

Рищук С.В. Хронический урогенитальный хламидиоз у половых пар / С.В. Рищук, Д.Ф. Костючек, А.Г. Бойцов, А.С. Есипов // Вестник Санкт-Петербургской Медицинской академии им. И.И. Мечникова. – 2002. – №4(3). – С. 123-127.

ХРОНИЧЕСКИЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ У ПОЛОВЫХ ПАР

С. В. Рищук, Д. Ф. Костючек, А. Г. Бойцов, А. С. Есипов

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова,
Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН

CHRONIC UROGENITAL CHLAMYDIASIS IN SEXUAL PAIRES

S.V. Rishchuk, D.F. Kostjuchek, A.G. Bojtsov, A.S. Esipow

Mechnikov State Medical Academy, Saint-Petersburg, Russia
NPP “Immunobioservice”, Ott Institute of Obstetrics and Gynaecology, Saint-Petersburg, Russia

РЕЗЮМЕ

Обследовано 160 половых пар репродуктивного возраста с различной патологией мочеполовой системы, регулярно и продолжительно ведущие половую жизнь без барьерных методов защиты.

В связи с тем, что возбудитель в 2 раза чаще был обнаружен в половых путях у женщин, чем у мужчин, при постановке диагноза хронического урогенитального хламидиоза у половых пар в первую очередь необходимо проводить диагностику и принимать во внимание результаты лабораторного исследования у женщин. При обследовании сексуальных пар и получении положительных клинико-лабораторных признаков по хроническому урогенитальному хламидиозу у женщин наличие отрицательных качественных тестов у мужчин, их половых партнёров, в большинстве случаев не является свидетельством отсутствия их заражения. При подтверждении диагноза инфекционного заболевания у одного из половых партнёров необходимо проводить обязательное лечение сексуальной пары.

ABSTRACT

160 human sexual paires which were in reproductive age, had different urogenital pathology, regularly and during long period did not use barrier methods of contraception had been examined. Because of Chlamydia trachomatis was detected twice often in female genital tract than in men it was concluded to take into consideration first of all the laboratory results of women`s testing in order the diagnostic confirmation was more exact. It is supposed for the most sexual paires if chlamydial infection is detected only in woman the negative result of male testing is not the sign of

his genital health and the absence of contamination. So when infection is confirmed in one of two sexual partners it is absolutely necessary to treat them both simultaneously.

ВСТУПЛЕНИЕ

Заболеваемость хроническим урогенитальным хламидиозом в последнее время неуклонно возрастает. В научной литературе имеются сообщения о более частом обнаружении хламидий у женщин, чем у мужчин [20]. При этом, выявляемость патогена у женщин в цервикальном канале и вагине намного чаще, чем в уретре [12,18]. Причины указанных явлений изучены недостаточно.

Наиболее сложной и противоречивой остаётся трактовка отрицательных клинико-лабораторных тестов у одного из половых партнёров при установленном диагнозе сексуально-трансмиссионного заболевания (СТЗ) у другого. По давно устоявшемуся мнению лечение при этом должно проводиться обоим партнёров [20]. Однако, достаточно часто пациенты с отрицательными тестами от лечения отказываются, мотивируя свой отказ отсутствием клинических и лабораторных признаков инфекционного заболевания, удовлетворительным общим самочувствием, токсическим воздействием антибиотиков, а также их неоднократным применением по поводу СТЗ в анамнезе. Нередко из-за отсутствия положительных диагностических тестов происходит недооценка выраженности инфекционного процесса, и, как следствие этого - неадекватное лечение.

Целью нашей работы явился анализ основных клинических и лабораторных показателей хронического урогенитального хламидиоза у половых пар, а также динамики этих тестов на протяжении 28 недель регулярных половых контактов партнёров с учётом проводимого лечения и барьерных методов защиты (БМЗ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обследовано 160 половых пар репродуктивного возраста с различной патологией мочеполовой системы, регулярно ведущие половую жизнь с различными вариантами гормональной и биологической контрацепции у женщин. Пациентки имели ряд патологических процессов: у 51 (31,9%) женщины диагностирован хронический сальпингоофорит (ХСО), у 103 (64,4%) - хронический эндоцервицит (ХЭ), у 63 (39,4%) - вагиниты различной этиологии. Бактериальный вагиноз (БВ) выявлен у 31 (19,4%) женщины. У 33 (20,6%) женщин было бесплодие различного генеза. У 36 (22,5%) - прослеживался отягощённый акушерский и гинекологический анамнез. Кроме того, имел место у 46 (28,8%) пациенток синдром гипотиреоза, у 14 (8,8%) - кистозно-фиброзная мастопатия, у 46 (28,8%) - нарушение менструального цикла, у 9 (5,6%) - лакторея, у 4 (2,5%) - миома.

У 87 (54,4%) мужчин диагностирован хронический инфекционный простатит (ХИП) различной этиологии, у 45 (28,1%) – хронический инфекционный уретрит (ХИУ), у 5 (3,1%) – хронический орхоэпидидимит (ХОЭ), у 1 – хронический пиелонефрит, у 5 (3,1%) – мочекаменная болезнь. Синдром гипотиреоза установлен у 9 (5,6%), различные формы гипогонадизма - у 9 (5,6%) мужчин.

Хронический урогенитальный хламидиоз диагностировали на основании комплекса клинико-лабораторных критериев [6]. ДНК *Chlamydia trachomatis* определяли с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием диагностических систем НПФ «Литех» (Москва) на базе лаборатории иммунологии НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН. Антитела (IgG и IgA) к *C. trachomatis* определяли с помощью ИФА (Orgenics, Израиль). У всех пациенток исследованы микроскопически мазки из влагалища и/или цервикального канала, у мужчин – мазки из уретры и секрета предстательной железы общепринятым методом [8]. Выделение *C. trachomatis* в культуре клеток (McCoу) у отрицательных по ПЦР-тесту мужчин половых пар проводили методом Рира в модификации [8,19]. Статистический анализ осуществляли с применением критерия Фишера и Хи-квадрат.

Более углубленно обследованы 10 пар, у которых удалось диагностировать хронический урогенитальный хламидиоз (ХУГХ) только у женщин. Клинические и лабораторные данные указанного инфекционного заболевания отсутствовали у всех мужчин. Пациенты были предупреждены о необходимости превентивного курса терапии, в связи с выявлением СТЗ у полового партнёра, но категорически от лечения отказались. В связи с этим комплексную терапию получали только женщины. В течение 16 недель после окончания приёма антибиотиков проводился контроль излеченности женщин и дальнейшее обследование мужчин [1,3,4]. Ведение половой жизни при этом парам рекомендовалось в течение указанного срока только с применением БМЗ. В дальнейшем, ежемесячно, в течение 12 недель (до 28 недели после окончания лечения) пары дополнительно проходили обследование в ранее применяемом объёме. Необходимо отметить, что половую жизнь они вели, начиная с 17-18 недели после антибиотикотерапии, по их словам, без БМЗ.

С помощью ПЦР (таблица 1) хламидии были обнаружены у одного партнёра в 27 (16,9%) сексуальных парах. При этом, чаще всего возбудитель был обнаружен только у женщин – у 19 (11,9%), только у мужчин – у 8 (5%). Различие в частоте встречаемости оказалось статистически значимым. Одновременно у двух половых партнёров хламидии были обнаружены только в 1,3% случаев. В отличие от показателей ПЦР, где имеет место более частое обнаружение хламидий в половых путях у женщин, положительные серологические тесты (IgG и IgA) с одинаковой частотой выявлялись у представителей обоих полов. Так диагностически значимые титры IgG к *C. trachomatis* в сыворотке крови у обоих половых

Таблица 1

Частота обнаружения лабораторных признаков хронического уrogenитального хламидиоза у половых пар

Признаки	Половые пары (n=160)								P
	Ж(+) М(+)		Ж(+) М(--)		Ж(--) М(+)		Ж(--) М(--)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
IgG к <i>C. trachomatis</i>	68	42,5	30	18,8	28	17,5	34	21,3	> 0,05*
IgG + IgA к <i>C. trachomatis</i>	9	5,6	32	20,0	34	21,3	85	53,1	> 0,05*
ДНК <i>C. trachomatis</i>	2	1,3	19	11,9	8	5,0	131	81,9	<0,05*

Примечания: Ж(+)- наличие признака у женщины; М(+)- наличие признака у мужчины
Ж(--)- отсутствие признака у женщины; М(--)- отсутствие признака у мужчин
различие по встречаемости признака между группами пар: Ж(+)*М(--)* и Ж(--)*М(+)*

партнёров идентифицированы у 68 (42,5%) пар. Частота встречаемости IgG только у женщины и только у мужчины была соответственно у 28 (17,5%) и 30 (18,8%) сексуальных пар ($p > 0,05$). Сочетание одновременно двух серологических тестов (IgG и IgA) было представлено у обоих партнёров только в 5,6% случаев. Количество пар с обнаружением выше указанных лабораторных показателей у одного из половых партнёров было одинаково: положительные серологические тесты только у женщин – в 32 (20%), только у мужчин – в 34 (21,3%) пар.

На следующем этапе проанализированы 10 половых пар, у которых хронический урогенитальный хламидиоз был пролечен только у женщин (таблица 2). К 16 неделе после окончания терапии у всех женщин отсутствовали признаки активации хронических воспалительных очагов в придатках матки и эндоцервиксе. Хламидии в половых путях у женщин с помощью ПЦР не определялись. У всех пациенток IgA к *S. trachomatis* в сыворотке крови идентифицировали в титрах ниже диагностически значимого. Причём выше указанный положительный серологический тест у 2 женщин негативировался к концу 4 недели после лечения, у 3 – к 8, у 2 – к концу 12 недели. Титры IgG к 16 недели снизились ниже диагностического уровня у 2 пациенток. У 4 - отмечали достоверное падение титров (в 4 раза) относительно исходных цифр, у 1 – к 8, у 1 – к концу 12 недели. У 2 пациенток определяли тенденцию к снижению титров IgG к окончанию 16 недели. На основании полученных данных мы констатировали излеченность женщин от ХУГХ. Одновременно нами были повторно обследованы на хламидии и отказавшиеся от лечения половые партнёры. У 2 из них методом ПЦР были выявлены хламидии: у 1 – на 8 и у 1 – на 12 неделе после окончания лечения женщин.

В течение последующих 12 недель проводилось дальнейшее обследование женщин совместно с их половыми партнёрами в выше указанном объёме. Причём половую жизнь пары вели, начиная с 17-18 недели после лечения, без БМЗ. Получены следующие результаты: у 5 женщин к 24-28 недели наблюдалась активация ХСО в сочетании с формированием у 3 из них к 20-24 неделе острого эндоцервицита (ОЭ). У 3 женщин положительный ПЦР-тест появился к концу 20 недели, у 3 – к 24, у 3 - к 28. Специфические иммуноглобулины класса А к указанному сроку уже определялись в диагностически значимых титрах у 5 больных. Причём, у 1 – к окончанию 20 недели, у 3 – к окончанию 24, у 1 – к 40 неделе наблюдения. Специфический IgG к *S. trachomatis* был выявлен к окончанию периода наблюдения у всех пациенток. Основываясь на представленные клинические и лабораторные тесты (таблица 3) у 5 женщин была установлена реинфекция в виде манифестной формы острого УГХ, у 5 – реинфекция в виде латентной формы острого УГХ.

Таблица 2

Динамика клинико-лабораторных показателей у 10 половых пар
по урогенитальному хламидиозу

Показатели	Сроки наблюдения					
	До лечения		После лечения женщин			
			На 16 неделе		На 28 неделе	
	Ж	М	Ж	М	Ж	М
Хронический очаг (активный)	9	0	0	0	5*	0
Острый очаг	0	0	0	0	3**	0
IgG к <i>S.trachomatis</i>	10	3	8	3	10	3
IgA к <i>S.trachomatis</i>	7	0	0	0	5	0
ДНК <i>S.trachomatis</i>	4	0	0	2	9	1

Примечание: * реактивация ** сочетание с хроническим очагом

Таблица 3

Установление диагноза инфекционного заболевания у половых пар

Диагноз	Сроки наблюдения					
	До лечения		После лечения женщин			
			На 16 неделе		На 28 неделе	
	Ж	М	Ж	М	Ж	М
Хронический УГХ (манифестная форма)	9	0	0	0	0	0
Хронический УГХ (латентная форма)	1	0	0	2	0	1
Острый УГХ (манифестная форма)	0	0	0	0	5	0
Острый УГХ (латентная форма)	0	0	0	0	5	0

Полученные данные свидетельствуют о более частом обнаружении хламидий в половых путях женщин, по сравнению с их сексуальными партнёрами, что согласуется с многочисленными работами о частоте встречаемости указанного патогена в общей популяции

женщин и мужчин [20]. Данные о реинфекции у женщин после лечения свидетельствуют о том, что отрицательные клинико-лабораторные тесты по хроническому хламидиозу у мужчин – их половых партнёров не являются свидетельством отсутствия у них инфекционного процесса. Отрицательные лабораторные тесты по ХУГХ у мужчин можно объяснить тем, что забор первичного материала у них для лабораторного подтверждения диагноза осуществлялся из уретры. Исследованию подвергался также секрет предстательной железы. В мочеиспускательном канале, как у мужчин, так и у женщин, не создаются благоприятные условия для длительного выживания хламидий, что отражается на их достаточно редком обнаружении с помощью качественных лабораторных тестов при хронической инфекции [9,13,15]. Это возможно из-за механического удаления мочой и эякулятом микроорганизмов, локального характера поражения с очагами фиброза, выраженной десквамации вовлечённого в воспаление эпителия, а также из-за возможности развития инфекционного процесса в более глубоких слоях слизистой уретры. Выше указанное подтверждается работами ряда авторов о более частом обнаружении хламидий в вагине и цервикальном канале качественными методами, по сравнению с уретрой [12,18]. И только в случае острой инфекции возможна высокая вероятность получения возбудителя из первичных мочеполовых путей для исследования [6,9,15]. Взятие для исследования секрета предстательной железы существенно не улучшает выявляемость хламидий у мужчин [10]. Это возможно из-за отсутствия попадания в указанный биоматериал железистого эпителия, а также из-за осумкованного процесса и нарушения оттока секрета при массаже в пределах поражённых трубчато-альвеолярных желёз простаты [11]. Несколько улучшает выявляемость указанного патогена взятие для исследования эякулята [10]. В связи с выше изложенным, становится ясным, что в эндоцервиксе создаются более благоприятные условия для колонизации и сохранения хламидий. Особенно способствуют формированию их персистенции в цервикальном канале сопутствующие хронические очаги в виде вагинитов и бактериального вагиноза [5,14]. При хронизации инфекции нередко происходит частичная элиминация возбудителя с его ограничением в очагах фиброза, что, в свою очередь, снижает диагностическую ценность качественных лабораторных тестов [2,7].

В связи с этим, серологические методы, результаты которых не зависят от нахождения возбудителя, занимают одно из ведущих мест для подтверждения диагноза, особенно при хронической хламидийной инфекции, где имеется достаточно выраженная иммуногенность возбудителя [16,17]. Выше изложенное подтверждается нашими данными об одинаковой встречаемости серологических тестов у представителей обоих полов. Отсутствие положительных специфических хламидийных серологических тестов у одного партнёра инфицированной пары может свидетельствовать в большей степени о недостаточной колонизации

его половых путей (вариант латентной хламидийной инфекции) или низкой иммунореактивности при выраженной их обсеменённости патогеном.

Таким образом:

1. При обследовании сексуальных пар при хроническом урогенитальном хламидиозе возбудитель в 2 раза чаще обнаруживается в половых путях у женщин, чем у мужчин.

2. При постановке диагноза ХУГХ у половых пар, продолжительно ведущих регулярную половую жизнь без использования БМЗ, в первую очередь необходимо проводить диагностику и принимать во внимание результаты лабораторного исследования у женщин.

3. При обследовании сексуальных пар и получении положительных клинико-лабораторных признаков по ХУГХ у женщин, наличие отрицательных качественных тестов у мужчин, их половых партнёров, в большинстве случаев не является свидетельством отсутствия их заражения.

4. При подтверждении диагноза ХУГХ у одного из половых партнёров необходимо проводить обязательное лечение сексуальной пары.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Венерические болезни: Руководство для врачей. Под ред. О. К. Шапошникова. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1991. - 412 с.

2. Гранитов В.М. Хламидиозы. - М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2000. – 192 с.

3. Диагностика и лечение урогенитальных инфекций: Методические рекомендации. Под ред. И. Е. Семавина, С. Г. Оганесова, М. Н. Зубкова. - М., 1991. - 23 с.

4. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путём: Методические материалы. Под ред. К. К. Борисенко. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Ассоциация САНАМ, 1998. - С. 100 – 101.

5. Костючек Д. Ф., Рищук С. В. Связь бактериального вагиноза и урогенитального хламидиоза: Сборник научных трудов, посвящённый 75-летию кафедры акушерства и гинекологии СПбГПМА. - С. - Петербург: Издание ГПМА, 2002. - С. 186 - 191.

6. Кубась В. Г., Рищук С. В., Костючек Д. Ф. Клинико-лабораторное обоснование постановки диагноза урогенитального хламидиоза у мужчин // Ж. дерматовенерологии и косметологии. – 2002. - № 1. – С. 56-59.

7. Мавров И.И. Половые болезни: Энцикл. Справ. - Киев: Укр. Энцикл., М.: “АСТ-Пресс”, 1994. - 243 с.

8. Овчинников Н. М., Беднова В. Н., Делекторский В. В. Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путём. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.

9. Рищук С. В., Кубась В. Г., Костючек Д. Ф. Оценка значимости некоторых лабораторных тестов при урогенитальном хламидиозе у женщин. // Ж. дерматовенерологии и косметологии. – 2002. - № 1. – С. 52-55.
10. Сельков С. А., Есипов А. С., Веденева Г. Н., Крылова Т. А. Методические проблемы диагностики урогенитального хламидиоза. // TERRA MEDICA.- 2001. - №1. – С. 42- 45.
11. Тиктинский О. Л., Михайличенко В. В. Андрология. - С.- Петербург: Медия Пресс, 1999. - 446 с.
12. Шалепо К. В, Шипицина Е. В, Савичева А. М., Домейка М. Обнаружение *Chlamydia trachomatis* в различных клинических материалах урогенитального тракта. // Ж. акушерства и женских болезней.- 2002. - № 1.- С. 95-100.
13. Arena B., Casares M., Valentine B. H., Cooke R. P Evaluation of laparoscopy and endocervical swab in the diagnosis of *Chlamydia trachomatis* infection of the female genital tract. // Arch. Gynecol. Obstet. – 1993. – Vol. 253, №1. – P. 5-7.
14. Blum M., Gilerovitch M., Benaim J., Appelbaum T. The correlation between *Chlamydia* antigen, antibody, vaginal colonization and contraceptive method in young unmarried women. // Adv.Contracept - 1990. – Vol. 6, №1. – P. 41-5.
15. Barnes R.C. Laboratory Diagnosis of Human Chlamydial Infections // Clinical Microbiology Reviews. – 1989. – Vol.128. – P. 119-136.
16. Bjercke S., Purvis K. Characteristics of women under fertility investigation with IgA/IgG seropositivity for *Chlamydia trachomatis* // Eur. J. Obstet.Gyne-col.Reprod.Biol. – 1993. – Vol.51. – P. 157-161.
17. Clad A., Freidank H., Plunnecke J., Jung B., Petersen E. E. *Chlamydia trachomatis* species specific serology: ImmunoComb *Chlamydia* bivalent versus microimmuno-fluorescence (MIF) // Infection . – 1994. – Vol. 22, №3. – P. 165-73.
18. Domeika M, Bassiri M, Butrimiene I, Venalis A, Ranceva J, Vasjanova V. Evaluation of vaginal introital sampling as an alternative approach for the detection of genital *Chlamydia trachomatis* infection in women // Acta Obstet Gynecol Scand.-1999. – Vol. 78, №2. - P. 131-6.
19. Ripa K.T., Mardh P.A. Cultivation of *Chlamydia trachomatis* in cycloheximide treated McCoy cells // J. Clin. Microbiol. – 1977. - Vol. 44. – P. 1-5.
20. Sahoo B., Bhandari H., Sharma M., Malhotra S., Sawhney H., Kumar B. Role of the male partner in the lower genitourinary tract infection of female. // Indian. J. Med. Res. – 2000. – Vol. 112. – P. 9-14.