

УДК 616.97

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОГО ЦЕРВИЦИТА

© 2010 г. С.В. Мураков

Дорожная клиническая больница ОАО РЖД,
Спортивный пр., 3, г. Москва, 109386,
info@semashko.com

Road Clinical Hospital ОАО RZD,
Sportivny Ave, 3, Moscow, 109386,
info@semashko.com

Анализируются актуальные стороны диагностики и лечения хламидийного цервицита. Рассматривается возможность комплексного подхода в терапии цервицита хламидийной этиологии.

Ключевые слова: хламидиоз, хламидийный цервицит, хламидийная инфекция, урогенитальный хламидиоз, шейка матки, диагностика хламидийного цервицита, лечение хламидийного цервицита.

The paper analyzes the current approaches for the diagnosis and treatment of chlamydial cervicitis. It considers whether a comprehensive approach can be applied in the therapy of cervical Chlamydia trachomatis infection.

Keywords: chlamydiasis, chlamydial cervicitis, chlamydial infection, urogenital chlamydiasis, cervix, diagnosis of chlamydial cervicitis, treatment of chlamydial cervicitis.

Урогенитальный хламидиоз, вызываемый патогенным для человека микроорганизмом *Chlamydia trachomatis*, является наиболее распространённой инфекцией, передающейся половым путём [1]. До 1994 г. ни в одной стране мира, кроме Швеции, не осуществлялся статистический учёт больных хламидийной инфекцией, однако экстраполированные данные свидетельствуют о трехкратном превышении уровня заболеваемости хламидиозом по сравнению с гонореей. В различных странах число зарегистрированных больных урогенитальным хламидиозом увеличилось в несколько раз: отмечена четкая корреляция уровня инфицированности *Chlamydia trachomatis* с возрастом моложе 20–25 лет, рисковым сексуальным поведением, использованием оральных контрацептивов [2].

Хламидийная инфекция – одна из важнейших медицинских и социальных проблем в здравоохранении вследствие широкого ее распространения и влияния на репродуктивное здоровье населения, основная причина развития хронических воспалительных процессов урогенитального тракта и как результат вторичного бесплодия у лиц обоего пола. Установлено, что длительно персистирующая хламидийная инфекция в 17 раз повышает риск развития рака шейки матки [3]. Серьёзной проблемой является то, что симптомы хламидийной инфекции, в частности, хламидийного цервицита, не являются специфичными, включая повышенную контактную кровоточивость слизистой оболочки, межменструальные кровянистые выделения из половых органов, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, наличие эктопии [4].

При этой инфекции большие затруднения возникают при асимптомном течении заболевания. У 70 % женщин с хламидийным цервицитом (по данным разных авторов – от 49 до 93 %) наблюдаются стертая клиническая картина или бессимптомное течение инфекции и лишь у 5–10 % женщин отмечаются острые и подострые воспалительные процессы мочеполювых органов. Хламидии влияют на внутриутробное разви-

тие плода, исход родов и течение послеродового периода. У 40–60 % детей, родившихся от матерей, страдающих хламидийным цервицитом, обнаруживаются клинические проявления хламидийной инфекции: конъюнктивит, ринит, назофарингит, пневмонию. Частота инфицирования беременных колеблется от 10 до 40 %, а при осложненном гинекологическом анамнезе (сальпингоофорит, бесплодие, невынашивание) возрастает до 63 % [1].

Исходя из топографии поражения, различают хламидийное поражение нижнего (цервицит, уретрит, цистит, вульвовагинит) и верхнего отделов мочеполювой системы, а также экстрагенитальную локализацию патологического процесса.

Хламидийный цервицит является самой частой клинической формой хламидийной инфекции у женщин, так как *C. trachomatis* обладают выраженным тропизмом к цилиндрическому эпителию. В клиническом и эпидемиологическом отношении является важным субъективно-асимптомное течение хламидийного цервицита у 2/3 инфицированных женщин. Последние данные свидетельствуют в пользу того, что при неосложненной цервикальной инфекции у значительного числа пациенток имеется субклиническая хламидийная инфекция верхних отделов репродуктивной системы [5].

Диагностика хламидийного цервицита основывается, прежде всего, на методах лабораторных исследований с учетом анамнеза и клинических данных. Методы лабораторной идентификации *C. trachomatis*: цитологический, культуральный, серодиагностика, ДНК-специфические.

При цитоскопическом методе одновременно с поиском цитоплазматических клеток-включений Гальбершедтера–Провачека учитывается количество лейкоцитов как показателя воспаления, а также дополнительная информация о наличии сопутствующей бактериальной микрофлоры, дрожжеподобных грибов, трихомонад и т.п. Материалом для исследования служат соскобы из цервикального канала. Цитоскопиче-

ский метод широко доступен, но эффективен лишь при острых формах инфекции, значительно менее эффективен и информативен при хронических формах заболевания. При урогенитальном хламидиозе частота обнаружения телец Провачека в соскобах цервикального канала не превышает 10–12 %. Наличие этих телец подтверждает диагноз хламидиоза, однако их отсутствие не исключает наличие инфекции.

Иммуноморфологические методы основаны на обнаружении антигенных субстанций хламидий в эпителии и других тканях путем обработки препаратов антителами. Метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) предусматривает прямое выявление антигенов хламидий. Диагностическая информативность ПИФ связана с тем, что с ее помощью выявляются не только корпускулярные, но и растворимые антигены хламидий. Этот метод не зависит от возможного изменения тинкториальных свойств микроорганизма в процессе заболевания и лечения. ПИФ-метод является важнейшим скрининговым методом диагностики урогенитального хламидиоза. Его чувствительность и специфичность при использовании моноклональных антител составляет 65–90 и 85–90 % соответственно. Непрямой метод иммунофлюоресценции применяют в тех случаях, когда нет в наличии ФИТЦ-конъюгата антихламидийных антител.

Методы иммуноферментного анализа основаны на обнаружении растворимого антигена хламидий в исследуемых пробах. Выявление в сыворотке крови антител к липополисахаридному антигену хламидий классов IgG, IgA, IgM с определением их титра позволяет определить стадию заболевания, обосновать необходимость антибактериального лечения и оценить его эффективность [6].

Полимеразная цепная реакция в реальном времени (Real-time PCR) может использоваться для качественного и количественного определения ДНК *S. trachomatis* и может иметь значение при длительном течении хламидийной инфекции [7]. Недостатком молекулярно-биологических методов является высокая вероятность контаминации ДНК, в результате чего возможно появление ложноположительных результатов. Возможны также ложноотрицательные результаты из-за присутствия в пробах различных ингибиторов ПЦР и ЛЦР [8].

В настоящее время не существует лабораторного метода, позволяющего избежать как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов, поэтому необходима комплексная лабораторная диагностика, позволяющая выявить возбудителя, определить стадию заболевания, обосновать необходимость назначения антибактериальных препаратов. Изучение иммунного статуса и обоснованное применение иммуномодуляторов позволит повысить эффективность лечения в отдаленные после заражения сроки [6]. Кроме того, пациенты, у которых обнаружены *S. trachomatis*, должны быть обследованы на другие ИППП (гонорея, трихомониаз, сифилис), а также ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты [2].

Цель лечения хламидийного цервицита – элиминация *S. trachomatis*, разрешение клинических симптомов заболевания, а также профилактика тяжёлых

осложнений и предотвращение инфицирования половых партнёров и новорождённых [1].

При выборе средств и методов терапии необходимо учитывать то, что к антибиотикам чувствительны только размножающиеся внутриклеточные формы хламидий – ретикулярные тельца. Элементарные тельца и персистирующие формы хламидий к антибиотикам не чувствительны. Бета-лактамы, цефалоспорины, левомицетин, сульфаниламидные препараты не являются этиотропными и способствуют трансформации хламидий в персистирующие и L-формы. Аналогичный эффект наблюдается при использовании субтерапевтических доз противохламидийных антибиотиков.

Для лечения применяются антибиотики, действующие на внутриклеточные формы хламидий. Данные свойства среди антибиотиков наилучшим образом представлены у макролидов. Длительное время основными средствами в лечении хламидиоза являлись препараты тетрациклинового ряда. Однако они требуют довольно длительного приема, что повышает риск появления тяжёлых побочных явлений [9].

Монотерапия антибиотиками должна быть рассчитана на 6–7 циклов развития хламидий (не менее 2 недель) и применяться при свежих формах заболевания и наличии клинических проявлений. При хронических и персистирующих формах хламидийного цервицита этиотропные препараты назначаются в течение 3 недель и более, одновременно проводится целенаправленная иммунотерапия: пирогенал, тактивин, тималин, полиоксидоний, индукторы интерферона (амиксин, циклоферон, неовир, иммунофар, ридостин и т.д.), ронколейкин. Кроме того, необходимо назначать средства для системной энзимотерапии (лидаза, трипсин), гепатопротекторы (эссенциале, карсил), антиоксиданты, эубиотики (бифидумбактерин, энтерол). Перед назначением иммуномодулирующих препаратов необходимо расширенное иммунологическое обследование пациентки (включая профиль CD-антигенов, интерферонов). Для профилактики кандидоза назначают нистатин, леворин, кетоконазол в виде пероральных, мазевых или влагалищных форм. Кроме того, показана физиотерапия: диатермия, ванночки с отварами трав [10].

Таким образом, лечение хламидийного цервицита включает этиотропную, патогенетическую, эубиотическую, иммуномодулирующую терапию, системную энзимотерапию, противогрибковые препараты; при наличии обильных выделений используют также местные противомикробные препараты [11].

Препаратом выбора в лечении хламидийного цервицита является джозамицин – макролидный антибиотик, который быстро абсорбируется из желудочно-кишечного тракта после приёма внутрь. Пик концентрации в сыворотке крови отмечается примерно через 1 ч после приёма препарата, а период полувыведения составляет около 2 ч. Повторный приём джозамицина позволяет достигнуть максимальной концентрации в крови на 2–4-е сут. Препарат быстро всасывается и накапливается в тканях в высоких концентрациях [12].

Установление клинико-микробиологических критериев излеченности хламидийной инфекции проводится с использованием:

1. ИФА на IgA через 1,5–2 мес. после лечения (выздоровление: IgA нет).

2. ИФА на IgG через 1,5–2 мес. после лечения (выздоровление: снижение титра в 4–8 раз).

3. ПЦР через 1,5–2 мес. после лечения (выздоровление: ПЦР отрицательна) [6, 13].

Ведение половых партнеров женщин, которые получают лечение по поводу цервицита, должно быть таким же, как и для пациентов, которые считаются инфицированными или уже определенно больны ИППП. Партнеров необходимо регистрировать, обследовать и лечить в случае наличия или подозрения на хламидийную, гонококковую, трихомонадную или другую ИППП. Для предотвращения реинфекции пациенты и их половые партнеры должны воздерживаться от половых отношений до окончания курса терапии (в течение 7 дней после начала терапии одной дозой или в течение всего срока терапии в случае 7-дневной схемы лечения) [14].

Литература

1. Современный взгляд на патогенез и лечение персистирующей и хронической хламидийной урогенитальной инфекции / В.А. Молочков [и др.] // Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2008. № 2. С. 61–65.
2. Кисина В.И. Урогенитальный хламидиоз: оптимальная программа лечения // Consilium medicum. 2006. № 8. С. 1.
3. A population-based prospective study of Chlamydia trachomatis infection and cervical carcinoma / K.L. Wallin [et al.] // Int. J. Cancer. 2002. Vol. 101. P. 371–374.
4. Ridgway G.L., Geisler W.M. Treatment of chlamydial genital infection // J. of Antimicrobial. Chemotherapy. 1997. Vol. 40. P. 311–314.
5. Management of uncomplicated Chlamydia trachomatis infections in adolescents and adults: evidence reviewed for the 2006 Centers for Disease Control and Prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines // Clin Infect Dis. 2007. № 44. suppl. 3. P. 77–83.
6. Бочкарев Е.Г. Лабораторная диагностика хламидийной инфекции. М., 2005. С. 10.
7. Хламидийная инфекция урогенитального тракта / А.П. Стрельников [и др.]. М., 2005. С. 85–109.
8. Савичева А.М., Башмакова М.А. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия. Н. Новгород, 1998. С. 150.
9. Кузьмин В.Н. Современные аспекты диагностики и лечения хламидийной инфекции в акушерско-гинекологической практике // Consilium medicum (Венерология). 2003. Т. 5, № 3. С. 15–19.
10. Адаскевич В.П., Козин В.М. Кожные и венерические болезни. М., 2006. С. 524.
11. Гранитов В.М. Хламидиозы. М., 2000. С. 85.
12. Джозамицин (вильпрафен) в терапии урогенитального хламидиоза / Н.С. Потеев [и др.] // Вестн. дерматологии и венерологии. 2002. № 1. С. 48–50.
13. Баткаев Э.А., Липова Е.В. Урогенитальный хламидиоз. М., 2004. С. 57.
14. Данилов С.И. Инфекции, передающиеся половым путем. СПб., 2001. С. 26.

Поступила в редакцию

17 декабря 2009 г.