

# Клинические особенности смешанной инфекции мочеполовой сферы у женщин и комплексная терапия

**Р. Ф. Айзятулов**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Изучена эффективность препарата Хемомицин® (азитромицин) на современном этапе у женщин со смешанной инфекцией урогенитального тракта. Установлена высокая активность Хемомицина в отношении микст-инфекции и отсутствие побочных явлений, что позволяет применять Хемомицин у пациентов широкого возрастного диапазона в качестве этиотропного и патогенетического средства.

**Ключевые слова:** смешанная инфекция, мочеполовая сфера, женщины, клиника, Хемомицин, лечение.

В последние годы отмечается значительный рост урогенитальных заболеваний мочеполовой сферы у женщин, вызванных смешанной инфекцией (хламидии, микоплазма, уреаплазма, стафилококки, стрептококки и др.) [1, 3, 6, 7, 10, 13]. В большинстве случаев микст-инфекции приводят к серьезным осложнениям со стороны органов малого таза (спаечные процессы, нарушение овогенеза, бесплодие, внематочная беременность, преждевременные роды, рождение детей с малой массой тела, послеродовой эндометрит и др.), поэтому проблема лечения приобретает не только медицинское, но и социальное значение [2–5, 12]. У женщин смешанная урогенитальная инфекция может протекать также без видимых проявлений и субъективных ощущений, несмотря на многоочаговый характер поражения, при этом в патологический процесс вовлекается мочеиспускательный канал, канал шейки матки, а также яичники, маточные трубы, эндометрий [1, 4, 8, 9, 14]. В связи с недостаточно квалифицированным лечением рядом врачей изменяются клиническая картина, течение, возникают трудности проводимой терапии, что в конечном счете приводит к снижению работоспособности, затрагиваются вопросы морали, семейных отношений.

Вопросам терапии смешанной инфекции посвящено большое количество работ, но ни один из предложенных методов не дает гарантии излеченности [1, 3, 6, 8, 11]. Мало того, практический опыт свидетельствует, что предложенные методы лечения себя не оправдывают и часто малоэффективны. По данным литературы, установлено, что некоторые химиотерапевтические препараты способны не только не вызывать гибель хламидий, но при их назначении в низких дозах приводят к образованию резистентных штаммов. Несмотря на появление новых антибактериальных препаратов, отличающихся умеренной эффективностью, но дорогостоящих и практически недоступных большинству пациентов в Украине, проблема лечения микст-инфекции остается окончательно не решенной.

В настоящее время стали наблюдаться слабовыраженные клинические проявления урогенитальной инфекции и бессимптомное течение, что затрудняет диагностику и своевременное назначение лечения [1, 3, 8, 14]. В эпидемиологическом плане такие пациенты представляют опасность, так как являются источником инфицирования для здоровых сексуальных партнеров. Хламидии являются граммотрицательными внутриклеточными мелкими бактериями, которые утратили некоторые механизмы выработки метаболиче-

ской энергии, что обуславливает их внутриклеточный рост; выделены в самостоятельный порядок, включающий одно семейство, куда входит один род, который объединяет 2 вида: порядок Chlamydiales, семейство Chlamydiaceae, род Chlamydia, виды Chlamydia trachomatis и Chlamydia psittaci [1, 2, 3, 9]. Патогенные для человека Chlamydia trachomatis подразделяются на 15 серотипов: серотипы L-I, L-II, L-III связаны с венерической лимфогранулемой; серотипы A, B, Ba и C с гиперэндемической трахомой; серотипы от D до K – инфекциями мочеполовых органов и заболеванием глаз. Рядом авторов описаны хламидийные менингоэнцефалит, эндокардит, аортит, пневмония, отит и др. Согласно данным литературы, в 20–50% выявляется хламидийная инфекция глаз, в 10–20% – хламидийная пневмония.

Микоплазмы относятся к новому классу микроорганизмов Mollicutes и выделяются из половых органов у девочек, при вульвовагините, цистите; при воспалительных процессах маточных труб, яичников, брюшины, при болезни Рейтера (обнаруживаются в отделяемом из мочеиспускательного канала, в синовиальной жидкости суставов, с конъюнктивы) [1, 3]. С микоплазменной инфекцией связывают клинические синдромы: многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса–Джонсона, поражения нервной системы (менингоэнцефалит, энцефалит, абсцесс мозга), септический артрит [1, 3, 9]. Заражение хламидийно-микоплазменной инфекцией происходит половым и неполовым путем (предметы обихода, медицинский инструментарий при несоблюдении правил дезинфекции, внутриутробное инфицирование плода и заражение новорожденных при прохождении через инфицированные родовые пути матери) [1, 3]. Результаты терапии, по нашему мнению, зависят от своевременной диагностики, назначения оптимальных суточных доз антибактериальных препаратов и достаточной продолжительности лечения.

Изложенное выше свидетельствует о необходимости уделять хламидийной и микоплазменной инфекциям более пристальное внимание, что выражается в поиске новых, доступных по цене, эффективных, безопасных антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

**Цель исследования:** оценить терапевтическую эффективность и безопасность препарата Хемомицин® (азитромицин) /таблетки по 500 мг № 3/ в терапии смешанной инфекции урогенитального тракта у женщин.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

### *Клиническая характеристика больных*

Под наблюдением в клинике кожных и венерических заболеваний находились 23 женщины в возрасте от 19 до 37 лет с давностью заболевания от 2 мес до 3 лет. Большинство пациенток предъявляли жалобы на незначительные зуд при акте мочеиспускания, слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, влагалища. У 23 пациенток были диагностированы хламидии, уреаплазма – у 11, микоплазма – у 8, стафилококки – у 7 и стрептококки – у 5. При обследовании хрони-

ческий уретрит диагностирован у 11, эндоцервицит – у 15, сальпингоофорит – у 7.

Установление диагноза основывалось на данных анамнеза, объективного статуса, визуального осмотра с применением стандартного набора гинекологического инструментария, а также результатах микроскопического, бактериологического и серологического исследования. Ниже приводятся клинические проявления.

**Вульвит.** Различают простой и язвенный, а по течению – острый, подострый и хронический. Острый вульвит – отечность, гиперемия кожи наружных половых органов, малых губ, клитора и наружного отверстия мочеиспускательного канала, эрозии, язвы. Подострый вульвит – жалобы и проявления менее острые. Хронический вульвит – длительное течение; периодические скудные выделения, чувство зуда, жжения. Усиливается пигментация наружных половых органов. Вследствие раздражения выделениями могут возникать дерматит, экзематизация наружных половых органов и внутренней поверхности бедер.

**Вестибулит.** При остром течении диффузная гиперемия, отек, слизисто-гнойные выделения, изъязвления. При хроническом – участки гиперемии, отечности, язвенные поражения. Зуд, жжение в области входа во влагалище, боль при половых сношениях.

**Уретрит.** Выделяют свежий острый, хронический и асимптомный. Острый уретрит – боль при мочеиспускании, частые позывы. Гиперемия, отек губок мочеиспускательного канала, выделения. Хронический уретрит – боль в конце мочеиспускания, частые позывы, легкая гиперемия губок мочеиспускательного канала. Асимптомный уретрит – стертая атипичная клиническая картина.

**Парауретрит.** Часто не диагностируется, но больные являются источником реинфекции для половых партнеров (микрорганизмы в парауретральных протоках). При остром течении – чувство жжения при мочеиспускании, в области наружного отверстия мочеиспускательного канала и входа во влагалище болезненность, гнойные выделения в преддверии влагалища. При хроническом – клиника незначительная. При пальпации плотные узелки, слизисто-гнойное отделяемое. Чаше асимптомное течение. Нередко закупорка выводных протоков (застой секрета и образование микроабсцессов).

**Бартолинит.** Поражается выводной проток железы или вся железа. При остром воспалении – гиперемия устья, слизисто-гнойные выделения. При поражении всей железы – болезненность и отечность. В нижней трети больших половых губ – плотное опухолевидное образование. При надавливании на железу из устья протока выделяется серозно-гнойный экссудат. При хроническом – узловатое уплотнение железы.

**Вагинит.** При остром процессе из влагалища появляются обильные выделения различного характера. Может развиваться макулезный, гранулезный, эрозивно-язвенный и смешанный вагинит. Нередко присоединяются тенезмы со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. Чувство зуда, жжения. При подостром процессе симптомы выражены слабее. При хроническом – периодически появляются зуд половых органов, выделения из влагалища, отмечаются местные проявления воспалительного процесса.

**Цервицит.** При остром течении – гиперемия, отек слизистой оболочки шейки матки, эрозии, мелкие изъязвления. При подостром – меньшая выраженность воспаления. При хроническом – могут выявляться мелкоочаговые язвенные участки, очаги гиперемии. Нередко при менструациях пациенты отмечают чувство тяжести и боль в пояснице.

**Эндоцервицит.** Слизистая оболочка канала шейки матки гиперемирована, кровоточит, отечная. Могут возникать эрозии. Из канала слизисто-гнойные выделения. При мочеиспускании болезненность, чувство жжения. При хроническом те-

нии эрозия может принимать фолликулярный характер. Возможность восходящей инфекции.

**Сальпингит.** Из шейки матки инфекция может достигать маточных труб и вызывать воспалительный процесс в слизистом, мышечном и серозном слоях. Нередко поражение двустороннее (непроходимости маточных труб и затем бесплодие). Не исключена возможность внематочной беременности. Боль в нижней части живота, более выраженная в одной половине. Болезненность и утолщение маточных труб.

**Аднексит.** Инфекция может распространяться из маточных труб на яичники и вызывать воспалительный процесс с последующим образованием рубцов. Придатки сдавливаются. Развивается атрофия. Могут образоваться гнойники или tubo-овариальные кисты. Нарушается физиологическая функция яичников (замедленное созревание яйцеклетки или его прекращение), что приводит к замедлению (учащению) менструаций или полному прекращению. Нарушение проходимости маточных труб затрудняет выход яйцеклетки в полость матки (стерильность женщины и нередко развитие внематочной беременности).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Решающим фактором при лечении смешанной инфекции мочеполовой сферы и осложненной у женщин, по нашему мнению, является назначение адекватного и эффективного антибактериального препарата и, судя по нашим клиническим результатам, это антибиотик Хемомицин® (азитромицин) – представитель подгруппы макролидных антибиотиков – азалидов. Хемомицин® (азитромицин) обладает высокой активностью в отношении аэробных грамположительных бактерий: Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Streptococcus agalactiae, Streptococcus spp. групп C, F и G, Streptococcus viridans, Staphylococcus aureus; аэробных грамотрицательных бактерий: Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis, Legionella pneumophila, Haemophilus ducreyi, Campylobacter jejuni, Neisseria gonorrhoeae и Gardnerella vaginalis; анаэробных бактерий: Bacteroides bivius, Clostridium perfringens, Peptostreptococcus spp. Препарат активен также в отношении Chlamydia trachomatis, Mycoplasma pneumoniae, Ureaplasma urealyticum, Treponema pallidum, Borrelia burgdorferi.

Хемомицин® (азитромицин) /таблетки по 500 мг № 3/ назначали по 500 мг 2 раза в день в течение 10–15 дней, а голубой цвет таблеток позволяет легко контролировать выполнение назначений врача. Хемомицин® (азитромицин) связывается с 50S-субъединицей бактериальной рибосомы, подавляет биосинтез белков чувствительных патогенов, оказывает бактерицидное действие в концентрациях, значительно превышающих МПК<sub>90</sub>.

Хемомицин обладает иммуномодулирующим и противовоспалительным действием. Усиление иммунного ответа происходит вследствие активации хемотаксиса, фагоцитоза, киллинга. Отмечается усиление дегрануляции нейтрофильных гранулоцитов и острое нарастание оксидативного ответа. Наблюдается ускорение сроков разрешения воспаления. Уменьшается активность и отсроченная коррекция продукции оксидантов. Уменьшается выделение провоспалительных цитокинов. Повышается апоптоз нейтрофильных гранулоцитов до 28 дней. Происходит подавление факторов вирулентности. Способность азитромицина накапливаться в основном в лизосомах особенно важна для элиминации внутриклеточных возбудителей. Доказано, что фагоциты доставляют азитромицин в места локализации инфекции, где он высвобождается в процессе фагоцитоза. Концентрация азитромицина в очагах инфекции достоверно выше, чем в здоровых тканях (в среднем на 24–34%) и коррелирует со степенью воспалительного отека. Несмотря на

высокую концентрацию в фагоцитах, азитромицин не оказывает существенного влияния на их функцию. Азитромицин сохраняется в бактерицидных концентрациях в очаге воспаления в течение 5–7 дней после приема последней дозы.

В комплексную терапию включали также биогенные препараты, витамины, ферментные препараты в обычных терапевтических дозах. Местно назначали промывания, спринцевания с дезинфицирующими растворами, а также введение во влагалище вагинальных таблеток (вагинальных свечей, вагинального крема и др.).

Согласно нашим клиническим наблюдениям пациенты переносят лечение хорошо. В среднем на 4–5-й дни лечения у них исчезали субъективные ощущения (зуд, жжение) в области половых органов, на 7–8-й дни лечения прекращались слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, влагалища. После проведенной комплексной терапии у большинства больных наступало клиническое и этиологическое излечение. В пользу излечения смешанной инфекции у женщин свидетельствовали исчезновение клинических симптомов, отсутствие местных изменений в наружных и внутренних

половых органах, элиминация возбудителя. Результатом полного излечения являлось клиническое выздоровление в сочетании с этиологическим излечением. После завершения курса терапии Хемомицином 1-й контроль определялся через 10–14 дней. При отсутствии патогенных микроорганизмов в выделениях из мочеиспускательного канала, шейки матки, прямой кишки пациентки находились под наблюдением до начала менструаций, во время которых вновь проводили лабораторные исследования. Через 1 мес проводили 2-й контроль излеченности и в случае нормальных результатов клинико-лабораторного исследования пациенток снимали с учета.

## ВЫВОДЫ

Разработанная комплексная терапия микст-инфекции урогенитального тракта и ее осложнений у женщин с применением Хемомицина не вызывает побочных действий, хорошо переносится, является доступной и может применяться амбулаторно. Хемомицин® (азитромицин) является высокоэффективным антибиотиком при лечении смешанной инфекции мочевого пузыря и ее осложнений у женщин.

## Клінічні особливості змішаної інфекції сечостатевої сфери у жінок і комплексна терапія Р.Ф. Айзятуллов

Вивчено ефективність препарату Хемомицин® (азитромицин) на сучасному етапі у жінок, зі змішаною інфекцією урогенітального тракту. Установлено високу активність Хемомицину щодо микст-інфекції та відсутність побічних явищ, що дозволяє застосовувати Хемомицин у пацієнтів широкого вікового діапазону в якості етіотропного і патогенетичного засобу.

**Ключові слова:** змішана інфекція, сечостатева сфера, жінки, клініка, Хемомицин, лікування.

## Clinical features of mixed infections urogenital area women and complex therapy R.F. Ayzhatulov

The efficiency of drug Hemomitsin® (azithromycin) at the present stage in women with mixed infection of the urogenital tract. The high activity in relation Hemomitsin mixed infection and the absence of side effects, it can be used in patients Hemomitsin wide age range as etiotropic and pathogenic agents.

**Key words:** mixed infection of the urogenital area, women, clinic, Hemomitsin treatment.

## Сведения об авторе

Айзятуллов Рушан Фатихович – Кафедра дерматовенерологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, 83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16; тел.: (062) 343-89-71. E-mail: rushan-ajzhatulov@rambler.ru

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айзятуллов Р.Ф. Сексуально-трансмиссивные заболевания (этиология, клиника, диагностика, лечение): Иллюстрированное руководство. – Донецк: Каштан, 2004. – 400 с.
2. Айзятуллов Р.Ф. Справочник дерматовенеролога (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Иллюстрированное руководство. – Донецк: Каштан, 2008. – 404 с.
3. Айзятуллов Ю.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии. – Донецк: Каштан, 2010. – 560 с.
4. Мавров Г.И. Нарушение половой функции у женщин при хламидийной и уреаплазменной инфекции //Дерматология та венерология. – 2002. – № 3 (17). – С. 46–48.
5. Мавров Г.И., Губенко Т.В., Бондаренко Г.М., Унучко С.В., Нехаева И.В.

- Влияние сечостатевого хламидиозу, уреаплазмозу на репродуктивну здатність людини //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2002. – № 2 (5). – С. 61–64.
6. Мавров Г.И., Унучко С.В., Бондаренко Г.М., Губенко Т.В., Никитенко И.Н., Щербак Ю.В. Проблемные исследования в области венерологии //Дерматология та венерология. – 2004. – № 2 (24). – С. 67–72.
7. Мавров И.И. Состояние проблемы заболеваний, передающихся половым путем //Дерматология та венерология. – 2002. – № 3 (17). – С. 3–10.
8. Манухин И.Б., Кондриков Н.И., Крапошина Т.П. Заболевания наружных половых органов у женщин. Руко-

- водство для врачей. – М.: Мед. информ. агентство, 2002. – 303 с.
9. Мокрецов С.Е. Клинико-этиотропные особенности урогенитальных инфекций у женщин //Журнал дерматовенерол. и косметологии им. Н.А. орсучева. –2002. – № 3–4. – С. 69–23.
10. Askienazy-Elbhar M. Detection of antichlamydia trachomatis (CT) secretory Ig A (slg A) in genital fluids. Comparison of ELISA and IFA //IV th World Congr. Infect. Immunol. Dis. Obstet. Gynecol. & Infect. Dis. Urol. Dermatol. – Oct. 29 Nov. 5, 1995. – P. 34.
11. Bowie WR. Antibiotics and sexually transmitted diseases //Infect. Dis. Clin. North. Am. – 1994. – Vol. 8, № 4. – P. 841–857.
12. Ruggao S., Sirirungs W.,

- Vannareumol P., Leechanachai P., Wongtrangarn S., Niyomka P., Luangsuk P., Thanuthum-jaroen W., Mahaprom S., Chandrawongse W. Isolation of Chlamydia trachomatis among women with symptoms of lower genital tract infection //J. Med. Assoc. Thai 1993 Sep; 76 (9). – P. 475–481.
13. Willcox R.R. The Management of sexually transmitted diseases (A guide for the general practitioner), 1979. – 79 pp.
14. Workowski KA., Stevens CE., Suchland RJ., Holmes KK., Eschenbach DA., Pettinger MB., Stamm WE. Clinical manifestations of genital infection due to Chlamydia trachomatis in women: differences related to serovar //Clin. Infect. Dis. – 1994. – Vol. 19, № 4. – P. 756–760.

Статья поступила в редакцию 09.12.2014