
Основные показатели эффективности целевой программы предупреждения ИППП в 2008-2011 гг.

Наименование показателя	Базовые значения: 2005 г. (число случаев)	Динамика целевых показателей по годам (число случаев)			
		2008	2009	2010	2011
Заболеваемость сифилисом на 100 тыс. населения	65,2	62,9	56,2	52,8	51,1
Заболеваемость детей сифилисом на 100 тыс. детского населения	3,2	2,9	2,8	2,7	2,6
Заболеваемость детей гонореей на 100 тыс. детского населения	1,5	1,2	1,1	1,0	0,9

Достижение запланированных результатов возможно путем организации и проведения широких просветительских мероприятий среди населения о мерах профилактики заболеваний, передаваемых половым путем; повышения квалификации медперсонала по вопросам профилактики ИППП, обеспечения лечебно-профилактических учреждений современными препаратами для лечения сифилиса, оснащения дерматовенерологических учреждений современным медицинским оборудованием, повышения качества и эффективности лечения, своевременного выявления источников заболеваний и предотвращения путей распространения инфекций.

Организационные и лечебно-профилактические мероприятия по борьбе с распространением инфекций будут направлены на совершенствование системы первичной профилактики, проведение постоянного мониторинга эпидемической ситуации, составление прогнозов заболеваемости, проведение методов эпидемического надзора за группами повышенного риска, внедрение новых методов лечения и проведение постоянного скрининга возбудителей ИППП на чувствительность к используемым в лечении антибиотикам.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХЛАМИДИЙНОГО ПРОСТАТИТА

Г.И. Егорова, Т.А. Исаева
ЦМСЧ № 165, Москва

Особую актуальность приобретает проблема повышения эффективности лечения хронического хламидийного простатита, так как применяемые методы его терапии часто не приносят желаемого эффекта [1, 3]. Это, как отмечают В.В. Чеботарев и Э.А. Баткаев [3, 9],

объясняется появившейся тенденцией упрощенно представлять простатит лишь как процесс инфицирования хламидиями предстательной железы. Такая трактовка порождает неоправданные надежды на возможность его излечения с помощью адекватно подобранных антибактериальных препаратов, без учета того, что это заболевание является осложнением хламидийного уретрита, обычно хронического, с наличием очаговых эндоуретральных, иммунных и других нарушений [6, 9], что хламидии при нем обычно ассоциируются с *U. urealiticum*, *Tr. vaginalis* и другими возбудителями ИППП, а это существенно повышает патогенность каждого агента и затрудняет терапию [2, 8].

С другой стороны, стандартные методы лечения хламидийного простатита, основанные на длительном приеме больших доз противохламидийных антибиотиков в высоких дозах, приводят к нарушению микроэкологии мочеполового тракта, дисбактериозу кишечника, токсическому влиянию на печень и другим неблагоприятным последствиям [5, 7], в том числе являются фактором подавления иммунитета и трансформации хламидий в персистентные формы и L-формы, не чувствительные к противохламидийным препаратам [4, 10, 11].

Нами обследовано 80 мужчин, в возрасте от 16 до 70 лет, больных хроническим урогенитальным хламидиозом, находившихся на стационарном лечении в отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ. Только у 3 из них был диагностирован свежий хламидийный уретрит с давностью заболевания до 2 месяцев, у 77 – хронический хламидийный уретрит с давностью заболевания свыше 2 месяцев или с неустановленной продолжительностью.

При ультрасонографическом, лабораторном исследовании и секрета предстательной железы у 69 больных хроническим хламидийным уретритом был обнаружен хронический простатит.

В результате проведения комплекса клинико-лабораторных исследований 80 больных урогенитальным хламидиозом установлено, что данное заболевание осложняется хроническим простатитом в 69 случаях и только в 47 наблюдениях обусловлен моноинфекцией *C. trachomatis*, тогда как в 22 случаях ассоциируется с *C. Trachomatis*, *U. urealiticum*, *M. hominis* – 13, *G. vaginalis* – 3, HHV-2 – в двух.

Доказана взаимосвязь между наличием микстинфекции при хламидийном уретропростатите и уретроскопическими изменениями уретры. В частности установлено, что с увеличением (два и более) числа инфекционных агентов воспалительный процесс становится более выраженным, при этом чаще такие изменения формируются при хламидийно-уреаплазменной инфекции.

Полученные данные учитывались при разработке новых подходов к лечению хронического хламидийного простатита и сопутствующих ему поражений уретры.

Учитывая вышеперечисленные недостатки и неблагоприятные последствия традиционной антибактериальной терапии больных хроническим хламидийным простатитом, мы обратились к опыту

практической лимфологии в лечении гнойно-воспалительных процессов различной природы.

Перед проведением лечения больные хроническим хламидийным простатитом были разделены на две группы. Больные обеих групп получали комплексную терапию, включающую иммуностропные, ферментные препараты, физиотерапию, адекватное местное лечение. При этом пациенты 1-й группы антибиотикотерапию ровамицином получали лимфотропно на границе верхней и средней трети голени: первые 5 дней – ежедневно, начиная с 7-го дня – через день, на курс всего 12 инъекций; а больные 2-й (контрольной) группы – перорально.

У всех больных, получавших лимфотропную антибактериальную терапию, отмечали клиническое и лабораторное излечение хронического хламидийного простатита, о чем свидетельствовали данные пальпаторного исследования железы, уретроскопического исследования уретры, отсутствие в лабораторных анализах *S. trachomatis*.

Таким образом, лимфотропный метод введения антибиотика обладает следующими преимуществами: создание высокой концентрации препарата в очаге поражения в связи с общим лимфооттоком; созданием высокой концентрации препарата в очаге поражения за счет депонирования лекарственного препарата в лимфатической системе; возможностью снижения дозы антибиотика, как суточной, так и курсовой и вследствие этого – сокращение сроков лечения и побочных эффектов антибиотикотерапии; обеспечением снятия блокады лимфооттока в saniруемом органе; преодолением гематотканевых барьеров, в частности, гематоэнцефалического.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анри-Сюше Ж. // Актуальные микробиологические и клинические проблемы хламидийных инфекций: сб. науч. трудов / Под ред. А.А. Шаткина, Ж. Орфила. – М., 1990. – С. 46-51.
2. Анчупане И.С. Урогенитальный трихомоноз и смешанные трихомонадно-гонорейно-хламидийные инфекции (особенности эпидемиологии в Латвии, совершенствование диагностики и лечения) / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1990.
3. Баткаев Э.А. // Вестн. последиплом. мед. образов. – М., 2004. – № 1. – С. 62-64.
4. Брагина Е.Е., Дмитриев Г.А., Кисина В.И. // Вестн. дерматол. – 1995. – № 6. – С. 18-21.
5. Воробьев А.А. Абрамов Н.А., Бондаренко В.М., Шендеров Б.А. // Дисбактериозы и эубиотики. – М., 1996. – С. 42.
6. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин. – 3-е изд. – М., 1991.
7. Кисина В.И. Инфекционные урогенитальные заболевания у женщин / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1997.
8. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М., 1998. – 304 с.
9. Чеботарев В.В. // Рос. журн. кож. и вен. болезн. – М., 2002. – № 1. – С. 53-59.
10. Beatty W.L., Morrison R.P., Byrne G.I. // Microbiol. Rev. – 1994. – V. 58 – P. 686-699.
11. Kol A., Bourcier T., Lichtman A.H., et al. // J.Clin. Invest. – 1999. – V. 103. – P.571-577.