

С.П. СИНЧИХИН,
О.Б. МАМИЕВ,
Астраханская
государственная
медицинская академия

Комплексная терапия урогенитального хламидиоза у несовершеннолетних

Патологические процессы в репродуктивной системе у взрослой женщины нередко являются продолжением и следствием гинекологических заболеваний, возникших в детстве. Так, последствия нелеченной генитальной инфекции у девушек-подростков в будущем могут проявляться в виде бесплодия, эктопической беременности, хронических воспалительных заболеваний органов малого таза. Поэтому своевременное устранение гинекологических заболеваний у несовершеннолетних должно способствовать сохранению репродуктивного здоровья и детородной функции женщины.

В последние годы проблема уrogenитального хламидиоза приобрела особую актуальность, что обусловлено возрастанием частоты выявления данной инфекции (рисунок 1), а также внедрением в практику современных методов диагностики и поиска новых методов лечения (1-5).

Лечение уrogenитального хламидиоза должно быть этиотропным и комплексным. Главным звеном

в лечении хламидийной инфекции является правильный выбор антибиотика. Поскольку хламидии относятся к внутриклеточным микроорганизмам (рисунок 2), лекарственное антихламидийное вещество должно накапливаться и воздействовать на возбудителя внутриклеточно (2-5).

Препаратами первого выбора при лечении хламидийной инфекции в настоящее время принято считать лекарственные средства, содержащие азитромицин (Хемомицин, Зитролид и др.) (1-5). Указанные препараты относятся к классу макролидов, являются производными эритромицина с нечетным числом атомов в кольце и дополнительно содержащим атом азота. По своей активности в отношении к хламидиям они превосходят эритромицин в 2-4 раза. Лекарственное вещество азитромицин устойчиво в кислой среде, благодаря чему хорошо всасывается после перорального введения. Высокий уровень всасывания обеспечивается липофильностью молекулы азитромицина, что подтверждает-

ся большим объемом распределения и выраженной способностью проникновения препарата в ткани. Низкий уровень связывания с белками плазмы является одним из факторов, который способствует ускоренному поступлению азитромицина из крови в ткани, что служит одной из предпосылок достижения быстрого терапевтического эффекта. В различных тканях концентрация препарата во много раз превышает концентрацию в сыворотке крови. Дополнительный механизм транспорта азитромицина к очагу инфекции осуществляется полиморфноядерными лейкоцитами. Способность к проникновению внутрь клетки, а также кумуляция препарата в макрофагах и полиморфноядерных лейкоцитах, транспортирующих его посредством хемотаксиса к месту воспаления, обеспечивают активное воздействие препарата на внутриклеточные патогенные микроорганизмы. Выделяется препарат в основном в неизменном виде с желчью, почками (Vidal, 2007).

В лечении хламидийной инфекции помимо антибиотиков допустимо применение и препаратов, содержащих интерферон, поскольку помимо способности нормализовать иммунный статус, они участвуют в процессах эрадикации патогенного микроорганизма путем непосредственного ингибирования процессов ее транскрипции и репликации (2, 3). Хорошим интерферонстабилизирующим, иммуномодулирующим и антиоксидантным действием обладает препарат Виферон (рисунок 3), который в своем со-

Хорошим интерферонстабилизирующим, иммуномодулирующим и антиоксидантным действием обладает препарат Виферон, который в своем составе содержит рекомбинантный интерферон, токоферола ацетат и аскорбиновую кислоту. Под воздействием интерферона в организме усиливается активность естественных киллеров, Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов, фагоцитарная активность, интенсивность дифференцировки В-лимфоцитов. Добавление токоферола ацетата и аскорбиновой кислоты (витамина Е и С) способствует усилению активности рекомбинантного интерферона в 10-14 раз.



ставе содержит рекомбинантный интерферон, токоферола ацетат и аскорбиновую кислоту. Под воздействием интерферона в организме усиливается активность естественных киллеров, Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов, фагоцитарная активность, интенсивность дифференцировки В-лимфоцитов. Добавление токоферола ацетата и аскорбиновой кислоты (витамина Е и С) способствует усилению активности рекомбинантного интерферона в 10-14 раз (Vidal, 2007).

При проведении курса противохламидийного лечения необходимо осуществлять и местную терапию в виде обработки вульвы и влагалища антисептическими средствами с антихламидийным действием (Повидон-йод, Хлоргексидин) (1-5).

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применяемой схемы лечения урогенитального хламидиоза у несовершеннолетних.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 65 сексуальноактивных молодых пациенток в возрасте от 15 до 18 лет, которым было проведено медикаментозное прерывание нежеланной беременности. Перед осуществлением фармаборта они



обследовались на возбудителей инфекций, передающихся половым путем (ИППП). После медикаментозного аборта лица, у которых выявлялось инфекционное заболевание, получали специфическое лечение. В данное исследование были включены юные женщины, имеющие урогенитальный хламидиоз в виде моноинфекции. Верификация инфекционного агента во всех наблюдениях проводилась с помощью полимеразноцепной реакции (ПЦР). В некоторых случаях помимо ПЦР-диагностики осуществляли прямую иммунофлюоресценцию, т.е. проводили обнаружение хламидийных антигенов с помощью реагирующих с ними моноклональных антител, которые окрашивали иммунофлюоресцирующими красителями. Материалом исследования для обнаружения хламидий являлся соскоб из цервикального канала и уретры.

Пациенткам было рекомендовано провести обследование и лечение полового партнера, а также в период лечения и диспансерного наблюдения при сексуальных контактах использовать презерватив.

Наблюдаемые были распределены на две группы в зависимости от особенностей проводимой терапии. Основную группу образовали 32 несовершеннолетних пациентки, группу сравнения – 33. Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту, анамнестическим данным, имеющимся заболеваниям. Возраст менархе составил $12,9 \pm 0,6$ лет, начала половой жизни – $15,4 \pm 0,8$ лет.

В лечении урогенитального хламидиоза использовали препараты, содержащие азитромицин (Хемомицин или Зитролид): в 1-й день назначали по 1 г, со 2-го по 5-й день – по 500 мг 1 раз в день после ужина через 2 часа.

Местно в течение 10 дней подряд пациентки применяли средства с высокой антисептической активностью: Йодоксид интравагинально по 1 свече 1 раз в день вечером и Гексикон в виде геля для проведения интимной гигиены. Кроме того, назначалось ультрафиолетовое облучение области наружных половых органов по 1,0 биодозе, в количестве 5-6 процедур.

После приема антибиотиков проводилась профилактика развития дисбактериоза кишечника, а после местного лечения – коррекция состояния микробиоценоза влагалища в течение 10 дней препаратами Бифидумбактерин или Ацилакт, которые назначались *per os* или интравагинально в зависимости от цели терапии.

Указанное лечение подростков основной группы дополнялось на



В лечении хламидийной инфекции помимо антибиотиков допустимо применение и препаратов, содержащих интерферон, поскольку помимо способности нормализовать иммунный статус, они участвуют в процессах эрадикации патогенного микроорганизма путем непосредственного ингибирования процессов ее транскрипции и репликации.

значением препарата **Виферон** по 500.000 МЕ в ректальных свечах по 2 раза в сутки в течение 10 дней с 12-часовым интервалом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов лечения показал, что в большинстве наблюдений (90,6 и 87,9% по группам соответственно) у молодых пациенток имело место бессимптомное течение урогенитального хламидиоза (рисунок 4). Лишь только 3 (9,4%) несовершеннолетние в основной группе и 4 (12,1%) подростка в группе сравнения указывали на дизурию и периодически усиливающиеся слизистые выделения из половых путей.

При кольпоскопии у 4 (12,5%) пациенток из основной и у 5 (15,2%) молодых женщин из группы сравнения наблюдалась эктопия цилиндрического эпителия и слизистые выделения из цервикального канала.

У всех обследованных, по данным гинекологического осмотра и ультразвукового исследования, изменений в органах малого таза не выявлено.

Контрольное ПЦР-исследование, проведенное через месяц после лечения, показало, что хламидии не обнаруживались у 27 (81,8%) инфицированных подростков группы сравнения и 32 (100,0%) несовершеннолетних основной группы ($p < 0,05$).

У остальных 6 (18,2%) из 33 наблюдаемых группы сравнения, у которых с помощью ПЦР-исследования продолжала диагностироваться хламидийная инфекция, мы провели иммунофлуоресцентный метод. Микроскопические исследования показали, что у них длительное время обнаруживались единичные измененные хламидии (L-формы), которые исчезали только к концу 2-3 месяца на фоне приема **Виферона** по 2 свечи в сутки 3 дня в неделю через день в течение 1-3 месяцев (рисунок 5).

Следует считать, что противохламидийная антибиотикотерапия была эффективной и в большинстве исходах лечения отмечалась эрадикация возбудителя. Вместе с тем, в некоторых наблюдениях диагностировались измененные формы патогенного микроорганизма, поэтому применение рекомбинантного интерферона, с нашей точки зрения, было абсолютно оправданным для предупреждения возможного развития рецидива заболевания.

Следует отметить, что максимальный терапевтический эффект

достигался при одновременном использовании антибиотика с антихламидийным действием (Хемомицин или Зитролид) в сочетании с иммунокорригирующим препаратом **Виферон**.

Необходимо также указать на отсутствие каких-либо осложнений или неблагоприятного влияния используемых в лечении препаратов на организм несовершеннолетних.

Диспансерное наблюдение за пациентками проводилось в течение 3-6 месяцев. Через 3 месяца ни у одной наблюдаемой нами юной женщины не был выявлен возбудитель урогенитального хламидиоза. Для предупреждения функциональных нарушений в постабортном периоде, защиты от ИППП и



Рисунок 5. Измененные L-формы *C. trachomatis*

ВИЧ, а также надежной контрацепции всем сексуально активным подросткам рекомендовалось применение комбинированных оральных контрацептивов и использование презерватива (двойной «голландский» метод).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о высокой эффективности комплексного лечения урогенитального хламидиоза у несовершеннолетних с применением препаратов Хемомицин, Зитролид в сочетании с Вифероном, Йодоксидом и Гексиконом. Указанная схема лечения рекомендуется для практического применения.

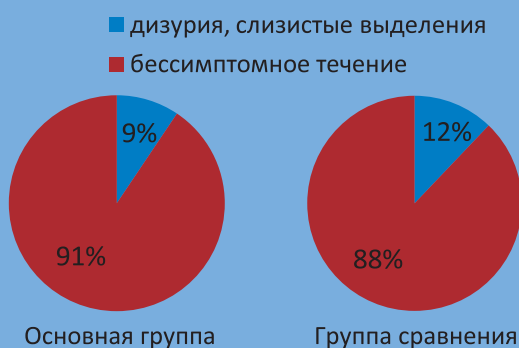


Рисунок 4. Клиническое течение урогенитального хламидиоза у несовершеннолетних

Список литературы:

1. Кисина В.И., Колиева Г.Л. Урогенитальный хламидиоз // Гинекология, 2003; 5, № 2: 82-86.
2. Коколина В.Ф. Диагностика и лечение урогенитальных инфекций у детей и подростков (методические рекомендации). М.: ИД «Медпрактика-М», 2006.
3. Плиева З.А. Особенности урогенитального хламидиоза у девочек // Гинекология, 2000; 2, № 3: 68-70.
4. Прилепская В.Н., Абуд И.Ю. Хламидийная инфекция в акушерстве и гинекологии // Рус. мед. журн. 1998; 5: 284-7.
5. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И.Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 569-575.



ГЕРПЕС И ЦИТОМЕГАЛИЯ
ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В, С, D
ХЛАМИДИОЗ, МИКОПЛАЗМОЗ
УРЕАПЛАЗМОЗ
УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ И
БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ
ПИЕЛОНЕФРИТ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
ДИСБАКТЕРИОЗ
ЭНДОМЕТРИОЗ И
ВУЛЬВОВАГИНИТ
МЕНИНГИТЫ
КАНДИДОЗ
ГРИПП И ОРВИ

суппозитории мазь и гель ВИФЕРОН®

ИНТЕРФЕРОН ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ АЛЬФА-2
С АНТИОКСИДАНТНЫМ КОМПЛЕКСОМ

- Препарат разрешен к применению у беременных женщин и новорожденных детей
- Не вызывает побочных эффектов, имеет минимум противопоказаний и хорошо совместим с другими лекарствами
- Эффективность подтверждена ведущими клиницистами



ферон

ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Производитель ООО «ФЕРОН»
123098 г. Москва, ул. Гамалеи, дом 18, корп. А
ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии
им. Н.Ф. Гамалеи РАМН
тел/факс (495/499) 193-3060, 193-4332, 193-5558
e-mail: viferon@rol www.viferon.su www.interferon.su



РЕКЛАМА