

Кубась В.Г. К вопросу о диагностике урогенитального хламидиоза / В.Г. Кубась, С.В. Рищук, Д.Ф. Костючек [и др.] // Здоровоохранение Северо-Запада Российской Федерации. Проблемы и решения. – 2003. – №1(2). – С. 79-84.

## **К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА**

Кубась В.Г., Рищук С.В., Костючек Д.Ф., Дробченко С.Н.

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования  
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова  
Санкт-Петербургское совместное предприятие «Биоград-Organics»

### **ВВЕДЕНИЕ**

В последние годы хламидийная инфекция стала серьёзной проблемой международных и национальных служб здравоохранения. По данным ВОЗ, в США ежегодно регистрируется около 5 млн. новых случаев хламидиоза, в т.ч. у 250 тыс. новорожденных, в Европе - около 10 млн. случаев.

Несмотря на довольно широкий арсенал лабораторных методов, в урологической и венерологической практике возникают затруднения в подтверждении диагноза урогенитального хламидиоза у мужчин. Проводя комплексное обследование пациентов, традиционно используются всё более совершенствующиеся качественные методы (иммунофлюоресцентный, культуральный, молекулярно-генетический), основанные на идентификации возбудителя в первичных воспалительных очагах, доступных для взятия материала. Однако применение выше указанных лабораторных тестов часто не приводило к желаемому успеху при попытке подтверждения этиологического диагноза [13]. С другой стороны, широкое использование альтернативных (серологических) методов и неадекватная оценка их положительных результатов в большинстве случаев преувеличивала этиологическую значимость хламидий в инфекционном процессе [2]. Важно отметить, что появились немногочисленные данные об отсутствии выявляемости хламидий в первичных воспалительных очагах при хронизации инфекционного процесса [1,3,4,16]. До настоящего времени нет регламентирующих инструкций и руководств с чётким изложением клинико-лабораторного обоснования диагноза урогенитального хламидиоза с учётом особенностей возбудителя (облигатный внутриклеточный паразитизм) и хронизации инфекции.

В связи с выше изложенным, целью нашей работы явилось обоснование диагноза урогенитального хламидиоза с учётом особенностей течения инфекционного процесса и результатов комплексных клинико-лабораторных исследований.

## ГРУППЫ БОЛЬНЫХ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 99 мужчин и 106 женщин в возрасте от 18 до 65 лет. Из 99 мужчин острый инфекционный уретрит (ОИУ) был диагностирован у 36 (36,4%) человек, из них в 2 случаях сочетающийся с острым инфекционным простатитом (ОИП). У 63 (63,6%) пациентов определился хронический инфекционный простатит (ХИП), который у 16 (25,4%) случаев сочетался с торпидным и хроническим инфекционным уретритом (ХиТИУ), у 3 (4,8%) – с хроническим орхоэпидидимитом (ХОЭ), у 5 (7,9%) – с хроническим циститом (ХЦ) и хроническим пиелонефритом (ХП). Контрольную группу составили 54 пациента без указанных нозологических форм. Из 106 женщин у 20 (18,9%) диагностирован острый эндоцервицит (ОЭ), у 46 (43,4%) – хронический эндоцервицит (ХЭ). Хронический сальпингоофорит (ХСО) в сочетании с ХЭ (у 24 больных) или без него выявлен у 39 (36,8%) обследованных. Бактериальный вагиноз (БВ) выявлен у 34 (32,1%) женщин; вагиниты различной этиологии – у 48 (45,3%), из которых у 27 (56,3%) – неспецифический бактериальный вагинит (НБВ), у 6 (12,5%) – трихомонадный вагинит (ТВ) и у 15 (31,3%) – кандидозный вагинит (КВ). Контрольную группу составили пациентки (39 человек) без выше названных патологических процессов.

Исследовали бактериоскопически мазки: у мужчин – соскобов из уретры, секрета предстательной железы и эякулята; у женщин – соскобов из влагалища, уретры и эндоцервикса. Материал на наличие ДНК *Chlamydia (C.) trachomatis* был изучен методом ПЦР с использованием диагностических систем НПФ «Литех», Москва; антитела (IgG и IgA) к *C. trachomatis* определяли с помощью ИФА (тест-системы ИммуноКомб, Санкт-Петербург, СП «Биоград-Organics»). Статистический анализ осуществляли с применением непараметрических методов (ХИ-квадрат и критерия Фишера).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Проанализирована частота встречаемости лабораторных показателей хламидийной инфекции у мужчин с уретритом и простатитом. Специфические IgG к *C. trachomatis* в качестве единственного положительного теста (таблица 1) выявлен с одинаковой частотой у мужчин с острым инфекционным уретритом и в контрольной группе (у 4 из 36, т.е. у 11,1% и у 6 из 54 – 11,1% соответственно). У пациентов с хроническими воспалительными процессами в органах мочеполовой системы указанный признак идентифицирован в 2,5 раза чаще, чем у мужчин с острым уретритом и контроле ( $p < 0,05$ ). Сочетание одновременно двух серологических показателей (IgG и IgA) также было характерно для пациентов с хроническими воспалительными процессами (у 15 из 63, т.е. у 23,8%) и не встречалось у больных с острым инфекционным уретритом ( $p < 0,001$ ). Присутствие антихламидийных специфических антител

(IgG и IgA) было в 3,2 раза чаще у мужчин с хроническим инфекционным простатитом по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ).

При сопоставлении положительных результатов трёх лабораторных показателей хламидийной инфекции (IgG, IgA и ПЦР) прослеживается их большая встречаемость ( $p < 0,05$ ) у больных с хроническим инфекционным простатитом в сочетании с ТИХИУ (по сравнению с пациентами с ОИУ – в 3,4 раза; контрольной группой – в 5 раз). При сравнении встречаемости представленных показателей в группе с изолированным хроническим инфекционным простатитом и в группе с сочетанием хронического простатита с хроническим уретритом между ними получено достоверное ( $p < 0,05$ ) отличие (у 2 из 47, т.е. у 4,3% и у 3 из 16 – 18,8% соответственно). По частоте выявления сочетания ДНК *C. trachomatis* и IgG к *C. trachomatis* представленные группы между собой достоверно не отличались. При анализе изолированного положительного ПЦР-теста обращает внимание его высокая частота обнаружения у мужчин с острым инфекционным уретритом, что в 9 раз превысило аналогичный показатель у больных с хроническими воспалительными процессами и в 15 раз – в контрольной группе ( $p < 0,001$ ).

Были проанализированы результаты различных лабораторных тестов хламидийной инфекции (ДНК в соскобах из цервикального канала и специфических антител в сыворотке крови) и их сочетания в группах женщин с воспалительными процессами в эндоцервиксе и придатках матки. Анализ показал (таблица 2), что IgG к *C. trachomatis* изолировано выявлены в группах с хроническими воспалительными процессами в эндоцервиксе и придатках матки у 16 из 86 (18,6%), в то же время в группе с острыми эндоцервицитами (при давности заражения до 2 месяцев) указанный иммуноглобулин не обнаруживался ( $p < 0,001$ ). Частота встречаемости IgG у женщин только с хроническим эндоцервицитом и хроническим сальпингоофоритом достоверно не отличалась (у 9 из 46, т.е. у 23,9%, против 5 из 40 – 12,5%). Обращает внимание достаточно высокая распространённость этого показателя в контроле (у 9 из 39, т.е. у 23,1%). Поэтому различия между группами с хроническими воспалительными процессами и контрольной статистически не достоверно. Сочетание одновременно двух серологических тестов (IgG и IgA) также характерно для пациенток с хроническими воспалительными процессами в эндоцервиксе и придатках матки (у 24 из 86, т.е. у 27,9%) и не встречалось у больных с острыми эндоцервицитами ( $p < 0,001$ ). Причём, обнаружение выше указанных лабораторных показателей в 2,8 раза больше в группе с хроническим сальпингоофоритом, чем у женщин с хроническим эндоцервицитом ( $p < 0,001$ ). Обращает внимание достаточно низкая выявляемость этих тестов, по сравнению с выше представленными группами, в контроле ( $p < 0,001$ ).

При сопоставлении одновременно трёх лабораторных показателей хламидийной инфекции (IgG, IgA и ДНК) получены следующие результаты: самая высокая встречаемость их прослеживалась в группе с хроническим сальпингоофоритом, что в 2,9 раза превысило аналогичный показатель у больных с изолированным хроническим эндоцервицитом, и в 2,5 раза – у женщин с острым эндоцервицитом ( $p < 0,05$ ). Необходимо отметить, что у всех пациенток с хроническим сальпингоофоритом определялся хронический эндоцервицит. Сочетание ДНК *S. trachomatis* в цервикальном канале и IgG к возбудителю в сыворотке наиболее часто имело место у женщин с острым эндоцервицитом и у больных с хроническим сальпингоофоритом (у 7 из 20, т.е. у 35% и 7 из 40, т.е. у 17,5%, соответственно). Различие между представленными группами не достоверно. В то же время, обращает внимание почти в 16 раз более частое обнаружение выше указанного сочетания лабораторных тестов у пациенток с острым эндоцервицитом и в 8 раз чаще – с хроническим сальпингоофоритом, чем у женщин с хроническим эндоцервицитом ( $p < 0,001$ ). Наблюдалось также отличие по этим показателям двух представленных выше групп (с ОЭ и ХСО) от контрольной ( $p < 0,05$ ).

При анализе встречаемости только одного положительного ПЦР-теста получены следующие данные: чаще всего ДНК *S. trachomatis* обнаруживалась у пациенток с острым эндоцервицитом (у 8 из 20, т.е. у 40%). У женщин с хроническими воспалительными процессами и бесплодием представленный лабораторный признак изолированно в соскобах цервикального канала и вагины дал отрицательный результат. Одинаковая его встречаемость прослеживалась в контроле и у больных с отягощённым анамнезом.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Следовательно, при хронических воспалительных процессах мочеполовой системы, особенно при осложнённых формах (ХИП, ХСО), чаще всего определяются положительные серологические тесты (IgG и IgA), свидетельствующие об обострении хламидийной инфекции. Эти данные согласуются с результатами ряда исследований о корреляции между обнаружением IgG и IgA (в большей степени IgA) в сыворотке крови и наличием осложнений в виде хронического инфекционного простатита и сальпингоофорита [17,20,22,25]. Наши данные сопоставимы с результатами некоторых исследований о связи идентификации изолированного иммуноглобулина класса G к *S. trachomatis* с наличием осложнений в виде сальпингита и простатита [27,28], хотя его встречаемость в сыворотке крови у женщин контрольной группы свидетельствует о недостаточной специфичности последнего для подтверждения хламидийной инфекции [6]. Определение комплекса из трёх положительных лабораторных тестов (ПЦР, IgG и IgA) характерно для обострения хронического урогенитального хламидиоза с вовлечением вторично в воспалительный процесс мочеиспускательного канала и эн-

доцервикса, вероятно, в результате попадания возбудителя в составе экссудата из предстательной железы и придатков матки. В литературе имеются единичные данные о положительной корреляции IgA к *C. trachomatis* с её обнаружением в мазках методом микроиммунофлюоресценции [19]. Случаи с сочетанием двух изолированных положительных серологических показателей (IgG, IgA) могут свидетельствовать об обострении хронического урогенитального хламидиоза при фиброзировании очага в выше указанных органах малого таза и отсутствии, в связи с этим, попадания возбудителя в уретру и эндоцервикс. По этой причине не наблюдается вторичного вовлечения в воспалительный процесс передних отделов мочеполовой системы у представленного контингента больных. Наши данные согласуются с результатами исследований других авторов об уменьшении вероятности обнаружения возбудителя качественными методами (ПЦР и культуральным) в первичных очагах при хронизации хламидийной инфекции [3,4,15,16,24]. Серологические тесты, результаты которых не зависят от локализации очага воспаления, в данном случае имеют первостепенное значение [1,3,4,8,16,19,23].

Наиболее интересными, на наш взгляд, являются группы больных с положительным ПЦР-тестом и IgG к *C. trachomatis* в сыворотке крови. Наличие представленного сочетания у пациентов с острым эндоцервицитом и острым уретритом может свидетельствовать о суперинфекции на фоне уже имеющегося хронического урогенитального хламидиоза вне обострения, а также о реинфекции на фоне сохранившихся титров специфических (IgG) антител после перенесенного заболевания при наличии указания на лечение хламидиоза в анамнезе. Подобное сочетание (положительный ПЦР-тест и наличие IgG к *C. trachomatis*) может иметь место при ранней хламидийной инфекции как результат образования специфических IgG в системе первичного иммунного ответа на 6-8 неделях после заражения [3]. В группу пациентов с хроническим сальпингоофоритом и хроническим простатитом входили лица, не лечившиеся антибиотиками при отсутствии заболевания у половых партнёров. Поэтому выше указанное сочетание положительных лабораторных тестов может свидетельствовать о более продолжительном нахождении хламидий в первичных половых путях (особенно у женщин) при их попадании из органов малого таза (маточных труб и предстательной железы) в результате обострения инфекции и её затухания, характеризующегося снижением диагностически значимых титров IgA в сыворотке крови [9].

Другая закономерность возникает при более раннем (до 2 месяцев) заражении, когда патоген внедряется во входные ворота с формированием острого первичного очага инфекции. Только на этом этапе инфекционного процесса мы можем максимально эффективно выявить возбудитель в соскобах из уретры, цервикального канала или прямой кишки [19], что

подтверждается высокой частотой положительных ПЦР-тестов в случае формирования острого эндоцервицита и уретрита хламидийной этиологии у обследованных больных.

Таким образом, в процессе хронизации урогенитального хламидиоза первичные входные ворота, которыми, чаще всего, является уретра у мужчин и цервикальный канал у женщин, ослабляют или теряют своё значение резервуара инфекции. Возбудитель колонизирует органы малого таза, недоступные или недостаточно доступные для взятия материала (маточные трубы, матку, предстательную железу, яички и др.). При хронизации процесса, сопровождающегося фиброзом в очагах воспаления, возможны отрицательные результаты как культурального так и ПЦР-теста; в этих случаях высокое диагностическое значение приобретают методы выявления специфических антител (IgG и IgA).

На заключительном этапе хотелось бы представить критерии диагностики хламидийной инфекции (таблицы 3). В случае хламидиоза мочеполовой системы у мужчин поражаются уретра, предстательная железа, семенные пузырьки, яички, придатки яичка, прямая кишка и мочевого пузырь [14, 21,22, 30], у женщин доказано формирование уретрита, эндоцервицита, эндометрита, сальпингита, периаппендицита, перигепатита, проктита, бартолинита, цистита [1,3,4,5,11] При наличии острого или хронического воспалительного процесса в последующем необходимо выяснение этиологической значимости хламидий в его формировании [10]. Решающее значение в идентификации возбудителя в первичных очагах имеют качественные методы – ПЦР и культуральное исследование [12, 18,26]. Для установления первичного (свежего) урогенитального хламидиоза (манифестной или инаппарантной формы – в зависимости от наличия или отсутствия субъективной симптоматики) необходимо исключить инфекции, вызванные трихомонадами и нейссериями. Подтверждением первичного хламидиоза является нарастание титра IgM к *S. trachomatis*. При отсутствии острого воспалительного очага и положительных результатах ПЦР или культурального метода, независимо от результатов серологических исследований, можно предполагать латентную форму первичного урогенитального хламидиоза. При давности заражения более 2 месяцев, определении хронического воспалительного очага и положительных лабораторных тестах устанавливается диагноз хронического урогенитального хламидиоза в виде манифестной или инаппарантной формы. Положительные серологические тесты (IgG и IgA) при наличии или отсутствии возбудителя в первичных входных воротах позволяют говорить об активной фазе инфекции. Диагностически значимые титры IgG (при отрицательных IgA) и положительный результат ПЦР или культурального метода может свидетельствовать о неактивной фазе хронического урогенитального хламидиоза [3,9]. При давности заражения более 2 месяцев, отсутствии хронического воспалительного очага в органах мочеполовой системы, а также при обнаружении хламидий несколькими лабораторными тестами можно предполагать латент-

ную форму инфекции [3,7]. Причём, сочетание одновременно двух положительных серологических тестов (IgG и IgA) независимо от результатов ПЦР и культурального методов свидетельствует об активной фазе инфекционного процесса. Обнаружение специфических IgG (при отсутствии IgA) и самого возбудителя в патологическом материале, а также при одном положительном ПЦР или культуральном тесте предполагает неактивную фазу латентной хламидийной инфекции.

Следовательно, установление диагноза урогенитального хламидиоза необходимо осуществлять, применяя комплексные клиничко-лабораторные исследования. Информативность лабораторных тестов при подтверждении данного инфекционного заболевания зависит от хронизации инфекции. При первичном процессе, когда хламидии находятся в первичных очагах и являются доступными для исследователя наиболее значимы лабораторные методы, основанные на обнаружении самого возбудителя (ПЦР и культуральный). При хронизации инфекции выше указанные лабораторные тесты теряют своё первостепенное значение из-за формирования очагов фиброза и ограничения патогена спаечным процессом в наружных половых органах и органах малого таза. В этом случае в комплексе исследований имеют решающее значение серологические исследования, результаты которых не зависят от локализации очага воспаления.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путём. - Нижний Новгород: Издательство НГМА, Москва: Медицинская книга, 1999 – 416 с. (с.133).
2. Башмакова М.А., Бочкарёв Е.Г., Говорун В.М., Савичева А.М., Парфёнова Т.М. Хламидиоз. Современные подходы к диагностике и лечению (пособие для врачей). – М., 1999. - 61 с.
3. Гранитов В.М. Хламидиозы. – Москва: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2000. – 192 с.
4. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путём/ Метод. Материалы/ Под ред. К.К. Борисенко. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Ассоциация САНАМ. – 1998. – с.100.
5. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. – 5-е изд. -- С.-Петербург: Изд-во “Ольга”, 2000. - 572 с.
6. Михайличенко В.В., Бойцов А.Г., Есипов А.С. Клиническая интерпретация результатов лабораторного обследования пациентов с урогенитальным хламидиозом // TERRA MEDICA. – 2000. - №4. – С. 6-10.

7. Медицинская микробиология / Гл.ред. В.И.Покровский, О.К.Поздеев.— М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998.—1200 с (с.537)
8. Рищук С.В., Костючек Д.Ф., Бойцов А.Г. Выявляемость некоторых возбудителей сексуально-трансмиссионных заболеваний при хронических сальпингоофоритах, бактериальных вагинозах и неспецифических бактериальных вагинитах // Ж. акуш. и женских болезней. - 2000. - №1. - С.19-22.
9. Рищук С.В., Костючек Д.Ф., Саматыго А.Б. Особенности интерпретации результатов серодиагностики у мужчин с урогенитальным хламидиозом до и после лечения // Сб. науч. труд. - С.-Петербург. - 2001. - С. 316.
10. Руководство по инфекционным болезням / ред. Лобзин Ю.В. - СПб.: Изд. «Фолиант». - 2000. - 936 с.
11. Савичева А.М., Башмакова М.А., Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия. Под ред. Э.К.Айламазяна - Н.Новгород.: Издательство НГМА, 1998. —182 с (с. 43)
12. Савичева А.М., Башмакова М.А., Новикова Л.Н., Шипицина Е.В., Тараскина А.Е. Место молекулярно-биологических методов (ПЦР) в диагностике генитальных инфекций // Материалы 2-й Всероссийской конференции «Полимеразная цепная реакция в диагностике и контроле лечения инфекционных заболеваний». - М. - 1998. - С.57 – 63.
13. Сельков С.А., Есипов А.С., Веденева Г.Н., Крылова Т.А. Методические проблемы диагностики урогенитального хламидиоза // TERRA MEDICA. - 2001. - №1. - С. 42-45.
14. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. - СПб.: Медия Пресс, 1999. -446с.
15. 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.
16. Barnes R.C. Laboratory Diagnosis of Human Chlamydial Infections/ Clinical Microbiology Reviews.- 1989. - Vol.128.- P. 119-136.
17. Bjercke S., Purvis K. Characteristics of women under fertility investigation with IgA/IgG seropositivity for Chlamydia trachomatis. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.- 1993. - Vol.51(2).- P.157-61.
18. Catry M.A., Borrego M.J., Cardoso J., Azevedo J., Santo I. Comparison of the Amplicor Chlamydia trachomatis test and cell culture for the detection of urogenital chlamydial infections. // Genitourin-Med. - 1995. - Vol. 71(4). - P. 247-50.
19. 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.



20. Dieterle S., Wollenhaupt J. Humoral immune response to the chlamydial heat shock proteins hsp60 and hsp70 in Chlamydia-associated chronic salpingitis with tubal occlusion. // *Hum. Reprod.*- 1996. – Vol.11(6). – P.1352-6.
21. Gumus B., Sengil A.Z., Solak M., Fistik T., Alibey E., Cakmak E.A., Yeter M. Evaluation of non-invasive clinical samples in chronic chlamydial prostatitis by using in situ hybridization. // *Scand. J. Urol. Nephrol.* – 1997. – Vol. 31(5) - P. 449-51.
22. Koroku M., Kumamoto Y., Hirose T. A study on the role of Chlamydia trachomatis in chronic prostatitis--analysis of anti-Chlamydia trachomatis specific IgA in expressed prostate secretion by western-blotting method // *Kansenshogaku Zasshi.* – 1995. – Vol. 69(4). – P. 426-37.
23. Kumamoto Y., Sato T., Hiroi M., Hashizume S., Nakata H. Et al. Assessment of Chlamydia trachomatis-specific IgA and IgG serum antibodies in genitourinary Chlamydia trachomatis infection--comparative study between HITAZYME and IPAzyme // *Kansenshogaku Zasshi.* - 1993. – Vol. 67(4). – P.315-30.
24. Lucisano A., Morandotti G., Marana R., Leone F., Branca G., Dell'Acqua S., Sanna A. Chlamydial genital infections and laparoscopic findings in infertile women. // *Eur. J. Epidemiol.*- 1992. – Vol.8(5). – P. 645-9.
25. Maruta N. Study of Chlamydia trachomatis in chronic prostatitis // *Hinyokika Kyo.* 1992 . – Vol. 38(3). – P. 297-304.
26. Naher H., Hochstetter R., Petzoldt D. Evaluating polymerase chain reaction for detection of C. trachomatis in urogenital smear // *Hautarzt.* – 1995. - Vol. 46(10). – P. 693-6.
27. Odland J.O., Anestad G., Rasmussen S., Lundgren R., Dalaker K. Ectopic pregnancy and chlamydial serology. // *Int. J. Gynaecol. Obstet.*- 1993.- Vol.43(3).- P.271-5.
28. Ostaszewska I., Zdrodowska-Stefanow B., Badyda J., Pucilo K., Trybula J., Bulhak V. Chlamydia trachomatis: probable cause of prostatitis. // *Int. J. STD AIDS.*- 1998.- Vol.9(6).- P.350-3.
29. Schoenwald E., Schmidt B.L., Steinmetz G., Hosmann J. Et al. Diagnosis of Chlamydia trachomatis infection-culture versus serology // *Eur. J. Epidemiol.*- 1988 . – Vol. 4(1). – P. 75-82.
30. Weidner W., Schiefer H.G., Krauss H. Role of Chlamydia trachomatis and mycoplasmas in chronic prostatitis. // *A review. Urol.Int.* – 1988. – Vol. 43(3). – P. 167-73.

Таблица 1

Обнаружение лабораторных показателей хламидийной инфекции при некоторых воспалительных процессах мочеполовой системы у мужчин

Лабораторные тесты Патология	IgG		IgG + IgA		IgG + IgA + ДНК		IgG + ДНК		ДНК		Отсутствие (+) тестов	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
ОИУ (n=36)	4	11,1	0	0	1	2,8	2	5,6	10**	27,8	19**	52,8
ХИП (n=63)	17*	27,0	15**	23,8	6*	9,5	4	6,3	2	3,2	19**	30,2
Контрольная группа (n= 54)	6	11,1	4	7,4	1	1,9	1	1,9	1	1,9	41	75,9

\* достоверное отличие от контрольной группы ( $p < 0,05$ )

\*\* достоверное отличие от контрольной группы ( $p < 0,001$ )

Таблица 2

Обнаружение лабораторных показателей хламидийной инфекции при некоторых воспалительных заболеваниях репродуктивной системы у женщин

Лабораторные тесты Патология	IgG		IgG + IgA		IgG + IgA + ДНК		IgG + ДНК		ДНК		Отсутствие (+) тестов	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
ОЭ (n=20)	0*	0	0	0	1	5,0	7*	35,0	8**	40,0	4**	20,0
ХЭ (n=46)	11	23,9	7	15,2	2	4,3	1*	2,2	0	0	25	62,5
ХСО (n=40)	5	12,5	17**	42,5	5	12,5	7	17,5	0**	0	6**	15,0
Контрольная группа (n=39)	9	23,1	1	2,6	1	2,6	2	5,1	6	15,4	20	51,3

\*  $p < 0,05$  (по сравнению с контролем)

\*\*  $p < 0,001$  (по сравнению с контролем)

Таблица 3

Критерии постановки диагноза при урогенитальной хламидийной инфекции.

ИЗ	Клинические Формы ИЗ	Фазы ИЗ	Воспалительные очаги	Лабораторные показатели				
				Серологические			Идентификация возбудителя*	
				IgM	IgG	IgA	ПЦР	Культуральный
УГХ первич- ный (све- жий)	Манифестная или инаппарантная	Нет	Да (первичные, свежие)	+	±	±	+	+
	Латентная		Нет	±	±	±	+	+
УГХ, хрони- ческий	Манифестная или инаппарантная	Активная	Да (хронические)	±	+	+	±	±
		Неактивная		±	+	--	+	+
УГХ, хрони- ческий	Латентная	Активная	Нет	±	+	+	±	±
		Неактивная (два вари- анта)		±	+	--	+	+
				±	--	--	+	+

\* возможно проведение одного ПЦР-теста; при постановке первоочередного культурального теста – обязательное под-  
тверждение отрицательного результата в ПЦР;  
УГХ – урогенитальный хламидиоз