

Стратегия ведения пациентов с инфекциями, передающимися половым путем

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) – самые распространенные среди всех инфекционных заболеваний. По статистике, ими поражены 5% популяции. Известны более 20 возбудителей, передающихся половым путем и способствующих развитию:

- **классических венерических болезней**, к которым относятся сифилис, гонорея, мягкий шанкр, венерическая гранулема, паховая лимфогранулема;
- **ИППП с преимущественным поражением половых органов**. К ним относятся хламидиоз, трихомониаз, кандидоз, герпес- и папилломовирусные инфекции, уреаплазмоз, микоплазмоз, гарднереллез, контактный моллюск, шигеллез, педикулез, чесотка;
- **ИППП с преимущественным поражением других органов**, таких как: ВИЧ/СПИД, гепатит В, цитомегалия, лямблиоз, амебиаз.

ИППП характеризуются высокой контагиозностью, сравнительно быстрым распространением среди населения и требуют применения особых мер общественной профилактики.

Нелеченные ИППП являются нередко причиной патологии беременности, выкидышей, внутриутробной инфекции, врожденной патологии, бесплодия (у 55-85% женщин и у 20-40% мужчин) и представляют огромную проблему для здравоохранения.

Кроме того, ИППП значительно (в 160 раз и более) повышают риск инфицирования ВИЧ/СПИДом, гепатитом В, развития рака шейки матки.

Заболываемость инфекциями, передающимися половым путем, в настоящее время носит эпидемический характер.

Подобная ситуация, естественно, вызывает закономерную обеспокоенность как у научных работников, так и у практических врачей различных специальностей: дерматовенерологов, урологов, акушеров и гинекологов, терапевтов, клинических фармакологов и других специалистов.

Особенности клинических проявлений и течения ИППП в настоящее время характеризуются возможным одновременным наличием различных урогенитальных инфекций у одного пациента (микст-инфекции). Незначительные или стертые клинические проявления урогенитальных инфекций (хронические, торпидные или подострые формы) приводят к поздней обращаемости к врачам-специалистам. ИППП чаще стали протекать на фоне сниженного иммунного ответа организма, что негативно сказывается на сроках выздоровления. Частое развитие серьезных осложнений (ближайших и отсроченных), поражающих различные органы и системы, особенно репродуктивную, является прогностически неблагоприятным моментом в течении заболевания.

Врачебно-диагностическая тактика при ИППП должна планироваться с учетом следующего:

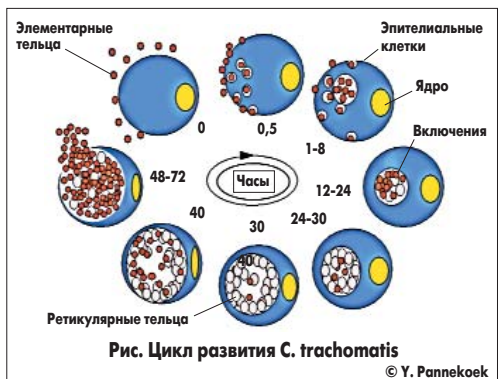
- возможно одновременное и/или последовательное заражение пациента несколькими инфекциями;
- разные инфекции имеют различный по продолжительности инкубационный период;
- однократно отрицательный диагностический тест не исключает инфицирования (например, инфекция находится в инкубационном периоде, или отрицательные КСР при первичном серонегативном сифилисе, или некачественный забор материала, или хроническая инфекция вне стадии обострения и т.п.);
- возможные микробные симбиозы, затрудняющие своевременную диагностику их (например, гонококки и/или хламидии внутри трихомонад);
- отсутствие иммунитета к перенесенным ИППП и возможность повторного инфицирования от нелеченого полового партнера.

Многообразие клинических проявлений ИППП, достаточно широкий диапазон степени их выраженности (от бессимптомного носительства до выраженных воспалительных явлений, особенности которых порой неотличимы при разных урогенитальных инфекциях) подтверждают значимость лабораторных методов верификации диагноза.

Методы лабораторной диагностики возбудителей ИППП

1. Микроскопические: цитологические (окраска мазка по Граму, Романовскому-Гимзе), исследование нативного препарата (для выявления трихомонад), темнопольная микроскопия (для выявления бледной трепонемы).

2. Серологические: КСР, РМП, РИФ, РИБТ, ИФА.



3. Культуральные: бактериологические и бактериоскопические (критерии излеченности гонореи, трихомониаза).

4. Молекулярно-биологические: полимеразная цепная реакция (ПЦР); лигандная цепная реакция (ЛЦР).

5. Иммунохроматографические (скрининговые).

Качество лабораторной диагностики всех вышеперечисленных методов зависит от:

- уровня профессиональной подготовки врачей-лаборантов, занимающихся диагностикой ИППП;
- организации внешнего и внутрилабораторного контроля качества исследований;
- соблюдения санитарно-гигиенических нормативов, установленных для различных диагностических исследований;
- регулярности проведения метрологической проверки лабораторного оборудования;
- контроля за качеством диагностических сред и реагентов.

Несоблюдение вышеуказанных правил и отсутствие систематической оценки качества выполненных лабораторных исследований могут быть причиной ложноположительных или ложноотрицательных результатов даже при самых современных технологиях.

Правильное установление диагноза ИППП зависит от:

- умения выявить основные жалобы;
- критического анализа анамнеза;
- тщательности осмотра всего кожного покрова, слизистых (независимо от фиксации больного на определенной локализации);
- умения выбрать адекватные методы лабораторной диагностики;
- умение трактовать результаты лабораторных анализов.

При лабораторном подтверждении ИППП необходимо учитывать следующие особенности:

- для выявления хламидий методом микроскопии нужно взять соскоб цилиндрического эпителия (у мужчин – ватный тампон или металлическую петлю на 2-4 см в уретру, у женщин – в зону цервикального канала), слизь или гной предварительно убрать тампоном;
- при выявлении острых форм трихомониаза предпочтительнее отдать исследованию нативных препаратов (висячая или раздавленная капля), что позволяет выявить трихомонады по их характерной подвижности;
- при диагностике осложненных или хронических форм трихомониаза материал исследуют всеми возможными методами (окрашенные мазки, культуральный метод с предварительной провокацией);
- следует учитывать, что в отделяемом уретры у мужчин содержится меньше возбудителей, чем у женщин, поэтому целесообразно исследовать у мужчин все возможные биологические среды: секрет предстательной железы, сперму, материал из прямой кишки, центрифугат свежевыпущенной мочи;
- однократное обнаружение хламидийных антител в крови не является достаточным основанием для постановки диагноза. Диагностически значима оценка динамики титров антител, в сложных случаях – метод парных сывороток. Для этого производят одномоментную постановку теста в сыворотках крови, взятых от пациента с интервалом в 2-4 недели на одних и тех же контролях. По показаниям оптической плотности обеих сывороток высчитывают диагностический коэффициент, позволяющий определить острую инфекцию, персистирующую инфекцию или иммунную память.

Успешность лечения больных ИППП зависит от:

- правильно установленного диагноза;
- этиологического;
- топографического;
- клинической формы (давность и острота процесса);
- эффективности лечения;
- адекватного этиотропного лечения;
- продолжительности лечения;
- выбора путей повышения эффективности антибактериальной терапии;
- выявления и лечения половых партнеров;
- проведения контроля излеченности.

Выбор антибактериального препарата определяется видом возбудителя.

Хламидии являются облигатными внутриклеточными паразитами. В эукариотических клетках, то есть в клетках высших организмов, они проходят своеобразный цикл развития (рис.). Основная инфекционная единица хламидий – элементарное тельце. Путем прикрепления к поверхностным рецепторам и последующей инвагинации мембраны клетки элементарные тельца оказываются внутри клетки хозяина, где в результате преобразований превращаются в переходные и ретикулярные тельца, которые способны к делению, но не инфекционны. Дальнейшее преобразование химических структур приводит к образованию элементарных телец, которые прорывают клетку хозяина и способны к проникновению в другие клетки (то есть инфекционны), чтобы пройти в них аналогичный цикл развития.

Учитывая этот цикл развития, при лечении хламидиоза применяют только те антибиотики, которые проникают внутрь клетки, где находятся восприимчивые к ним формы хламидий, и создают высокие внутриклеточные концентрации.

Таким эффектом обладают четыре группы антибиотиков:

- препараты тетрациклинового ряда;
- макролиды;
- фторхинолоны III и IV поколений;
- клиндамицин.

В последние годы препаратами выбора при лечении хламидиоза, микоплазмоза, уреаплазмоза и других ИППП стали макролиды нового поколения. Они лучше других антибиотиков проникают внутрь клетки, действуют на ретикулярные тельца и предотвращают возможность образования новых элементарных телец (ЭТ), но на уже имеющиеся вне клетки ЭТ должного воздействия не оказывают. Таким образом, применяя только антибиотики, невозможно эффективно воздействовать на все звенья цикла развития хламидий в организме человека. Этим и объясняется хорошо известный практикующим врачам факт, что стандартная антибиотикотерапия хламидиоза успешна в 50-60% случаев, в остальных – хламидиоз переходит в хроническую форму. Для повышения эффективности терапии урогенитального хламидиоза зачастую приходится применять несколько антибактериальных препаратов, что экономически невыгодно, требует дополнительной корректирующей терапии и ведет к полипрагмазии.

Перспективным выглядит комбинированное использование антибиотиков и специфического антихламидийного иммуноглобулина человека. Действующим веществом препарата является иммуноглобулин G, специфический к *C. trachomatis*. Эффект специфического иммуноглобулина объясняется его способностью нейтрализовать инфекционность возбудителя, в данном случае – элементарных телец *C. trachomatis*. Связывание иммуноглобулина с элементарными тельцами приводит к образованию иммунного комплекса, который теряет способность прикрепляться к поверхностным рецепторам эпителиальной клетки, и таким образом прерывается жизненный цикл *C. trachomatis*.

Кроме специфического эффекта, антихламидийный иммуноглобулин оказывает выраженное иммуномодулирующее действие, влияя на различные звенья иммунной системы человека и повышая неспецифическую резистентность организма.

Применение антихламидийного иммуноглобулина как в монотерапии, так и в комбинации с антибиотиками макролидами по схеме: стандартная

антибиотикотерапия, а затем иммуноглобулин антихламидийный (ЗАО «Биофарма») по 1,5 мл (1 доза) в/м один раз на 1-4-7-10-13-16-19-21-й день лечения, доказало выраженный антихламидийный эффект. Помимо этого, такое сочетание существенно снижает риск развития антибиотикорезистентных штаммов хламидий.

Антихламидийный иммуноглобулин приводит к успешному лечению урогенитального хламидиоза до 80% случаев.

В клинике ГКВД №1 г. Донецка была опробована комбинированная методика лечения урогенитального хламидиоза с применением антихламидийного иммуноглобулина и антибиотиков макролидов. Клинический показатель случайного лечения урогенитального хламидиоза у семейной пары. Пациенты обратились в клинику по рекомендации врача-гинеколога для обследования на ИППП, жалоб со стороны урогенитальной зоны не предъявляли. Результаты обследования: в мазках лейкоцитоз до 1/2 поля зрения, количество эпителиальных клеток до 30 в поле зрения, обнаружены антитела IgG к *C. Trachomatis* методом ИФА с титром 275 МЕ (резкоположительный), бактериологический патогенетической флоры не выявлено. Диагноз – урогенитальный хламидиоз. Проведено лечение антибиотиками (курс – 10 дней) и иммуноглобулином антихламидийным в/м по 1,5 мл 1 раз в 3 дня (курс – 8 инъекций). Критерий излеченности – достоверное снижение титра антител к *C. Trachomatis* IgG в трех исследованиях на протяжении трех месяцев. Иммуноглобулин антихламидийный также применялся при комплексном лечении остальных пациентов.

Анализ полученных результатов показал, что антихламидийный иммуноглобулин характеризуется хорошей переносимостью пациентами, отсутствием побочных эффектов. Отмечена высокая клиническая эффективность антихламидийного иммуноглобулина. Важной характеристикой лечебного действия антихламидийного иммуноглобулина является сокращение сроков лечения хламидийной инфекции, возможность применения его у беременных, страдающих хламидиозом.

Полученные результаты позволяют рекомендовать антихламидийный иммуноглобулин к широкому применению в терапии урогенитального хламидиоза.

Список литературы находится в редакции.

ІМУНОГЛОБУЛІН ЛЮДИНИ АНТИХЛАМІДІЙНИЙ

Сучасне рішення специфічної проблеми

- Доведена висока клінічна ефективність (як в монотерапії так і в комбінації з антибіотиком)
- Добра переносимість
- Використання під час вагітності
- Не утворює резистентних штамів

Регістраційне посвідчення № 337/03-3002 00 000

ЗАТ «БІОФАРМА»
03038, м. Київ, вул. Амосова Миколи, 9
Звертатись: з питань закупок тел./факс: (044) 261-1539; 275-1604; 275-6104.
за додатковою інформацією тел./факс: (044) 265-5311; 265-9814; 265-3938.
E-mail: marketing@biofarma.kiev.ua; biofarm@iptelecom.net.ua; www.biofarma.kiev.ua