

С.П. СИНЧИХИН,
О.Б. МАМИЕВ,
М.Е. СИНЧИХИНА

Астраханская
государственная
медицинская академия

Клинические варианты течения урогенитального хламидиоза у девочек в препубертатном периоде

В настоящее время проблема уrogenитального хламидиоза приобрела особую актуальность, что обусловлено возрастом частоты выявления данной инфекции, а также внедрением в практику современных методов диагностики и поиска новых методов лечения.

Важность рассматриваемой проблемы определяется частым нарушением репродуктивной функции в виде трубного бесплодия, эктопической беременности, невынашивания беременности у женщин, инфицированных хламидиями. Своевременная диагностика и адекватное лечение хламидийной инфекции в детстве являются мерами профилактики репродуктивных потерь в будущем.

Цель исследования – уточнить клиническое течение уrogenитального хламидиоза у девочек в препубертатном периоде и оценить эффективность проводимой антихламидийной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 190 девочек-*virgo* в возрасте от 8 до 12 лет, не имевших менархе. В зависимости от клинических проявлений хламидийной инфекции наблюдаемые были разделены на три группы: группа 1 – 47 человек, 2 – 103 ребенка, 3 – 40 детей. Кроме этого, были обследованы 170 ближайших родственников юных пациенток.

Санация больных, инфицированных уrogenитальным хламидиозом, складывалась из специфического антихламидийного лечения, тера-

пии соматической патологии, нормализации дисбактериоза кишечника.

Несмотря на широкий спектр противохламидийных препаратов, в своей работе в качестве базисного этиотропного средства мы избрали препарат, содержащий азитромицин (Зитролид или Хемомицин). Указанное лекарственное вещество имеет уникальные фармакокинетические характеристики: продолжительный период полувыведения, высокий уровень всасывания и устойчивость в кислой среде, способность транспортироваться лейкоцитами к месту воспаления и достигать высокой концентрации в тканях, а также возможность свободно проникать внутрь клеток.

Детям всех групп Зитролид или Хемомицин назначали по следующей схеме: в 1-й день по 10 мг/кг, со 2 по 5-й дни – 5 мг/кг, 1 раз в день за 1 час до или через 2 часа после еды.

Пациентки группы 1 одновременно с противохламидийным антибиотиком получали препарат Виферон, который состоит из рекомбинантного интерферона альфа-2b, токоферола ацетата, аскорбиновой кислоты и обладает интерферон-стабилизирующим, иммуномодулирующим и антиоксидантным действием. Виферон назначали по 500 000 ME per rectum 2 свечи в сутки с 12-часовым интервалом в течение 10 дней. Далее по 2 свечи в сутки 3 дня в неделю через день в течение 1 месяца.

Местное лечение для детей групп 1 и 2 включало применение Гексикон геля, обладающего антихлами-

дийной активностью для обработки наружных половых органов (2 раза в день, 10 дней), а также проведение ультрафиолетового облучения (УФО) области наружных половых органов по 0,5-1,0 биодозе в количестве 5-6 процедур.

На фоне антибиотикотерапии считаем необходимым назначение гепатопротекторов растительного происхождения. В проведенном исследовании для этой цели использовался препарат Хофитол, который назначался по 1 табл. 3 раза в день в течение 2 недель. В состав этого препарата входит вытяжка из водного экстракта сока свежих листьев артишока. Биологически активными компонентами Хофитола являются кофеоловая, хинная и аскорбиновая кислоты, флавоноиды, секвитерпенлатон, инулин, витамины группы В и ряд важных микроэлементов. Хофитол обладает антиоксидантным действием, защищает печеночные клетки, стабилизирует мембраны гепатоцитов, стимулирует антиоксидантную функцию печени, улучшает углеводный и жировой обмен (Vidal, 2007).

После приема антибиотика проводилась профилактика развития дисбактериоза кишечника препаратами Бифидумбактерин, Бификол или Ацилакт в течение 10 дней.

Верификация инфекционного агента во всех наблюдениях проводилась с помощью полимеразноцепной реакции (ПЦР). В некоторых случаях, помимо ПЦР-диагностики, осуществляли прямую иммунофлюоресценцию (ПИФ), 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 уретры и цервикального канала. Для исключения трихомониаза, гонореи, кандидоза проводилось бактериоскопическое исследование влагалищного мазка, а с помощью ПЦР-диагностики исключалась микоплазменная инфекция. У всех юных пациенток выполнялись ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза и вагиноскопия.

Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с помощью прикладных программ Statgraphics 3.0, Microsoft Excel 5.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По нашим наблюдениям, общая распространенность данной моноинфекции в структуре вульвовагинитов у девочек препубертатного возраста, не живущих половой жизнью, составляет 10,3%.

Ввиду того, что хламидии персистируют среди взрослого и детского населения, мы провели исследование по выявлению возможности и частоты поражения данным микроорганизмом ближайшего окружения ребенка.

Для этого в 100 семьях болеющих детей были обследованы другие члены семьи. Из них, кроме девочки, хламидийную инфекцию находили в 18 семьях у родителей, в 11 наблюдениях – у братьев и сестер и в 44 семьях одновременно болели все члены семьи. В целом распространенность данной инфекции в семьях составила 73%.

При изучении эпидемиологии инфекционных заболеваний у детей некоторыми авторами указывается, что частота и распространенность рассматриваемой инфекции находится в прямой зависимости от материального благополучия, образовательного и культурного уровней, жилищно-бытовых условий юной пациентки. Нами установлено, что детей из неполных семей (мать + ребенок) было 15%, семей с повторным браком – 22%, девочек

из социально неблагополучных семей было 11%. Доход ниже прожиточного уровня на одного члена семьи отмечался в 89% наблюдениях. Неудовлетворительные жилищно-бытовые условия выявлены у 23% девочек. Тем не менее их родители имели высшее образование в 52% наблюдений.

Неблагоприятные факторы в акушерском анамнезе матерей (преждевременный разрыв плодных оболочек, длительный безводный промежуток, послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания) и ранних периодах жизни девочки (недоношенность, развитие конъюнктивита) встречались в 56,8% случаях.

Наши наблюдения показали, что урогенитальная хламидийная инфекция у девочек-*virgo* препубертатного периода клинически может выражаться в виде:

1) вульвовагинита, протекающего на фоне выраженных общесоматических симптомов заболевания;

2) манифестного вульвовагинита без явных соматических проявлений;

3) латентно протекающего вульвовагинита без соматических проявлений и с минимальной местной симптоматикой.

Дети (47 человек – группа 1) с первой формой проявления хламидийной инфекции имели ярко выраженный вульвовагинит в сочетании с экстрагенитальной локализацией процесса (конъюнктивит, цистит). При вагиноскопии определялась выраженная гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, в некоторых наблюдениях отмечались слизистые выделения из цервикального канала.

Вторая форма (вялотекущего хламидийного вульвовагинита) была наиболее многочисленной и наблюдалась у 103 детей (группа 2). В клинической картине отмечались изменения только со стороны наружных половых органов (гиперемия вульвы, выделения из влагалища, у некоторых обследованных зуд вульвы). При вагиноскопии определялась умеренная гиперемия

слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

Третья клиническая форма – латентно протекающий генитальный хламидиоз (40 детей – группа 3). Девочки обследовались по поводу семейного хламидиоза у матери и/или отца (31 ребенок), или братьев и сестер (9 детей). Несмотря на отсутствие жалоб, у них отмечались незначительные местные проявления в виде легкой гиперемии вульвы.

Своевременная диагностика и адекватное лечение хламидийной инфекции в детстве являются мерами профилактики репродуктивных потерь в будущем. Комплексное лечение урогенитального хламидиоза у детей с использованием препарата, содержащего азитромицин (Зитролид, Хемомицин), Виферона и местной противохламидийной терапии обеспечивают высокую эффективность в эрадикации возбудителя.

Ультразвуковое исследование органов малого таза проведено детям всех групп. Размеры внутренних половых органов соответствовали возрастным нормам, патологических изменений в органах малого таза не наблюдалось.

У детей из группы 1 в процессе проводимой терапии отмечено полное исчезновение клинической картины заболевания в первые 3-5 дней. Проведенное исследование на хламидии всех детей через 1 месяц показало отрицательный результат в 95,7% наблюдений. Остальные продолжили применение Виферона, и через 1,5 месяца мы констатировали негативные реакции ПЦР и ПИФ.

Следует отметить, что до назначения противохламидийной терапии при бактериологическом исследовании у 8 детей этой группы были выявлены нарушения микробиотенноза кишечника. Выявленные изменения потребовали применения пробиотиков в течение более продолжительного периода времени, в среднем в течение 1 месяца. Исчез-

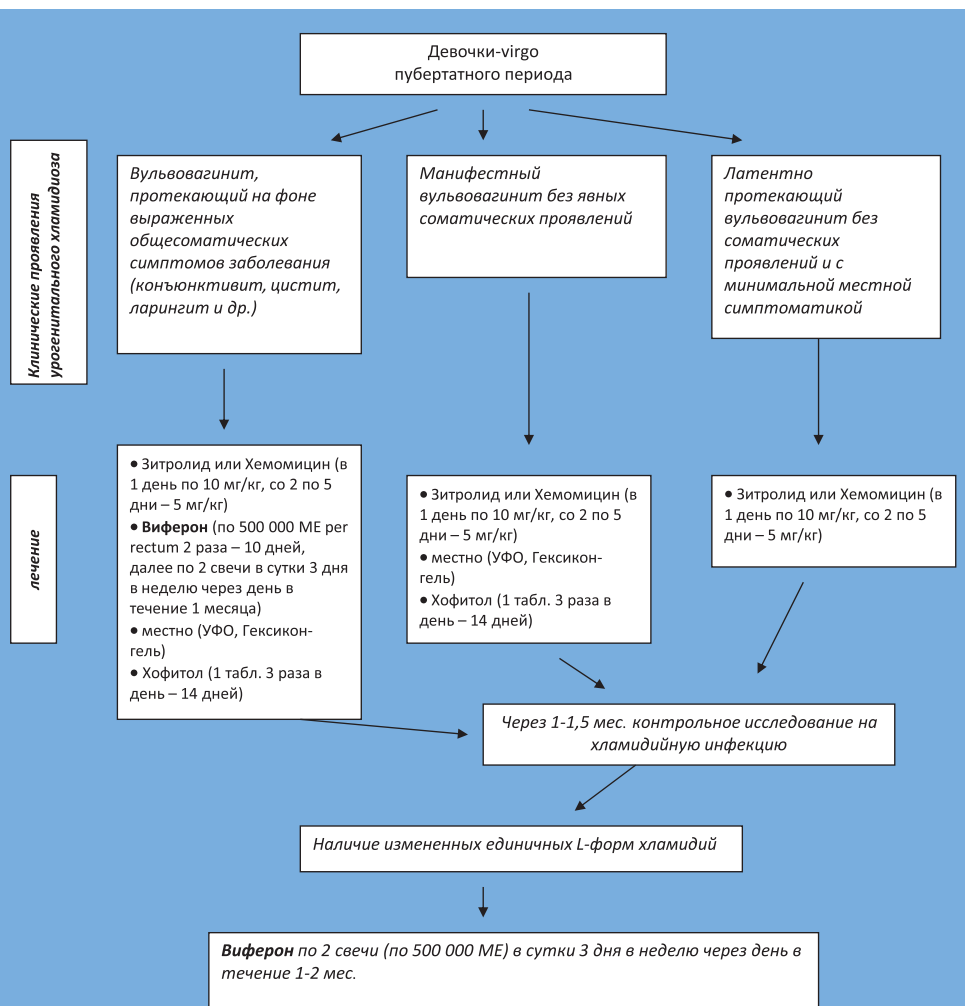


Рисунок. Алгоритм лечения урогенитального хламидиоза у девочек-virgo, используемый в практике детского гинеколога

новение дисбактериоза произошло у всех детей.

Положительная динамика клинических изменений у детей группы 2 с местными, без общесоматических, симптомами заболевания под влиянием проводимой терапии также была быстрой (на 4-5 день). В контрольных исследованиях, проводимых через месяц после лечения, хламидии не обнаруживались у 91,3% детей, а у остальных находили длительное время единичные измененные хламидии (L-формы), которые исчезали только к концу 2-3 месяца на фоне иммунотерапии, в качестве которой использовали Виферон по 2 свечи (по 500 000 МЕ) в сутки 3 дня в неделю через день в течение 1-2 месяцев.

Дети группы 3 (с латентным течением хламидиоза) принимали только Зитролид или Хемомицин 5 дней в вышеуказанных суточных дозах. Оказалось, что через 1-1,5 месяца после контрольного исследования материала у всех девочек хламидии отсутствовали.

Амбулаторное лечение урогенитального хламидиоза нами осуществлялось при диспансерном наблюдении за инфицированными детьми с учетом семейного фактора. Для исключения реинфицирования ребенка хламидийной инфекцией мы проводили рекомендательные беседы о необходимости одновременного обследования и лечения хламидиоза в отношении всех больных членов семьи

в поликлинических условиях, а также о строгом соблюдении правил личной гигиены.

Безусловно, что при наличии других интеркуррентных заболеваний, очагов инфекции, энтеробиоза дети обследовались и дополнительно лечились у врачей других специальностей.

Лабораторный контроль за качеством лечения нами осуществлялся ежемесячно первые 3 месяца, затем при диспансерном наблюдении через 6 и 12 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ


Проведенное исследование позволило сформулировать следующие выводы.

1. Частота урогенитального хламидиоза у девочек при воспалительных поражениях наружных половых органов составляет 10,3%.

2. Клинические проявления урогенитального хламидиоза у девочек-virgo препубертатного возраста могут выражаться в виде: вульвовагинита, протекающего на фоне выраженных общесоматических симптомов заболевания; манифестного вульвовагинита без соматических проявлений; латентно протекающего вульвовагинита без соматических проявлений и с минимальной местной симптоматикой.

3. Комплексное лечение урогенитального хламидиоза у детей с использованием препарата, содержащего азитромицин (Зитролид, Хемомицин), Виферона и местной противохламидийной терапии обеспечивают высокую эффективность в эрадикации возбудителя.

4. При диспансерном наблюдении за детьми с урогенитальным хламидиозом необходимо обследовать членов их семей и в случае выявления хламидий осуществлять одновременное их лечение.

Таким образом, своевременная диагностика урогенитального хламидиоза у девочек, рекомендуемый метод лечения (см. рисунок) и диспансерное наблюдение позволяют эффективно санировать детей и реально предупреждать у них нарушения репродуктивной функции. 



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