

У всех наблюдавшихся детей комплекс терапевтических средств включал отхаркивающую микстуру, десенсибилизирующие средства, физиолечение и у большинства один из антибиотиков – ампициллин, цефазолин, аугментин. Больным с хламидийной инфекцией была назначена этиотропная (сумамед, клацид), иммуностимулирующая (ви-ферон, кипферон) и симптоматическая терапия. Продолжительность лечения составила 10-14 дней.

Таким образом, при обследовании 30 детей с острой респираторной патологией у 10% больных, имевших продолжительный кашель и синдром обструкции, выявлена хламидийная инфекция. В дальнейшем требуется продолжение исследований для оценки диагностической значимости постановки ПЦР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Практическое руководство. – М., 2002. – 70 с.
2. Таточенко В.К. Практическая пульмонология детского возраста (справочник). – М., 2000. – 268 с.
3. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. – М., 1998. – 809 с.
4. Феклисова Л.В., Новокшенова В.А., Шебекова В.М., Любимова А.И. // Ж. Педиатрия, 1995. – № 1. – С. 23-27.

АКТУАЛЬНОСТЬ НОВОГО АЛГОРИТМА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

В.В. Чеботарёв, Н.В. Чеботарёва

Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь

Проведена фармакоэпидемиологическая экспертиза эффективности лечения больных сифилисом за двадцатипятилетний период по используемым ранее нормативным документам и фармакокинетические исследования пенициллинов, предусмотренных в действующем Протоколе ведения больных, «сифилис» [3].

Положительную роль в снижении неудач терапии в сравнении с 1978-1988 гг. сыграл переход в 1988 г. на однокурсовой метод лечения [1]: серорезистентность составила всего 6,1%, серорецидивы лишь 2,7%. Такая стабильность продолжалась до 1995 г.

С 1995 г. [2] в амбулаторную практику был внедрён бензатин-бензилпенициллин, что резко изменило ситуацию. Фармакоэпидемиологический анализ показал увеличение серорезистентности на 32,1% не только в годы эпидемии (1995-1998 гг.), но и при её резком снижении (1999 -2001 гг.). Неудачным чаще всего было лечение у лиц, получивших бензатин-бензилпенициллин.

С целью выяснения причин неэффективной терапии данным препаратом изучена его фармакокинетика. Индивидуальные концентра-

ции пенициллина в сыворотке крови перед очередной инъекцией (8-е сутки) превышали минимальную подавляющую концентрацию (МПК) для *Tr. pallidum* у 4 из 20 больных от 1,6 до 4,4 раза; средняя концентрация в эти сроки – в 2,8 раза, что не может полноценно санировать от инфекции.

Перспективный фармакоэпидемиологический анализ антибиотикотерапии 108 больных новокаиновой солью бензилпенициллина и 209 прокаин-пенициллином установил преимущества последнего. В частности, на 10,5% ($p < 0,05$) чаще при лечении новокаиновой солью бензилпенициллина отмечена серорезистентность у больных указанными формами сифилиса. В связи с чем изучена фармакокинетика антибиотиков средней дуррантности в сыворотке крови и спинномозговой жидкости (СМЖ) у больных ранними формами инфекции.

Установлено, что самый низкий уровень индивидуальных концентраций перед очередным введением новокаиновой соли бензилпенициллина лишь в 5,6 раза был выше МПК для *Tr. pallidum*. У больных, леченых прокаин-пенициллином, – в 16,7 раза. Именно этим можно объяснить неудачи терапии первым препаратом.

Изучение концентрации пенициллина в СМЖ показало, что самая низкая индивидуальная концентрация при лечении новокаиновой солью бензилпенициллина была в 1-й день после ее инъекции, превышая МПК для *Tr. pallidum* в 11,1 раза, у прокаин-пенициллина в 27,8 раза. Высокий показатель концентрации пенициллина при лечении прокаин-пенициллином с 1-го дня его назначения, стабильность концентрации весь период лечения можно считать важным фактором предупреждения развития нейросифилиса или санации СМЖ при ее патологии.

Сравнительный анализ фармакокинетики пенициллина в сыворотке крови после инъекции бициллина-3 и бициллина-5 показал, что при лечении бициллином-3 индивидуальная концентрация перед очередной инъекцией у 6 из 10 больных превышала МПК для *Tr. pallidum* всего в 2,2-3,3 раза. Средняя концентрация пенициллина в сыворотке крови превышала МПК для *Tr. pallidum* перед очередным введением всего в 3,9 раза. После инъекции бициллина-5 минимальная индивидуальная концентрация превышала трепонемотидный уровень в 8,9 раза, а перед очередной инъекцией средний показатель уровня пенициллина превышал трепонемотидный в 10,6 раза. Таким образом, бициллин-5 может быть использован в амбулаторном лечении больных первичным периодом сифилиса как альтернативный препарат. Бициллин-3 следует исключить из схем амбулаторного лечения.

Фармакоэпидемиология антибиотикотерапии пенициллинами выявила преимущества назначения натриевой соли бензилпенициллина в стационаре беременным, больным сифилисом, а амбулаторно прокаин-пенициллина.

Концентрация пенициллина в околоплодных водах у беременных женщин в сроки 8-12 недель превышала МПК для *Tr. pallidum* в 72,2 раза, в сроки 20-26 недель – в 144,4 раза ($p < 0,01$). Таким обра-

зом, лечение натриевой солью бензилпенициллина обеспечивает полноценную антенатальную профилактику врожденного сифилиса или лечение инфицированного плода.

Иная ситуация при лечении больных сифилисом бензатин-бензилпенициллином. У беременных со сроком 8-12 недель средняя концентрация пенициллина в околоплодных водах превышала МПК для *Tr. pallidum* в 1,7 раза. В сроки беременности 20-26 недель – в 3,1 раза, что является недостаточным для лечения беременных и внутриутробной профилактики сифилиса.

Оценка индивидуальных минимальных концентраций пенициллина в амниотической жидкости при лечении прокаин-пенициллином показала его преимущества перед новокаиновой солью бензилпенициллина, ибо концентрация во второй половине беременности превышала МПК соответственно в 25,6 и в 11,1 раза.

Итак, проведенный клинико-фармакологический анализ позволяет рекомендовать новый алгоритм лечения больных ранними формами сифилиса:

- натриевую соль бензилпенициллина следует назначать лицам, находящимся в стационаре, по социальным и медицинским показаниям;
- бензатин-бензилпенициллин больным при амбулаторном лечении с первичным сифилисом; со вторичным свежим сифилисом в случае невозможности в силу определенных причин ежедневно посещать врача на период курса терапии и при отсутствии клинических проявлений в виде осложненного твердого шанкра, алопеции, лейкодермы, пустулёзных форм;
- бициллин-3 необходимо исключить из схем лечения больных ранними формами сифилиса; бициллин-5 назначать лицам с первичным периодом сифилиса;
- новокаиновой солью бензилпенициллина лечить в стационаре больных с первичным и вторичным свежим сифилисом (при отсутствии алопеции, лейкодермы, пустулёзного сифилида);
- прокаин-пенициллин препарат выбора в амбулаторном лечении пациентов при всех ранних формах сифилиса, проведении дополнительной терапии.

В амбулаторном лечении беременных, больных ранними формами сифилиса, препарат выбора – прокаин-пенициллин. При лечении беременных в стационаре (осложнения беременности и др.) следует назначать натриевую соль бензилпенициллина. Новокаиновой солью бензилпенициллина можно лечить беременных без осложнений течения беременности, в первой половине гестации, при давности инфекции не более 6 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инструкция по лечению и профилактике сифилиса. – М., 1988. – 82 с.
2. Информационное письмо от 01.12.95 г. №2516/3199 95-27. Дополнение к ме-

тодическим рекомендациям: Лечение и профилактика сифилиса. – МЗ и МП РФ, 1995. – 2 с.

3. Приказ от 25 июля 2003 г. № 327. «Об утверждении Протокола ведения больных, «сифилис». – М., 2003. – 160 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КЛАБАКС» (КЛАРИТРОМИЦИН) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

Г.Е. Шамина, В.А. Родионов

КВД, г. Королев

В последние годы особую актуальность приобрела проблема распространенности урогенитального хламидиоза. В мире ежегодно официально регистрируется более 90 млн. новых случаев. Нерациональное лечение и самолечение приводит к персистенции *Ch. Trachomatis* и хронизации процесса, поэтому каждый эпизод «свежего хламидиоза» нужно рассматривать как обострение хронической инфекции. Очень часто урогенитальный хламидиоз протекает в виде смешанной инфекции с другими возбудителями инфекций, передающихся половым путем: гонококками, уреаплазмами, трихомонадами, гарднереллами и в большинстве случаев приводит к развитию осложнений: хроническому простатиту, везикулиту, эпидидимиту, эндоцервициту, сальпингиту и др., существенно повышая частоту мужского и женского бесплодия, что подчеркивает социальную значимость проблемы.

В настоящее время лечение осложненных форм урогенитального хламидиоза представляет сложную задачу, так как требуется более длительный прием антибиотиков, чем для лечения неосложненных форм и комплексный подход к лечению с учетом многоочаговости поражения.

В комплексной терапии больных хроническим хламидийным простатитом мы применяли препарат «Клабакс» (klaritromicin) – антибиотик из группы макролидов, производимый фармацевтической компанией «РАНБАКСИ». Препарат обладает наивысшей, среди всех макролидов, активностью против *Ch. trachomatis* и *U. urealiticum*, а также активирует фагоцитарно-макрофагальную систему. Важное преимущество кларитромицина – кислотоустойчивость, позволяющая принимать его независимо от приёма пищи, что существенно повышает комплаентность.

Под нашим наблюдением находилось 46 больных хроническим хламидийным простатитом в возрасте от 19 до 54 лет со сроком заболевания от 3 до 29 лет. Этиологический диагноз урогенитального хламидиоза подтверждали комбинацией следующих методов: полимеразной цепной реакции (ПЦР), прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) и методом иммуноферментного анализа (ИФА). Бактериоско-