



Новосибирский
государственный
медицинский
университет,
кафедра урологии
лечебного
факультета

Эспарокси при хламидийной и уреаплазменной инфекциях

В.И. Исаенко

Адрес для переписки: Валентин Ильич Исаенко, valentin.isaenko@yandex.ru

В статье представлены результаты исследования эффективности макролидного антибиотика рокситромицина (препарата Эспарокси) у больных с хламидийной и уреаплазменной моноинфекциями без выраженных выделений из уретры. Было установлено, что препарат Эспарокси эффективен в терапии воспалительных заболеваний уретры и предстательной железы на фоне хламидийной и уреаплазменной инфекций, его применение улучшает качество жизни больных и может быть рекомендовано для широкого применения в клинической практике.

Ключевые слова: хламидии, уреаплазма, простатит, уретрит, лечение, Эспарокси

Введение

Среди причин урогенитальных воспалительных заболеваний ведущая роль отводится хламидийной и уреаплазменной инфекциям. По данным эпидемиологических исследований, до 5–10% взрослого населения в Российской Федерации инфицировано хламидиями. У мужчин, по литературным данным, *Chlamydia trachomatis* и *Ureaplasma urealyticum*, часто в сочетании с хламидиозом, могут быть причиной возникновения уретритов, простатитов, воспалительных заболеваний наружных половых органов, нередко ведущих к снижению фертильности.

В клинической практике существует значительное количество схем, используемых в лечении урогенитальных хламидиоза и уреаплазмоза. Однако вопросы рациональной антибактериальной терапии урогенитальной инфекции в настоящее время остаются открытыми. В этой связи актуальной является проблема оптимизации терапии больных воспалительными заболеваниями мочеполовой системы, вызванными этими инфекциями. Учитывая тот факт, что при лечении больных хламидиозом широко и успешно применяются макролидные антибактериальные препараты, нами проведено исследование эффективности

и безопасности рокситромицина (препарат Эспарокси) 150 мг в одной таблетке, покрытой оболочкой. Интерес к препарату Эспарокси также обусловлен его доступной для пациентов стоимостью.

Рокситромицин представляет собой кислотоустойчивый полусинтетический 14-членный макролид. Он, как и другие представители данной группы антибиотиков, активен в отношении грамположительных кокков (*Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*), возбудителей коклюша, дифтерии, представителей рода *Moraxella*, *Legionella*, *Campylobacter*, *Spirochaetales*, хламидий (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*), микоплазм, уреаплазм, анаэробов (кроме *Bacteroides fragilis*) [1].

Наряду с антимикробным действием, рокситромицин обладает иммуномодулирующими и противовоспалительными свойствами. После приема внутрь он быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте, его биодоступность высока и мало зависит от приема пищи. Рокситромицин хорошо проникает внутрь нейтрофилов и моноцитов, стимулируя их фаго-



Таблица. Результаты анализов, выполненных методом полимеразной цепной реакции, у больных с хламидийной и уреоплазменной инфекциями (качественный анализ) до и после лечения препаратом Эспарокси

Группы больных	Показатели качественного определения ДНК			
	<i>Chlamydia trachomatis</i>		<i>Ureaplasma urealyticum</i>	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Больные с хламидийной инфекцией (n = 33)	«обнаружено»	«не обнаружено» (n = 31) / «обнаружено» (n = 2)	«не обнаружено»	«не обнаружено»
Больные с уреоплазменной инфекцией (n = 21)	«не обнаружено»	«не обнаружено»	«обнаружено»	«не обнаружено»

цитарную активность. Высокие концентрации препарата отмечаются в тканях предстательной железы, миометрия, эндометрия. Через 1,5–2 часа после приема внутрь концентрация препарата в крови достигает максимальных значений [2]. Рокситромицин выводится из организма в большей степени в неизменном виде с калом, в 10–12% – с мочой, до 15% – легкими. Период полувыведения рокситромицина составляет 10–12 часов, что позволяет применять его 1–2 раза в сутки. Прием препарата с интервалом 12 часов обеспечивает сохранение эффективных концентраций в крови в течение 24 часов. Считается, что рокситромицин может иметь определенные преимущества перед другими макролидами по показателям безопасности и переносимости. Частота побочных эффектов рокситромицина в большинстве исследований не превышала 4% [3]. Однако рекомендуется с осторожностью применять препарат у больных с печеночной и почечной недостаточностью, обязательно контролируя показатели функции печени и почек.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 54 пациента (в возрасте от 21 до 43 лет), у 33 из них была впервые выявлена хламидийная инфекция, у 21 – инфекция, вызванная уреоплазмой. В группы наблюдаемых пациентов не включались больные, ранее

принимавшие макролиды, с наличием в анамнезе заболеваний печени, почек, аллергий на антибиотики и другие используемые в исследовании препараты.

Большинство больных при первом обращении к урологу предъявляли жалобы на «неприятные» ощущения при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание, чувство тяжести и дискомфорт в области промежности, у 14 пациентов с хламидиозом отмечалось «некоторое» ослабление эректильной функции. Наблюдавшийся у пациентов болевой синдром с локализацией в области промежности, паховых областях, над лоном был не резко выражен, но вызывал чувство дискомфорта.

Диагностика хламидийной и уреоплазменной инфекций выполнялась в лаборатории ИНВИТРО (Новосибирск) с использованием теста определения ДНК *Chlamydia trachomatis* и *Ureaplasma urealyticum* в соскобе из уретры. Качественный анализ на ДНК хламидии методом полимеразной цепной реакции в исследуемом материале предполагал следующие аналитические показатели:

- определяемый фрагмент – участки последовательности гена криптической плазмиды хламидии;
- специфичность обнаружения – 99%;
- чувствительность анализа – не менее 100 копий ДНК-матрицы молекул криптической плазмиды *Chlamydia trachomatis*

в 5 мкл прошедшей обработку (выделение ДНК) пробы.

Результат исследования соскоба из уретры на наличие хламидий и уреоплазмы характеризовался терминами «обнаружено» и «не обнаружено». Под термином «обнаружено» подразумевалось наличие в анализируемом образце биологического материала фрагментов ДНК, специфичных для *Chlamydia trachomatis*, фрагментов ДНК уреоплазмы и ее биоваров.

Всем больным в качестве монотерапии назначался препарат Эспарокси по 150 мг 2 раза в сутки (утром и вечером до еды) в течение 10 дней. До и после курса лечения препаратом Эспарокси проводилось определение активности печеночных ферментов (аспартат- и аланинаминотрансферазы), микроскопия и посев эякулята с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Кроме того, оценивали частоту и выраженность развивавшихся во время лечения побочных эффектов: тошноты, рвоты, снижения аппетита, диареи, изменение вкуса или обоняния, боли в эпигастриальной области.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования пациентов на наличие хламидийной и уреоплазменной инфекций до и после лечения с применением Эспарокси представлены в таблице.

У 31 (93,4%) больного с исходно подтвержденной хламидийной

урология



инфекцией после курса лечения с применением Эспарокси тест на хламидии был отрицательным («не обнаружено»). У 2 (6,6%) больных после десятидневного приема Эспарокси при качественном анализе на ДНК хламидий получены положительные результаты («обнаружено»). Сохранение *Chlamydia trachomatis* после курса лечения, вероятно, могло быть связано с длительностью заболевания, а также самолечением различными антибактериальными препаратами в анамнезе.

В группе больных с уреоплазмозом ни у одного пациента после окончания курса лечения Эспарокси положительного теста на ДНК *Ureaplasma urealyticum* в соскобе из уретры выявлено не было.

При наблюдении за больными в процессе лечения в обеих группах больных у большинства из них явное клиническое улучшение отмечалось после пятидневного приема препарата (n = 47; 87,2%).

После окончания курса лечения у больных наблюдался существенный регресс субъективной симптоматики. Явления дизурии, болевой синдром отсутствовали у 48 (88,9%) пациентов, у 6 (11,1%)

интенсивность клинических симптомов значительно снизилась. Выраженность симптомов уменьшилась также и у 2 пациентов с сохранением хламидийной инфекции после курса приема препарата. Следует отметить, что динамика регресса клинической симптоматики после курса лечения с применением Эспарокси была сходной в обеих группах больных, то есть не зависела от характера инфекции.

До начала исследования у 24 пациентов (44,4%) при комплексном анализе эякулята наблюдалось повышенное содержание лейкоцитов, что было расценено как следствие наличия у них хронического простатита. После проведенного лечения препаратом Эспарокси при комплексном анализе эякулята было отмечено значительное снижение количества лейкоцитов. Так, у 21 (87,5%) из 24 больных были достигнуты нормативные значения.

У больных обеих групп до и после проведенного лечения анализ содержания креатинина, мочевины крови, активности печеночных ферментов (аспартат- и аланин-аминотрансферазы) не показал отклонений за 10 дней приема Эспарокси, что свидетельствует

о хорошей переносимости препарата. Благоприятный профиль безопасности Эспарокси характеризовался и отсутствием у пациентов соматических жалоб, аллергических проявлений в процессе лечения и после его окончания.

Заключение

Результаты применения рокситромицина (препарата Эспарокси) в терапии хламидийной и уреоплазменной инфекций свидетельствуют о высокой эффективности и хорошей переносимости препарата.

Использование Эспарокси внутрь по 150 мг 2 раза в течение 10 дней оправданно у пациентов с хламидийной и уреоплазменной инфекциями, не исключая также его применение в комплексном лечении хронического простатита на фоне наличия этих инфекций.

Для исключения возможности рецидива урогенитальных хламидиоза и уреоплазмоза больные после лечения должны находиться на диспансерном учете с выполнением контрольных обследований на ДНК, специфичные для *Chlamydia trachomatis* и *Ureaplasma urealyticum*. ☺

Литература

1. Odenholt-Tornqvist I., Löwdin E., Cars O. Postantibiotic effects and postantibiotic sub-MIC effects of roxithromycin, clarithromycin, and azithromycin on respiratory tract pathogens // Antimicrob. Agents Chemother. 1995. Vol. 39. № 1. P. 221–226.
2. Lassman H.B., Puri S.K., Ho I. et al. Pharmacokinetics of roxithromycin (RU 965) // J. Clin. Pharmacol. 1988. Vol. 28. № 2. P. 141–152.
3. Markham A., Faulds D. Roxithromycin. An update of its antimicrobial activity, pharmacokinetic properties and therapeutic use // Drugs. 1994. Vol. 48. № 2. P. 297–326.

Esparoxy for the treatment of infections caused by chlamydia and ureaplasma

V.I. Isayenko

Novosibirsk State Medical University, Urology Department of the Medical Faculty

Contact person: Valentin Ilyich Isayenko, valentin.isaenko@yandex.ru

Efficacy of macrolide antibiotic roxithromycine (Esparoxy) was studied in patients with genital chlamydial or ureaplasma mono-infections without significant urethral discharge. Esparoxy was effective for the management of inflammatory diseases of urethra and prostate caused by chlamydia and ureaplasma. Therapy with Esparoxy was associated with improved quality of life and may be recommended for use in the routine clinical practice.

Key words: chlamydia, ureaplasma, prostatitis, urethritis, treatment, Esparoxy