

Рищук С.В. Анализ отрицательных клинико-лабораторных тестов при хроническом урогенитальном хламидиозе и уреамикоплазмозе у половых пар / С.В. Рищук, А.Г. Бойцов, Д.Ф. Костючек // Журнал дерматовенерологии и косметологии. – 2002. – №2. – С. 45-48.

АНАЛИЗ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ И УРЕАМИКОПЛАЗМОЗЕ У ПОЛОВЫХ ПАР

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

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова

THE ANALYSIS OF NEGATIVE CLINICAL-LABORATORY TESTS AT CHRONIC UROGENITAL CHLAMYDIOSIS AND UREAMYCOPLASMOSIS AT SEXUAL PAIRS

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

The St.-Petersburg state medical academy of I.I.Mechnikov

РЕЗЮМЕ

Целью наших исследований явилось рассмотрение динамики клинико-лабораторных показателей хронического урогенитального хламидиоза (ХУГХ) и уреамикоплазмоза (ХУМ) у половых пар на протяжении 28 недель их регулярных половых контактов с учётом проводимого лечения и барьерных методов защиты (БМЗ).

Обследовано 24 половые пары репродуктивного возраста с различной патологией мочеполовой системы. Общепринятые лабораторные методы позволили выявить признаки ХУГХ и ХУМ только у женщин. В связи с категорическим отказом от лечения мужчин, комплексную терапию получали только женщины. В течение 16 недель после окончания терапии при половой жизни пар с БМЗ констатирована излеченность женщин от указанных сексуально-трансмиссионных заболеваний. В дальнейшем, в течение 12 недель при половой жизни пар с нелеченными партнёрами без БМЗ у всех женщин диагностирована реинфекция.

Таким образом, при обследовании сексуальных пар, продолжительно ведущих регулярную половую жизнь без использования БМЗ и получении положительных клинико-лабораторных признаков по ХУГХ и ХУМ у женщин, наличие отрицательных качественных тестов у мужчин - их половых партнёров, не является свидетельством отсутствия их заражения. При подтверждении диагноза ХУГХ и ХУМ у одного из половых партнёров при их про-

должительной и регулярной половой жизни без БМЗ необходимо проводить обязательное лечение сексуальной пары.

Ключевые слова: половые пары, хронический урогенитальный хламидиоз, хронический уреамикоплазмоз, реинфекция.

ABSTRACT

The purpose of our researches was treating the dynamics of clinical-laboratory parameters of chronic urogenital chlamydiosis (CUGC) and ureamycoplasmosis (CUM) at sexual pairs during 28 weeks of their regular sexual contacts in view of spent treatment and barrier methods of protection (BMP).

There were surveyed 24 sexual pairs of reproductive age with various pathology of genitourinary system. The standard laboratory methods could show marks of CUGC and CUM only at women. Because of men's refusal from treatment, complex therapy was received only by women. During 16 weeks after the ending of therapy at sexual life of pairs with BMP the full curement of women from specified sex-transmitting diseases was certified. Further, during 12 weeks at sexual life of pairs with untreated partners without BMP the reinfection at all women was diagnosed.

Thus, at inspection of sexual pairs, having long regular sexual life without using BMP and reception of positive clinical-laboratory attributes of CUGC and CUM at women, presence of negative qualitative tests at men - their sexual partners, is not the certificate of absence of their infection. At confirmation of diagnosis CUGC and CUM at one of sexual partners at their long and regular sexual life without BMP the obligatory conduction of treatment for sexual pair is necessary.

Key words: sexual pairs, chronic urogenital chlamydiosis, chronic ureamycoplasmosis, reinfection.

ВВЕДЕНИЕ

Хронический урогенитальный хламидиоз и уреамикоплазмоз до настоящего времени представляет достаточно серьезную проблему из-за увеличения темпов роста, отсутствия полной ясности в понимании патогенеза и единых диагностических подходов.

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 [16,17]. Однако, достаточно часто пациенты с отрицательными тестами от лечения отказываются, мотивируя свой отказ отсутствием кли-

нических 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 наших исследований явилось рассмотрение динамики клинико-лабораторных показателей уrogenитального хламидиоза и уреамикоплазмоза у половых пар на протяжении 28 недель их регулярных половых контактов с учётом проводимого лечения и барьерных методов защиты (БМЗ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 24 половые пары репродуктивного возраста с различной патологией мочеполовой системы, регулярно ведущие половую жизнь преимущественно без БМЗ, но с различными вариантами гормональной и биологической контрацепции у женщин. Причиной обращения за медицинской помощью у 10 (42%) женщин был хронический сальпингоофорит (ХСО) в сочетании с хроническим эндоцервицитом (ХЭ) – у 2 и неспецифическим бактериальным вагинитом (НБВ) – у 4. Изолированно НБВ определен у 4, хронический эндоцервицит – у 2 пациенток. Хронический цистит диагностирован у 2 женщин. Бактериальный вагиноз (БВ) выявлен у 5 (21%) больных. У 3 (13%) мужчин диагностирован хронический инфекционный простатит (ХИП) неясной этиологии.

Возбудители СТЗ (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) в половых путях (цервикальном канале и вагине – у женщин, уретре и секрете предстательной железы – у мужчин) 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. Количественный учёт мико-плазм проводили с помощью набора для идентификации и дифференциального титрования генитальных микоплазм «MYCOPLASMA DUO» Sanofi diagnostics Pasteur согласно инструкции к указанным тест-системам. Минимальным диагностически значимым титром для микоплазм и уреаплазм был принят показатель 10 тыс. колониеобразующих единиц в миллилитре (КОЕ/мл). 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 [5]. Выделение *C. trachomatis* в культуре клеток (McCoy) у отрицательных по ПЦР-тесту мужчин проводили методом Rira в модификации [5,15]. Ста-

статистический анализ осуществляли с применением непараметрических критериев (Хи-квадрат и критерия Фишера).

Общепринятые лабораторные методы [4,7] позволили выявить признаки СТЗ только у женщин. Причём, у 10 (42%) пациенток диагностирован хронический урогенитальный хламидиоз (ХУГХ), у 6 (25%) – хронический уреоплазмоз (ХУ); у 2 – носительство уреоплазм ; у 5 (21%) – хронический урогенитальный микоплазмоз (*M. hominis*); у 1 – носительство микоплазм (*M. hominis*). Клинические и лабораторные данные, позволившие бы диагностировать СТЗ, 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 [1,2,3] . 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Хронический урогенитальный хламидиоз был пролечен у 10 женщин (рисунок 1). 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 хронического урогенитального хламидиоза. 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 па-

ры 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 у 5 женщин была установлена реинфекция в виде манифестной формы острого УГХ, у 5 – реинфекция в виде латентной формы острого УГХ.

Аналогичные данные получены при хроническом уреамикоплазмозе. У 8 обследованных пар с отрицательными результатами лабораторных тестов на уреоплазмы у мужчин (рисунок 2) комплексную терапию проводили только женщинам. К 16 неделе после окончания лечения у 5 из 6 женщин отсутствовали признаки активности хронических воспалительных очагов в органах мочеполовой системы (ХСО, бактериального вагинита и хронического цистита). У 1 пациентки к 4 неделе после лечения бактериальный вагинит не определялся, но оставались признаки активного процесса в придатках матки, хотя с меньшей интенсивностью, чем до терапии. Уреоплазмы не определялись в половых путях у всех 8 обследованных женщин. На основании полученных данных констатировали излеченность женщин от хронического уреамикоплазмоза. Из 8 мужчин, отказавшихся от лечения, у 4 на протяжении указанного периода был выявлен хронический воспалительный очаг в предстательной железе. Причём, у 1 – однократно в конце 12 недели обнаружены уреоплазмы в количестве менее 10 тыс. КОЕ/мл. , у 1 – в количестве ≥ 10 тыс. КОЕ/мл. на 8 неделе после окончания лечения женщин. В течение последующих 12 недель проводили дальнейшее обследование пар, причём половую жизнь партнёры вели, начиная с 17-18 недели, без БМЗ. У 7 женщин при этом диагностировали воспалительные очаги в органах мочеполовой системы. Из них у 6 – в течение 20-28 недель определили активацию хронического бактериального вагинита в сочетании с ХСО – у 2, хроническим циститом – у 1, острым циститом – у 2 и острым уретритом – у 1 женщины. У одной пациентки острый воспалительный процесс наблюдался одновременно в вагине, эндоцервиксе и уретре. У всех женщин были обнаружены в мочеполовых путях уреоплазмы с обсеменённостью у 2 - менее 10 тыс. КОЕ/мл, у 6 - 10 тыс. и более. На основании полученных данных у 6 пациенток была констатирована реинфекция в виде острого уреамикоплазмоза, у 2 – свежее инфицирование уреоплазмами без формирования инфекционного заболевания.

Микоплазмы (*M.hominis*) были выявлены у 6 женщин (у 5 - урогенитальный микоплазмоз, у 1 – носительство). Им была проведена комплексная терапия с применением антибиотиков, в то время, как их половые партнёры от лечения отказались. После комплексной терапии (рисунок 3) к 16 неделе симптомы вагиноза исчезли у 3 из 5 женщин. Микоплазмы (*M. hominis*) с помощью лабораторных тестов не выявлялись. Необходимо отметить, что в 2 случаях к концу 4 недели ещё сохранялся положительный ПЦР-тест при отсутствии роста микоплазм на жидких питательных средах. К окончанию периода наблюдения после снятия презерватива (к 28 неделе после лечения) у 3 женщин диагностировали реинфекцию в виде острого урогенитального микоплазмоза, у 3 – свежее повторное заражение без формирования инфекции одного заболевания.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные данные о реинфекции у женщин после лечения свидетельствуют о том, что отрицательные клинико-лабораторные тесты по хроническому хламидиозу и микоплазмозу у мужчин – их половых партнёров не являются свидетельством отсутствия у них инфекционного процесса. Отрицательные лабораторные тесты по ХУГХ и ХУГМ у мужчин можно объяснить тем, что забор первичного материала у них для лабораторного подтверждения диагноза осуществлялся из уретры. В мочеиспускательном канале как мужчин, так и женщин, в процессе хронизации инфекции не создаются благоприятные условия для длительного выживания хламидий и микоплазм, что отражается на их достаточно редком обнаружении с помощью качественных лабораторных тестов [6,11,12, 14]. Это возможно из-за механического удаления мочой и эякулятом микроорганизмов, ограничения инфекции очагами фиброза, выраженной десквамации поражённого эпителия. Выше указанное подтверждается работами ряда авторов о более частом обнаружении хламидий в вагине и цервикальном канале женщин, по сравнению с частотой выявления названного патогена в уретре [10,13]. Взятие для исследования секрета предстательной железы существенно не улучшает выявляемости данных микроорганизмов у мужчин [8]. Это может быть связано с особенностями строения простаты, очаговым характером воспалительного процесса, его осумкованием и нарушением оттока секрета при массаже в пределах поражённых трубчато- альвеолярных желёз и т.п. [9]. Высокая вероятность обнаружения хламидий и микоплазм у мужчин существует только в случае острой инфекции [4,6,12]. Отрицательный результат исследования материала из уретры и секрета простаты не может гарантировать отсутствие возбудителей СТЗ в организме мужчины.

ВЫВОДЫ

1. При обследовании сексуальных пар, продолжительно ведущих регулярную половую жизнь без использования БМЗ и получении положительных клинико-лабораторных признаков по урогенитальному хламидиозу и микоплазмозу у женщин, наличие отрицательных качественных тестов у мужчин - их половых партнёров, не является свидетельством отсутствия их заражения.

2. При подтверждении диагноза хронического урогенитального хламидиоза и уреамикоплазмоза у одного из половых партнёров при их продолжительной и регулярной половой жизни без БМЗ 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. Москва: Медицина, 1991: 412.
2. Диагностика и лечение урогенитальных инфекций: Методические рекомендации. Под ред. И.Е.Семавина, С.Г.Оганесова, М.Н.Зубкова. Москва, 1991: 23.
3. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путём: Методические материалы. Под ред. К.К.Борисенко. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: Ассоциация САНАМ, 1998: 100 – 101.
4. Кубась В.Г., Рищук С.В., Костючек Д.Ф. Клинико-лабораторное обоснование постановки диагноза урогенитального хламидиоза у мужчин. Ж. дерматовенерологии и косметологии. 2002; 1: 56-59
5. Овчинников Н.М., Беднова В.Н., Делекторский В.В. Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путём. Москва: Медицина, 1987: 304
6. 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: 52-55
7. Руководство по инфекционным болезням. Под ред. Лобзина Ю.В. Санкт-Петербург: Изд. «Фолиант», 2000: 936.
8. Сельков С.А., Есипов А.С., Веденева Г.Н., Крылова Т.А. Методические проблемы диагностики урогенитального хламидиоза. TERRA MEDICA. 2001;1: 42-45.
9. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. Санкт-Петербург: Медия Пресс, 1999: 446.
10. 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: 95-100.

11. 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; 253(1): 5-7.
12. Barnes R.C. Laboratory Diagnosis of Human Chlamydial Infections *Clinical Microbiology Reviews.* 1989; 128: 119-136.
13. 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 Feb.;78(2):131-6
14. Lucisano A., Morandotti G., Marana R. et al. Chlamydial genital infections and laparoscopic findings in infertile women. *Eur. J. Epidemiol.* 1992; 8(5): 645-9.
15. Ripa K.T., Mardh P.A. Cultivation of Chlamydia trachomatis in cycloheximide treated McCoy cells. *J. Clin. Microbiol.* 1977; Vol.44: 1-5.
16. 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 Jul; 112: 9-14.
17. Woolley P.D., Wilson J.D., Kinghorn G.R. Epidemiological treatment of sexual contacts prevents recurrence of non-gonococcal urethritis. *Genitourin. Med.* 1987 Dec; 63(6): 384-5

Урогенитальный хламидиоз у половых пар

Результат обследования 10 пар с отрицательными тестами у мужчин (половая жизнь без БМЗ более **6 месяцев**)

Клинико-лабораторные показатели СТЗ и установление диагноза	Женщины	Мужчины
Хронический очаг (активный)	9	0
IgG к C.trachomatis	10	3
IgA к C.trachomatis	7	0
ДНК C.trachomatis	4	0
Хронический УГХ (манифестная форма)	9	0
Хронический УГХ (латентная форма)	1	0

Одностороннее лечение женщин

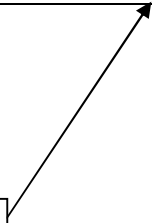
Контроль излеченности в течении 16 недель после окончания лечения при наличии половой жизни с БМЗ

Результаты обследования половых партнёров на конец **16 недели** после лечения

Клинико-лабораторные показатели СТЗ и установление диагноза	Женщины	Мужчины
Хронический очаг (активный)	0	0
IgG к C.trachomatis	8	3
IgA к C.trachomatis	0	0
ДНК C.trachomatis	0	2
Хронический УГХ (манифестная форма)	0	0
Хронический УГХ (латентная форма)	0	2

Результаты обследования половых партнёров на конец **28 недели** после лечения

Клинико-лабораторные показатели СТЗ и установление диагноза	Женщины	Мужчины
Хронический очаг (реактивация) и/или острый очаг (в других органах)	5	0
IgG к C.trachomatis	10	3
IgA к C.trachomatis	5	0
ДНК C.trachomatis	9	1
Острый УГХ (Реинфекция в виде манифестной формы)	5	0
Острый УГХ (реинфекция в виде латентной формы)	5	0
Хронический УГХ (латентная форма)	0	1



Уреаплазмоз у половых пар

Результат обследования 8 пар с отрицательными тестами у мужчин (половая жизнь без БМЗ более **6 месяцев**)

Клинико-лабораторные показатели СТЗ и установление диагноза	Женщины	Мужчины
Хронический очаг (активный)	6	3
ДНК U.urealyticum	8	0
U.urealyticum ≥10тыс.КОЕ	6	0
U.urealyticum <10тыс.КОЕ	2	0
Хронический уреаплазмоз	6	0
Носительство уреаплазм	2	0

Одностороннее лечение женщин

Контроль излеченности в течении 16 недель после окончания лечения при наличии половой жизни с БМЗ

Результаты обследования половых партнёров на конец **16 недели** после лечения

Клинико-лабораторные показатели СТЗ и установление диагноза	Женщины	Мужчины
Хронический очаг (активный)	1	4
ДНК U.urealyticum	0	2
U.urealyticum ≥10тыс.КОЕ	0	1
U.urealyticum <10тыс.КОЕ	0	1
Хронический уреаплазмоз	0	1
Носительство уреаплазм	0	1

Результаты обследования половых партнёров не конец **28 недели** после лечения

Клинико-лабораторные показатели СТЗ и установление диагноза	Женщины	Мужчины
Хронический очаг (реактивация) и/или острый очаг (в других органах)	7	5
ДНК U.urealyticum	8	1
U.urealyticum ≥10тыс.КОЕ	6	0
U.urealyticum <10тыс.КОЕ	2	1
Острый уреаплазмоз (реинфекция)	6	0
Свежее инфицирование уреаплазмами	2	0
Носительство уреаплазм	0	1



Урогенитальный микоплазмоз (*M. hominis*) у половых пар

Результат обследования 6 пар
С отрицательными тестами у мужчин
(половая жизнь без БМЗ более **6 месяцев**)

Клинико-лабораторные показатели СТЗ и установление диагноза	Женщины	Мужчины
Хронический очаг (активный)	5	0
ДНК <i>M. hominis</i>	6	0
<i>M. hominis</i> ≥ 10 тыс.КОЕ	5	0
<i>M. hominis</i> < 10 тыс.КОЕ	1	0
Хронический урогенитальный микоплазмоз	5	0
Носительство микоплазм	1	0

Лечение женщин

Контроль излеченности в течении 16 недель после окончания лечения при наличии половой жизни с БМЗ

Результаты обследования половых партнёров на конец **16 недели** после лечения

Клинико-лабораторные показатели СТЗ и установление диагноза	Женщины	Мужчины
Хронический очаг (активный)	2	0
ДНК <i>M. hominis</i>	0	1
<i>M. hominis</i> ≥ 10 тыс.КОЕ	0	0
<i>M. hominis</i> < 10 тыс.КОЕ	0	1
Хронический урогенитальный микоплазмоз	0	0
Носительство микоплазм	0	1

Результаты обследования половых партнёров не конец **28 недели** после лечения

Клинико-лабораторные показатели СТЗ и установление диагноза	Женщины	Мужчины
Хронический очаг (реактивация) и/или острый очаг (в других органах)	5	0
ДНК <i>M. hominis</i>	6	0
<i>M. hominis</i> ≥ 10 тыс.КОЕ	3	0
<i>M. hominis</i> < 10 тыс.КОЕ	3	0
Острый урогенитальный микоплазмоз (реинфекция)	3	0
Свежее инфицирование микоплазмами	3	0
Носительство микоплазм	0	1