

Лечение хронических воспалительных заболеваний хламидийной этиологии

Ю.В. Давыдова¹, М.П. Двудит^{1,2}, С.А. Кнопик²

¹ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

²Дорожная Клиническая больница ст. Киев, «Центр здоровья женщин»

В настоящее время, по оценке ВОЗ, урогенитальный хламидиоз среди заболеваний, передающихся половым путем, по частоте занимает второе место после трихомонадной инфекции. В мире ежегодно наблюдается более 90 млн новых случаев инфицирования *C. trachomatis*, а экономический ущерб составляет десятки миллионов долларов. В странах Восточной Европы определение уровня заболеваемости этой инфекцией связано с определенными трудностями из-за имеющихся дефектов диагностики [9, 10, 11, 13].

У женщин данный возбудитель вызывает уретрит, цервицит, эндометрит, сальпингит, последствием которых являются бесплодие, внематочная беременность, хроническая тазовая боль. У новорожденных, проходящих родовые пути инфицированных матерей, возможно инфицирование, приводящее к конъюнктивиту и пневмонии [12].

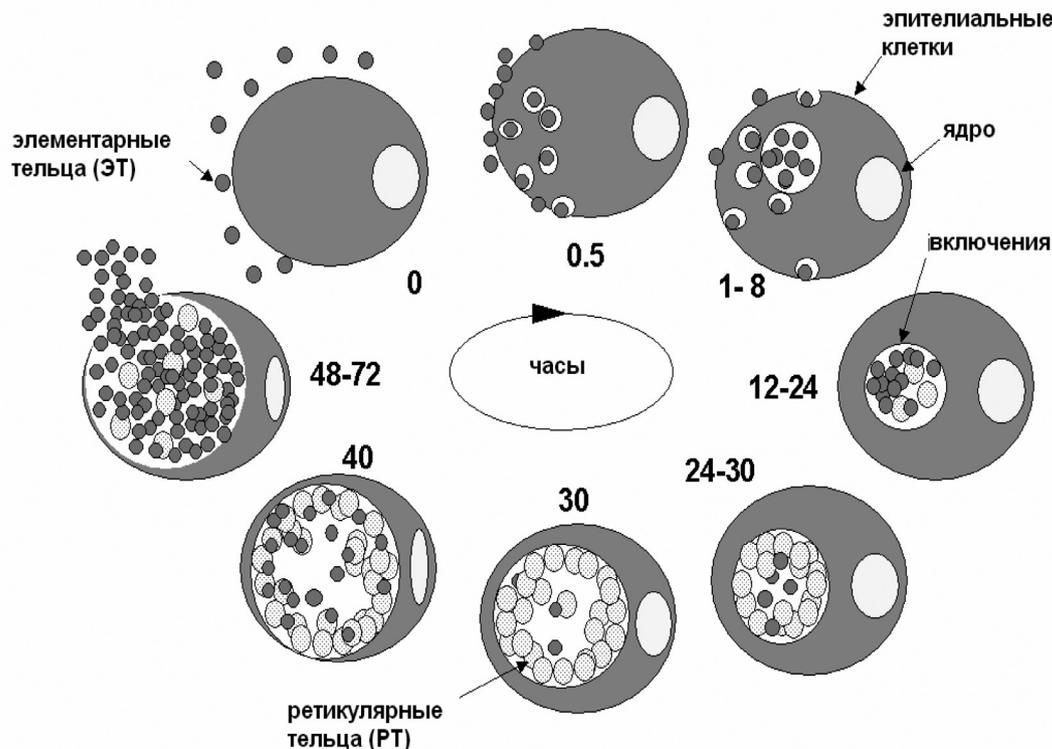
Хламидии – мелкие грамотрицательные облигатно паразитирующие бактерии, не обладающие подвижностью. В современной таксономии бактериальных агентов выделен порядок *Chlamydiales*, включающий хламидии и подобные им по циклу развития микроорганизмы. Выделение четырех семейств, родов и видов хламидий основано на гомологичности состава нуклеотидной последовательности генов 16S и 23S рРНК более чем 80%.

Представители рода *Chlamydia* содержат сходные по ультраструктуре экстрахромосомные элементы. Элементарные

тельца представителей этого рода, внедрившись в живую клетку, обладают тенденцией к слиянию в одно общее включение, что приводит к обмену генетической информацией и обуславливает большую генетическую вариабельность возбудителя.

Наиболее важным моментом является то, что при первичной инвазии возбудителя полный цикл развития хламидий занимает около 100 ч (4 сут). Однако при возникновении неблагоприятных биохимических условий (в том числе в условиях проводимой антибиотикотерапии) продолжительность жизненного цикла развития хламидий может значительно увеличиваться, достигая нескольких недель. При этом существует форма латентной инфекции с периодическим рецидивированием и хронический хламидиоз. Также важным аспектом патогенеза хламидийной инфекции является влияние хламидий на процессы иммунитета. Ведущая роль в защите от хламидийной инфекции принадлежит Т-хелперам, активирующим фагоцитарную активность макрофагов. В то же время поликлональная активация В-лимфоцитов приводит к повышению выработки иммуноглобулинов классов М, А и G [1–3, 7].

Необходимо отметить, что, учитывая особенности инфекционного процесса, возможность персистенции хламидий в жизнеспособных клетках, сложности контроля за излеченностью инфекции, необходимо проводить этиотропное лечение



Цикл развития *C. trachomatis* в организме человека [7]

заболевания с применением препаратов, обладающих высокой микробиологической эффективностью, удовлетворительным комплаенсом и высокой биодоступностью [4–6, 8].

Цель исследования – снижение частоты рецидивирования и развития осложненных форм воспалительных заболеваний хламидийной этиологии, а также исследование эффективности применения Азакса (азитромицина) в комплексном лечении хламидийной инфекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Целевая группа была сформирована из 40 женщин, обратившихся для преекнепционного консультирования в связи с наличием гинекологической патологии, репродуктивными потерями в анамнезе, у которых при первом визите обнаружен хламидиоз. В группу не включены женщины, у которых обнаружены бактериальный вагиноз, гонорея, трихомоноз, уреаплазмоз, микоплазмоз.

Диагностика хламидиоза осуществлена путем определения антихламидийных Ig G, Ig M, IgA (в сыворотке крови) и методом ПЦР (в вагинальных выделениях) в условиях лаборатории NEOLAB. Использовали тест-систему Chlamydia-Antigen-ELISA medac, точный результат исследования определяли с помощью микроЭВМ, спектрофотометра «Мульти-скан» для ИФА при длине волны 492 нм. Выявление в сыворотке крови антител к липополисахаридному антигену хламидий классов IgG, IgA, IgM с определением их титра позволило определить стадию заболевания, обосновать необходимость антибактериального лечения и оценить его эффективность. Качественное определение ДНК *Chlamydia trachomatis* методом ПЦР выполнялось методом Flash на приборе Термоциклер Т1. Аналитические показатели: определяемый фрагмент – участки последовательности гена криптической плазмиды *C. trachomatis*; специфичность обнаружения – 99%. Чувствительность анализа – не менее 100 копий ДНК-матрицы молекул криптической плазмиды *C. trachomatis* в 5 мкл прошедшей обработку (выделение ДНК) пробы.

Тошическую диагностику различных форм хламидиоза осуществляли на основании клинического обследования, расширенной кольпоскопии, ультразвукового исследования. Антибиотикотерапия назначалась с учетом следующих факторов: наличие клинических проявлений, обнаружение показателей активизации инфекции (Ig M, IgA), положительные результаты ПЦР. При лечении хламидиоза привлекали

к обследованию и лечению половых партнеров с соблюдением правил сексуального поведения на протяжении всего периода контрольных исследований.

Лечение проводилось комплексно по следующей схеме:

- иммуномодулирующая терапия;
- антибиотикотерапия;
- витаминотерапия.

В качестве этиотропного антибактериального лечения был назначен препарат Азакс (Nobel, Турция) перорально 1 прием – по 1 г 1 раз в сутки, затем по 500 мг 1 раз в сутки на протяжении 7 дней.

Эффективность проведенного лечения оценивалась через 7, 37 и 67 дней от начала лечения по следующим критериям:

- клиническая и микробиологическая эффективность лечения хламидийной инфекции (исчезновение клинических проявлений через неделю и отсутствие показателей активизации инфекции и отрицательные данные ПЦР к *C. trachomatis* через 4 и 8 нед после окончания лечения);
- частота рецидивирования;
- эхографические критерии (наличие признаков воспаления, функциональных кист);
- наличие побочных эффектов;
- развитие дрожжевого кольпита.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В табл. 1 представлены данные анамнеза и клинической картины на момент осмотра.

Кроме того, изучение анамнеза показало, что 92% обследованных имели раннюю активную половую жизнь до замужества, а более двух половых партнеров в анамнезе на момент обследования имели 97,5% пациенток. Применяли гормональные контрацептивы 75% женщин, ВМС – 35%, барьерные методы контрацепции использовали 20% женщин.

В процессе лечения и наблюдения было выявлено, что 3 женщины не придерживались правил приема препарата, длительности и регулярности лечения, а 2 женщины не соблюдали рекомендации в отношении сексуальной гигиены с непременными партнерами и были исключены из исследования.

Данные об эффективности проведенного лечения приведены в табл. 2.

Таблица 1

Данные анамнеза и клинической картины в исследуемой группе женщин

Исследуемый фактор	Абс. число (%)
Данные анамнеза	
Бесплодие	4 (10)
Наличие внематочной беременности в анамнезе	1 (2,5)
Хронический сальпингоофорит	12 (30)
Невынашивание	2 (5)
Нарушение менструального цикла	6 (15)
Наличие хронического воспаления гениталий у партнера	22 (55)
Клинические данные	
Цервицит*	22 (55)
Кольпит	34 (85)
Боль внизу живота	36 (90)
Хронический сальпингоофорит	20 (50)

Примечание: * – диагноз цервицита устанавливался при наличии выделений из канала шейки матки при осмотре в зеркалах и обнаружении более 10 полиморфноядерных лейкоцитов в одном поле зрения при микроскопическом исследовании с использованием светового микроскопа (x 1000).

Оценка эффективности проведенного лечения, абс. число (%)

Критерий оценки	7 день	37 день	67 день
Жалобы на обильные выделения	0	0	0
Цервицит	-	2 (5,7)	1 (2,85)
Боль внизу живота	0	0	0
Эхографические признаки воспаления	0	0	0
Наличие IgM в сыворотке крови	4 (11,4)	0	0
Положительные результаты ПЦР	-	1/2,8	0

Данные об оценке переносимости проведенного лечения приведены в табл. 3.

Отмечена хорошая переносимость препарата. У 3 (7,5%) пациенток, принимавших Азакс, отмечались незначительные побочные явления в виде тошноты, не потребовавшие отмены препарата.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что применение Азакса в комплексном лечении хронических воспалительных заболеваний хламидийной этиологии способствует быстрому и стойкому противовоспалительному эффекту, нормализации микробиологического и иммунологического статуса. Кроме того, при применении Азакса отмечается отсутствие выраженных аллергических реакций и дисбактериоза кишечника. Все это позволяет рекомендовать

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Евсюкова И.И., Гениальный хламидиоз – проблема бесплодия // Журнал акушерства и женских болезней. – 2000. – № 2. – С. 7–12.
2. Белозоров А.П., Федец О.И., Милутина Е.И., Джораева С.К. Сравнительный анализ некоторых новых методов диагностики урогенитального хламидиоза // Дерматология та венерология. – 2001. – № 11 (1). – С. 42–44.
3. Воропаева С.Д., Савичева А.М., Башмакова М.А. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия // Акушерство и гинекология. – 1999. – № 6. – С. 58–59.
4. Данилюк О.И. Комплексное лечение женщин с хроническими заболеваниями гениталий хламидийно-гер-

петической этиологии // Репродуктивное здоровье женщины. – 2003. – № 3 (15). – С. 2–4.

5. Королева Л.И. Роль факторов гуморального иммунитета в развитии перинатальной патологии при беременности, осложненной генитальным хламидиозом // Рос. Вестн. перинатологии и педиатрии. – 2000. – Т. 45, № 5. – С. 15–17.

6. Мавров Г.И. Клинико-морфологическая характеристика хламидийного сальпингита // Вестник дерматологии и венерологии. – 1994. – № 4. – С. 18–22.

7. Протоколы лабораторной диагностики инфекции, вызванной *Chlamidia trachomatis* (урогенитальной хламидийной инфекции): уч.-метод. пособие / И. Шиманская, О. Панкратов,

О. Кудина и др. – Минск: БелМАПО, 2009. – 40 с.

8. Скрипник Ю.К., Пашиных М.Г. Опыт лечения больных урогенитальным хламидиозом // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 2. – С. 50–52.

9. Domeika M., Hallin A., Karabanov L. et al. . Chlamydia trachomatis infections in eastern Europe: legal aspects, epidemiology, diagnosis, and treatment // Sex Transm Infect. – 2002, Apr. – V. 78 (2). – P. 115–119.

10. Domeika M., Litvinenko I., Smirnova T. et al. Laboratory diagnostics for non-viral sexually transmitted infections in St. Petersburg, Russia: current situation and hallmarks for improvements // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2008 Apr 9. [Epub ahead of print].

11. Naaber P., Uuskyla A., Naaber J. et al. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections in Estonia in 2001–2002: shortcomings with impact on diagnostic quality and surveillance // Sex Transm Dis. – 2005 Dec. – V. 32 (12). – P. 759–764.

12. Plot P., van den Hoek A., van Damme L., Laga M. Epidemiology and control of genital chlamydial infection. In: Orfila J., Byrne G., Chernesky M., Grayson J.T., Jones R.B., Saikku P. et al. // Chlamydial Infections. Bologna, Italy: Societa Editrice Esculapio. – 1994. – P. 7–15.

13. Vagoras A., Butylkina R., Juseviciute V. et al. Diagnosis of non-viral sexually transmitted infections in Lithuania and international recommendations // Euro Surveill. – 2006 Jul. – V. 11 (7). – P. 161–164.

Таблица 3

Оценка переносимости проведенного лечения

Осложнения	Абс. число (%)
Тошнота	3 (8,6)
Рвота	0
Диарея	0
Зуд	1 (2,8)
Дрожжевой кольпит	1 (2,8)

включение препарата Азакс в комплексную противовоспалительную терапию при прекоцепционной подготовке у женщин с нарушениями репродуктивной функции или репродуктивными потерями в анамнезе.

АЗАКС

АЗИТРОМИЦИН 500 мг, табл. №3

КРАТЧАЙШИЙ ПУТЬ К ЗДОРОВЬЮ!



Показания:

- ✓ Инфекции, передающиеся половым путем
- ✓ Инфекции мочевого тракта (гонорейный и негонорейный уретриты, цервицит, кольпит)

