Soft, USA)).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении особенностей хламидийной инфекции у больных в зависимости от возраста (табл. 1). Среди больных урогенитальным хламидиозом преобладал возрастной состав 25–35 лет, в которой входило 65 (43,9 %) пациентов, в возрасте 18–24 лет – 34 (23,0 %), 36–42 года – 32 (21,6 %), 43 – 54 года – 17 (11,5 %).

На основании клинико-лабораторных данных и активности воспалительного процесса, больные были разделены на подгруппы в зависимости от течения урогенитального хламидиоза: бессимптомный, подострый процесс, торпидный с клинической симптоматикой (рис. 1). Подгруппа обследованных с торпидным течением составляла – 95 (64,2 %), бессимптомным течением составляла – 39 (26,4 %) и подострым – 14 (9,5 %).

Таблица 1

Распределение больных урогенитальным хламидиозом по возрасту

Возраст, годы	Количество больных (n = 148)	
	Абс.	%
18–24	34	23,0 ± 3,5
25–35	65	43,9 ± 4,1
36–42	32	21,6 ± 3,4
43–54	17	11,5 ± 2,6

Торпидный с
клинической
симптомати-
кой, $64,2 \pm 3,9\%$

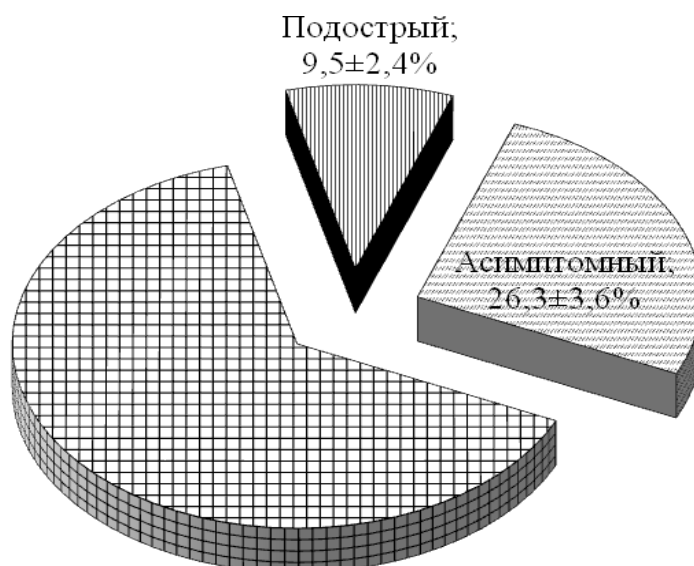


Рисунок 1. Распределение больных по течению воспалительного процесса при хроническом урогенитальном хламидиозе.

При сборе анамнеза у пациентов с мочеполовым хламидиозом было установлено: социально-адаптированных лиц (учащиеся и работающие) – 138 [$93,2 \pm 2,1$ %], находящиеся в браке 86 [$58,1 \pm 4,1$ %] и репродуктивного возраста составили – 65 (43,9 %) человек. Из всех обследованных на случайный незащищенный половой контакт указывали 89 (60,1 %) человек, а также 73 (49,3 %) пациентов в прошлом имели перенесенные венерические заболевания.

Четко установить сроки инфицирования у большинства пациентов не удалось. Поэтому заболевание хламидиозом расценивалось как хронический процесс, что учитывалось при назначении и проведении лечения.

Так, при обследовании нами было выявлено, что у большинства пациентов, у которых хламидийная инфекция протекала торпидно с клинической симптоматикой – 95 (64,2 %) и с подострым течением 14 (9,5 %) – имелись субъективные симптомы и объективные признаки воспаления со стороны половых органов, что составило 73,7 % всех обследованных. Бессимптомный хламидиоз выявлялся у 18 (20,5 %) женщин и 21 (35 %) мужчин, соответственно – у 26,3 % от общего числа диагностированных пациентов (они отрицали наличие жалоб со стороны урогенитального тракта). Хламидии были

выявлены у них во время осмотра, как половых партнеров пациентов с инфекционными заболеваниями урогенитального тракта.

При клиническом обследовании больных хроническим урогенитальным хламидиозом проведен анализ симптомов, встречаемых у пациентов (табл. 2), из которого видно, что чаще имели место боли внизу живота - у 70 (79,5 %) женщин и 19 (31,7 %) мужчин. Наличие выделений отмечали у себя 52 (59,1 %) женщин и 18 (30,0 %) мужчин. Дизурические проявления были у 54 (61,4 %) женщин и 34 (56,7 %) мужчин.

У большинства обследованных женщин обнаруживали хронические воспалительные процессы половой сферы (табл. 3), преимущественно эндоцервициты у 55 (62,5 %), сальпингоофориты – у 48 (54,5 %), вагиниты – у 24 (27,3 %), эрозия шейки матки отмечалась у 47 (53,4 %) пациенток. Гиперемия губок уретры у женщин и мужчин составляла соответственно 24 (27,3 %) и 23 (38,3 %), которая имела характер застойной гиперемии. У мужчин также отмечались хронические воспалительные процессы мочеполовой сферы: простатит - у 37 (61,7 %), уретрит – у 19 (31,7 %), эпидидимит – у 12 (20,0 %). Все пациенты (мужчины и женщины) дополнительно прошли ультразвуковое обследование органов малого таза.

Таблица 2

Характеристика субъективных признаков у больных урогенитальным хламидиозом

Жалобы со стороны половых органов	Больные УГХ (n = 148)			
	Женщины, n=88		Мужчины, n=60	
	абс	%	абс	%
Боли (внизу живота и / или в области промежности; мошонки)	70	79,5 ± 4,3	19	31,7 ± 6,0
Дискомфорт	21	23,9 ± 4,5	11	18,3 ± 5,0
Жжение	4	4,5 ± 2,2	3	5,0 ± 2,8
Рези	12	13,6 ± 3,7	9	15,0 ± 4,6
Учащенное мочеиспускание	17	19,3 ± 4,2	11	18,3 ± 5,0
Выделения:	-	-	-	-
Скудные слизистые	19	21,6 ± 4,4	17	28,3 ± 5,8
Слизисто-серозные	31	35,2 ± 5,1	1	10,0 ± 3,9
обильные	2	2,3 ± 1,6	-	-
отсутствуют	36	40,9 ± 5,2	42	70,0 ± 5,9
Отсутствие симптоматики	18	20,5 ± 4,3	21	35,0 ± 6,2

Таблица 3

Характеристика объективных признаков у больных урогенитальным хламидиозом

Объективные признаки воспаления со стороны половых органов	Больные УГХ (n=148)			
	Женщины, n=88		Мужчины, n=60	
	абс	%	абс	%
Гиперемия (губок уретры, слизистой влагалища)	24	27,3 ± 4,7	23	38,3 ± 6,3
Эрозия шейки матки	47	53,4 ± 5,3	-	-
Эндоцервицит	55	62,5 ± 5,2	-	-
Аднексит	19	21,6 ± 4,4	-	-
Сальпингоофорит	48	54,5 ± 5,3	-	-
Уретрит	12	13,6 ± 3,7	19	31,7 ± 6,0
Баланопостит	-	-	4	6,7 ± 3,2
Эпидидимит	-	-	12	20,0 ± 5,2
Простатит	-	-	37	61,7 ± 6,3
Эректильная дисфункция	-	-	5	8,3 ± 3,6
Отсутствие симптоматики	33	37,5 ± 5,2	6	10,0 ± 3,9

Спектр клинических проявлений урогенитального хламидиоза был достаточно широк. Клиническая картина заболевания во многом зависела от сроков, прошедших с момента инфицирования, наличия (или отсутствия) сопутствующей инфекции, топографии поражения, выраженности местных и общих реакций макроорганизма.

У большинства обследованных женщин обнаруживали хронические воспалительные процессы половой сферы (табл. 3), преимущественно эндоцервициты у 55 (62,5%), сальпингоофориты – у 48 (54,5%), вагиниты – у 24 (27,3%), эрозия шейки матки отмечалась у 47 (53,4%) пациенток. Гиперемия губок уретры у женщин и мужчин составляла соответственно 24 (27,3%) и 23 (38,3%), которая имела характер застойной гиперемии. У мужчин также отмечались хро-

нические воспалительные процессы мочеполовой сферы: простатит – у 37 (61,7%), уретрит – у 19 (31,7%), эпидидимит – у 12 (20,0%). Все пациенты (мужчины и женщины) дополнительно прошли ультразвуковое обследование органов малого таза.

При обследовании пациентов с хламидийной инфекцией была выявлена смешанная инфекция у 129 [(87,2±2,7)%]: трихомонадная – 73 [(49,3±4,1)%], уреаплазменная – 41 [(27,7±3,7)%]. Сочетание трех возбудителей: хламидии + уреаплазмы + трихомонады – выявлялись у 12 [(8,1±2,2)%] обследованных, условно-патогенная флора (*Staphylococcus* (*S. epidermidis*, *S. saprophyticus*, *S. warneri*), *Enterococcus* spp., *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *P. mirabilis* + *vulgaris*)) – у 15 [(10,1±2,5)%]. Хламидийная моноинфекция составила 19 [(12,8±2,7)%] (рис. 2).

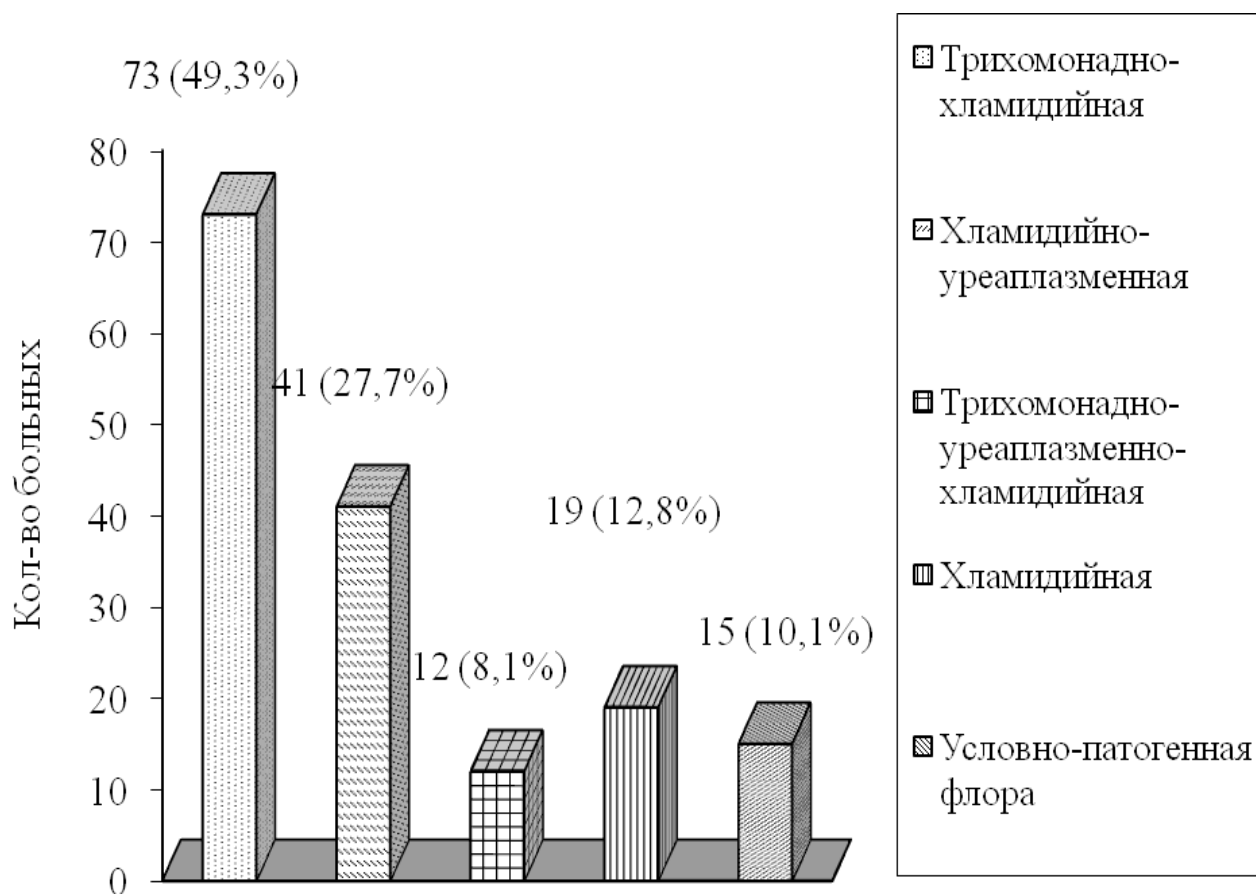


Рисунок 2. Сопутствующее инфицирование у больных урогенитальным хламидиозом.

Клинический диагноз ставился на основании интерпретации синдромов и признаков, принятой в клинической венерологии, а

также наличия (или отсутствия) сопутствующего инфицирования.

ВЫВОДЫ

Анализ результатов клинико-эпидемиологического исследования свидетельствует, что для хронического мочепоолового хламидиоза характерно наличие смешанного инфицирования, неярко выраженные клинические симптомы, не позволяющие однозначно предположить этиологию инфицирования. В основном преобладает торпидное с клинической симптоматикой течение заболевания. Из объективных симптомов у женщин доминирует эндоцервицит, сальпингофорит и эрозия шейки матки, из субъективных – боли внизу живота, дизурические проявления, выделения из половых органов. У мужчин превалирует: простатит, уретрит, застойная

гиперемия губок уретры, а жалобы носят менее выраженный характер по сравнению с женщинами. Из сопутствующих урогенитальных инфекций преобладают влагалищные трихомонады (*Trichomonas vaginalis*) – практически у половины больных у 73 [(49,3±4,1) %], одна треть больных имеет сопутствующую уреоплазменную инфекцию (*Ureaplasma urealyticum*) – у 41 [(27,7±3,7) %]. У каждого десятого больного выявлялось клинически значимое количество условно-патогенной флоры – у 15 [(10,1±2,5) %]. Для этих больных было характерно более выраженное проявление объективной симптоматики и длительное течение заболевания с частыми рецидивами. Хламидийная моноинфекция выявлена у 19 [(12,8±2,7) %].

REFERENCES

1. Dyudyun A.D. The value of infections, sexually transmitted infections in the occurrence of inflammatory diseases of the genitals in women // *Dermatology and Venereology*. – 2000. – № 2. – С. 92–94.
2. Zakharova Z.A. Dynamics of morbidity and social characteristics of patients with sexually transmitted diseases // *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. – 2004. – № 6. – С. 63–65.
3. Kissina V.I. PID in women and their relation to STIs. Diagnosis, treatment, prevention. Part II. *Bulletin. dermatological. and venerologica*. – 2002. – № 4. – С. 16–23.
4. Kozlova V.I., Puchner A.F. *Viral, chlamydial and mycoplasmal diseases of genitals. Guide for physicians*. – St Pb.: Unity, 2003. – 571p.
5. Mavrov G.I. Infection control, sexually transmitted infections in Ukraine // *Doctor*. – 2005. – 27. – P.10-14.
6. Nagorniy A.E. Epidemiology of genital herpes, chlamydia and trichomoniasis in Ukraine and regions during the period 2005–2010 // *Dermatologiya ta venerologiya*. – 2011. – № 2 (52). – С. 5–14.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дюдюн А.Д. Значение инфекций, передающихся половым путем, в возникновении воспалительных заболеваний гениталий у женщин / А.Д. Дюдюн // *Журн. дерматологии и венерологии*. – 2000. – № 2. – С. 92–94.
2. Захарова З. А. Динамика заболеваемости и социальная характеристика больных венерическими болезнями / З. А. Захарова // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. – 2004. – № 6. – С. 63–65.
3. Кисина В. И. ВЗОМТ у женщин и их связь с ИППП. Диагностика, лечение, профилактика. Ч. II / В. И. Кисина // *Вестн. дерматол. и венерол.* – 2002. – № 4. – С. 16–23.
4. Козлова В. И. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий: Рук-во для врачей / В.И. Козлова, А.Ф. Пухнер. – СПб.: Юнити, 2003. – 571 с.
5. Мавров Г. И. Контроль инфекций, передающихся половым путем, в Украине / Г. И. Мавров // *Доктор*. – 2005. – № 1 (27). – С. 10–14.
6. Нагорный А.Е. Эпидемиология генитального герпеса, хламидиоза и трихомоноза в Украине и регионах в период 2005–2010 годы / А. Е. Нагорный // *Дерматологія та венерологія*. – 2011. – № 2 (52). – С. 5–14.

7. Pokazniki likuvalno-profilaktichnoї dopomogi chvorym shkirnimi i venerichnimi zahvoryuvannyami v Ukraini; - K.: Center medichnoї statistics of Ministry of Health of Ukraine, 2011. – 110 p.

8. Porsohonova D.F. Epidemiological, medical and biological aspects of urogenital infections in women and their treatment of complicated forms // Mountain dermatological and veneroogica. – 2004. – № 2. – С. 53–58.

9. Chinov G.P. Diagnosis of asymptomatic persistent chlamydial infection // Journal of dermatology and cosmetology them. NA Torsueva; 2004, **8**: 20-23.

10. Chinov G.P. Prevalence and clinical characteristics of chlamydia and trichomoniasis - the two most common sexually transmitted infections (review of current literature and statistical reporting indicators). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, cosmetology. – 2005. – № 1. – С. 74–78.

11. Gates W. Wasserheit J. N. Genital chlamydial infections: epidemiology and reproductive sequelae // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 164. – P. 1771–1781.

12. Marks L. Strengthening Public Health Capacities and Services in Europe: a Framework for Action. WHO Regional Office for Europe. – World Health Organization, 2011. – 60 p.

13. Morrison R. P. New insights into a persistent problem – chlamydial infections. J. Clin. Invest. – 2003. – Vol. 111. – P. 1647–1649.

14. World Health Organization. A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections: use of the programme guidance tool. WHO Department of Reproductive Health and Research. – World Health Organization, 2009. – 44 p.

7. Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними захворюваннями в Україні. – К.: Центр медичної статистики МОЗ України, 2011. – 110 с.

8. Порсохонова Д. Ф. Епидемиологічні, медико-біологічні аспекти урогенітальних інфекцій у жінок і лікування їх ускладнених форм / Д. Ф. Порсохонова // Клин. дерматол. и венерол. – 2004. – № 2. – С. 53–58.

9. Чинов Г. П. Диагностика бессимптомной персисентной хламидийной инфекции / Г. П. Чинов // Журнал дерматовенерологии и косметологии им. Н.А. Торсуева. – 2004. – № 1–2 (8). – С. 20–23.

10. Чинов Г. П. Распространенность и клиническая характеристика хламидиоза и трихомониаза – двух наиболее частых половых инфекций (обзор современных литературных данных и показателей статистической отчетности) / Г. П. Чинов // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2005. – № 1. – С. 74–78.

11. Gates W. Genital chlamydial infections: epidemiology and reproductive sequelae / W. Gates, J. N. Wasserheit // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 164. – P. 1771–1781.

12. Marks L. Strengthening Public Health Capacities and Services in Europe: a Framework for Action. WHO Regional Office for Europe / L. Marks, D.J. Hunter, R. Alderslade. – World Health Organization, 2011. – 60 p.

13. Morrison R. P. New insights into a persistent problem – chlamydial infections / R. P. Morrison // J. Clin. Invest. – 2003. – Vol. 111. – P. 1647–1649.

14. World Health Organization. A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections: use of the programme guidance tool. WHO Department of Reproductive Health and Research. – World Health Organization, 2009. – 44 p.

**КЛІНІКО-
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ
УРОГЕНІТАЛЬНОГО
ХЛАМІДІОЗУ НА
СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**Мавров Г.І.¹,
Іващенко Л.В.¹,
Щербаківі Ю.В.¹,
Орлова Х.С.²**

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»¹*

*Одеський національний
медичний університет²*

Резюме. Вивчали клініко-епідеміологічні особливості перебігу уrogenітального хламідіозу у 148 хворих. Досліджуючи епідеміологічні дані проводився аналіз медичних і соціальних факторів поширення хламідійної інфекції. При проведенні клінічних методів дослідження - проводився аналіз скарг, анамнезу, об'єктивного статусу та клініко-лабораторної діагностики. Використовуючи статистичні розрахунки, проводилася оцінка достовірності відмінностей між отриманими результатами з застосуванням параметричних і непараметричних методів оцінки. Серед пацієнтів з уrogenітальним хламідіозом виявлено соціально-адаптованих осіб - 138 [(93,2 ± 2,1) %], при цьому у шлюбі 86 [(58,1 ± 4,1) %], репродуктивного віку - 25 -35 років - 65 [(43,9 ± 4,1) %]; з перенесеними ІПСШ в анамнезі 73 [(49,3 ± 4,1) %] в результаті випадкових незахищених статевих контактів 89 [(60,1 ± 4,0) %]; з хронічним перебігом захворювання з відсутністю специфічної симптоматики 95 [(64,2 ± 3,9) %] і розвитком ускладнень у 109 [(73,6 ± 3,6) %]; змішаним інфікуванням *Trichomonas*

**CLINICAL AND
EPIDEMIOLOGICAL
FEATURES OF
UROGENITAL
CHLAMYDIA TODAY**

**Mavrov G.I.¹,
Ivaschenko L.V.¹,
Scherbakova Y.V.¹,
Orlova Ch. S.²**

*SE «The Institute of Dermatology and
Venereology of NAMS of Ukraine»¹*

*Odessa National
Medical University²*

Abstract. We studied the clinical and epidemiological features of the course of disease in 148 patients. For exploring of chlamydial infection epidemiology some medical and social factors were analyzed. The complaints, anamnesis, objective status, clinical and laboratory diagnosis were also analyzed. Using statistical calculations, the significance of differences between the results obtained with the use of parametric and non-parametric estimation methods were evaluated. Among the patients with urogenital chlamydiosis 138 [(93,2 ± 2,1) %] socio-adapted individuals were identified: the married 86 [(58,1 ± 4,1) %], of reproductive age 25 to 35 years- 65 [(43,9 ± 4,1) %]; having an STI in history 73 [(49,3 ± 4,1) %] as a result of casual sex 89 [(60,1 ± 4,0) %] of; with chronic disease with the absence of specific symptomatology 95 [(64,2 ± 3,9) %] and the development of complications 109 [(73,6 ± 3,6) %]; mixed infections of *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealiticum*, and opportunistic bacterial flora 129 [(87,2 ± 2,7) %]. The results of the study clinical and epidemiological features of urogenital *Chlamydia trachomatis* infection in

vaginalis, Ureaplasma urealiticum і умовно-патогенною бактеріальною флорою 129 [(87,2 ± 2,7) %]. Результати вивчення клініко-епідеміологічних особливостей урогенітального хламідіозу на сучасному етапі дають підстави визначати відповідні науково обґрунтовані заходи терапії та профілактики даного захворювання.

contemporary conditions can help to define the appropriate science-based measures of therapy and prevention of this disease.

Key words: *urogenital chlamydiosis, the epidemiology of mixed infection, complications.*

Ключові слова: *урогенітальний хламідіоз, епідеміологія, змішане інфікування, ускладнення.*

Сведения об авторах:

Мавров Геннадий Иванович, д.м.н., профессор, зав. отдел. ИППП/ВИЧ ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», зав. каф. дерматовенерологии и ВИЧ/СПИД Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины. Тел. +38(057)7063200.

Иващенко Лариса Викторовна, м.н.с. отдела ИППП/ВИЧ ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины».

Щербакова Юлия Валерьевна, к.м.н., м.н.с. отдела ИППП/ВИЧ ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины».

Орлова Кристина Саидовна - лаборант кафедры дерматологии и венерологии, Одесский национальный медицинский университет, эл. адрес: kr_orlova@mail.ru