

ВЕНЕРОЛОГИЯ

УДК 616.983+616.99]:616.6-08-059.33

**ТАЙГЕРОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
ХЛАМИДИЙНО-МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕПОЛОВОЙ СФЕРЫ**Р.Ф.Айзятұлов, Д.Р.Айзятұлова, В.В.Юхименко, Н.В.Ермилова
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: хламидиоз, микоплазмоз, клиника, тайгерон, лечение

Хламидийная и микоплазменные инфекции занимают одно из первых мест в структуре инфекций передающихся половым путем и довольно часто наблюдается их ассоциация, что обуславливает стойкость к проводимым методам терапии [1, 2, 4, 8]. В патологический процесс могут вовлекаться многие органы и системы организма, возникать осложнения со стороны урогенитального тракта у мужчин (простатит, бесплодие) и у женщин (заболевания органов малого таза, внематочная беременность, преждевременные роды, эндометрит, бесплодие) [1, 5, 6, 11]. В настоящее время стали наблюдаться незначительно выраженные клинические проявления урогенитальной инфекции и бессимптомное стертое течение, что затрудняет диагностику и своевременное назначение лечения [2, 4, 8]. В эпидемиологическом плане это представляет опасность, так как больные являются источником заражения для здоровых сексуальных партнеров. Хламидии являются грамотрицательными внутриклеточными мелкими бактериями, которые утратили некоторые механизмы выработки метаболической 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, 8]. 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 с ин-

фекциями мочеполювых 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 гениталий у девочек, при вульвовагините, цистите; при воспалительных процессах маточных труб, яичников, брюшины, при уретропростатите, из биоптатов яичек, при болезни Рейтера (обнаруживаются в отделяемом уретры, в синовиальной жидкости суставов, с конъюнктивы) [1, 8]. С микоплазменной инфекцией связывают клинические синдромы: многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, поражения нервной системы (менингоэнцефалит, энцефалит, абсцесс мозга), септический артрит [1, 2, 4, 8, 10]. 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, 5, 6]. Результаты терапии по нашему мнению зависят от своевременной диагностики, назначения оптимальных суточных доз антибактериальных препаратов и достаточной продолжительности лечения [1, 3, 7, 9].

Вышеизложенное указывает на необходимость 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 эффективность и безопасность препарата “ТАЙГЕРОН” (левофлоксацин в таблетках 500 мг и 750 мг) в терапии хламидийной и микоплазменной инфекциях.

Материал и методы исследования. В клинике кожных и венерических болезней Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького при лечении хламидийной и микоплазменной инфекций применялся препарат “ТАЙГЕРОН” (1 таблетка содержит левофлоксацина гемигидрата в пересчете на левофлоксацин 500 мг или 750 мг), который назначался внутрь, не разжевывая, запивая водой по 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней. Препарат “ТАЙГЕРОН” (левофлоксацин) – фторхинолон нового поколения с широким спектром антимикробного действия и высокой активностью против *S.trachomatis*, *M.hominis et genitalium*, *U.urealyticum*, грам+ и грам- аэробов, анаэробов, неферментирующих бактерий, а также других микроорганизмов. Бактерицидный эффект обеспечивается вследствие угнетения левофлоксацином бактериального фермента ДНК-гиразы, который относится к топоизомерам II типа. Нет существенной разницы относительно фармакокинетики левофлоксацина после внутривенного и перорального введения. При применении внутрь левофлоксацин быстро и почти полностью всасывается с максимальной концентрацией в плазме через 1 час после приема. Абсолютная биодоступность достигает почти 100%. Приблизительно 30-40% левофлоксацина связывается с протеином сыворотки. После приме-

нения внутрь левофлоксацин выводится из плазмы относительно медленно (период полувыведения составляет 6-8 ч). Выведение осуществляется в основном через почки (свыше 85% введенной дозы). При наличии кандидозной инфекции назначался системный противогрибковый препарат из группы азолов Флюконазол (флюконазол) по 400 мг 1 раз в сутки (1-2-й дни лечения) и по 200 мг 1 р/сутки (3-10 дни лечения), который является синтетическим производным бис-триазола и характеризуется широким спектром противогрибкового действия в отношении большинства видов грибов рода *Candida* и «классических» диморфных возбудителей. Флюконазол угнетает синтез эргостерола (основной компонент мембраны грибов), действуя на фермент 14 α -деметилазу, который входит в систему цитохрома р450. В плазме крови не более 12% связывается с белками, а основное его содержание находится в свободной форме, и поэтому флюконазол хорошо проникает во все жидкости человеческого организма (в цереброспинальной жидкости до 80-90%, в слюне и перитонеальной жидкости концентрация такая же как и в плазме). Флюконазол незначительно метаболизируется печенью, выводится с почками (в моче отмечается более 100 мг/л) и до 75% от содержания в плазме выходит в неизменной форме.

Под наблюдением находились 31 пациент (женщины - 7 и мужчины - 24) в возрасте от 18 до 55 лет. Данные распределения больных по диагнозу представлены в табл. 1.

Таблица 1

Распределение по диагнозу

Диагноз	Количество обследуемых
Острый хламидийный уретрит	20
Хронический хламидийный уретрит	4
Хронический хламидийный вульвовагинит	1
Острый микоплазменный уретрит	2
Хронический микоплазменный уретрит	4
ВСЕГО	31

Больные предъявляли жалобы на выделения из уретры, влагалища. Из субъективных ощущений их беспокоили зуд,

жжение, рези, болезненность в области уретры, влагалища (табл. 2). Клинический

диагноз подтверждался лабораторными методами исследований.

Согласно нашим наблюдениям переносимость препарата “ТАЙГЕРОН“ была хорошая, побочных явлений не выявля-

лось. После проведенной терапии клиническое выздоровление наступило у 29 пациентов, значительное улучшение – у 2 (табл. 3).

Таблица 2

Клинические симптомы до и после лечения

Жалобы	Наличие субъективных ощущений до лечения	Сроки исчезновения субъективных ощущений после лечения
Отек	5	3-4 дня
Гиперемия	11	3-4 дней
Выделения из гениталий, рези, зуд, боль	31	5-6 дней

Таблица 3

Результаты лечения

Количество пациентов	Клиническое выздоровление (29 пациентов)	Значительное улучшение (2 пациента)
50	в среднем на 4-5 дни лечения	в среднем на 7-8 дни лечения

Выводы. Терапия с применением препарата “ТАЙГЕРОН“ при лечении хламидийной и микоплазменной инфекций является эффективной, хорошо переносится пациентами, не вызывает побочных явлений. После проведенной терапии насту-

пало излечение. Широкое применение препарата “ТАЙГЕРОН“ при лечении хламидийной и микоплазменной инфекций в амбулаторных и стационарных условиях будет способствовать излечению больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айзятупов Р.Ф. Сексуально-трансмиссивные заболевания (этиология, клиника, диагностика, лечение): Иллюстрированное руководство. – Донецк: Каштан, 2004. - 400 с.
2. Айзятупов Р.Ф. Справочник дерматовенеролога – Донецк: Каштан, 2008. - 404 с.
3. Р.Ф.Айзятупов, А.Е.Нагорный. Особенности терапии хламидийно-микоплазменной инфекции мочеполовой сферы //Журнал дерматовенер. и косметологии им.Н.А.Торсуева. – 2006. - № 1-2 (12). – С.207-212.
4. Мавров Г.И., Унучко С.В., Бондаренко Г.М., Губенко Т.В., Никитенко И.Н., Щербакова Ю.В. Проблемные исследования в области венерологии //Дерматология та венерология. – 2004. - № 2 (24). - С.67-72.
5. Манухин И.Б., Кондриков Н.И., Крапошина Т.П. Заболевания наружных половых органов у женщин. – Москва: МИА, 2002. – 303 с., ил.
6. Мокрецов С.Е. Клинико-этиотропные особенности урогенитальных инфекций у женщин // Журнал дерматовенерологии и косметологии им. Н.А.Торсуева. - 2002. - № 3-4. - С. 69-23.
7. Рыжко П.П. Комплексное лечение урогенитальных инфекций //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2003. – № 1-4 (6). - С.181-183.
8. Темник Н.И., Рыженко С.А., Волюнец А.В. Урогенитальный микоплазмоз. Сравнительная характеристика диагностических тестов при урогенитальных инфекциях //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2002. - № 1-2 (5). – С. 149-153.
9. Bowie WR. Antibiotics and sexually transmitted diseases //Infect. Dis. Clin. North. Am. - 1994. – Vol.8. - №4.- P.841-857.

10. Horowitz S., Horowitz J., Taylor Robinson D., Sukenik S., Apte R.N., Bar David J., Thomas B., Gilroy C. Ureaplasma urealyticum in Reiter's syndrome // J.Rheumatol. - 1994. – Vol. 21. - № 5. - P. 877-882
11. Quinn T.C. Sexually transmitted diseases (Advances in host defense mechanisms). - New York., 1992 - 952 pp.

ТАЙГЕРОН У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХЛАМІДІЙНО-МІКОПЛАЗМЕННОЇ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОСТАТЄВОЇ СФЕРИ

Р.Ф.Айзятұлов, Д.Р.Айзятұлова, В.В.Юхименко, Н.В.Єрмілова

Наведено короткий огляд літератури про поширеність хламідійної і мікоплазменної інфекцій, ускладнення, труднощі лікування. Описана клінічна характеристика хворих. Показана ефективність комплексної терапії із застосуванням препарату тайгерон.

TAYGERON IN COMPLEX THERAPY OF CHLAMYDYNO-MYKOPLAZMENNOY INFECTION

R.F.Aizjatulov, D.R.Aizjatulova, V.V.Yukhymenko, N.V.Yermilova

It is brought a brief review over of literature on prevalence of chlamydyynoy and mykoplazmennoy infections, complication, difficulty of treatment. Described clinical kharak'terystyka patients. Efficiency of complex therapy with the use of preparation of taygeron is shown.

УДК 616.97-036.2-053.2/.71-084

ФАКТОРИ, ЩО СПРИЯЮТЬ ІСНУВАННЮ ВЕНЕРИЧНИХ ХВОРОБ У ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ В УКРАЇНІ

В.М.Волкославська, О.Л.Гутнев, В.М.Романенко, В.Г.Радіонов

ДУ „Інститут дерматології та венерології АМН України”

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

Луганський державний медичний університет

Ключові слова: діти, підлітки, епідеміологія, венеричні хвороби, факторний аналіз

В Україні зберігається неблагополучна епідеміологічна ситуація з інфекцій, що передаються статевим шляхом. Одним з негативних наслідків змін в системі охорони здоров'я, особливо в ланцюзі первинної профілактики, є неурегульованість статевої поведінки, недостатня інформованість молоді про статеві інфекційні хвороби, і як наслідок цього, - зростання захворюваності ПСШ серед неповнолітніх [1, 2]. Має значення відсутність довірчих відносин у багатьох сім'ях, психологічна незрілість підлітків, поява в останні часи такої популяційної групи, як бездоглядні та безпритульні діти.

Мета роботи – проведення моніторингу захворюваності ПСШ (сифіліс, хламідіоз) у дітей і підлітків в 6 регіонах України.

Методи дослідження включали епідеміологічні, в тому числі анкетування, клінічні, статистичні.

Результати та їх обговорення. Як показали наші попередні дослідження [3-6], піки захворюваності сифілісом в Україні в другій половині ХХ століття відзначалися в 1955 р. – 4,0, 1976 р. – 19,3, 1996 р. – 150,8 на 100 тис. населення. Найнижчі показники захворюваності сифілісом реєструвалася в 1963 р. – 0,7 і 1989 р. – 4,1 на 100 тис. населення. Користуючись методами лінійного тренду та по квадратичним моделям (лінії регресії) ми прийшли до висновку, що в період з 1955