

ЛЕЧЕНИЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА

В. В. Чеботарёв, М. С. Асхаков, Т. И. Деревянко, В. А. Аксененко
Ставропольская государственная медицинская академия

Большой интерес сегодня представляет урогенитальная хламидийная инфекция нижних отделов мочевого тракта [4, 12]. Несмотря на многочисленные публикации в России и за рубежом вопрос проблемы этиопатогенеза хламидийных уретритов остаётся открытым и актуальным, вместе с тем от его решения во многом зависит эффективность терапии и качество жизни пациентов [1, 5].

C. trachomatis и *U. urealyticum* относят к возбудителям инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), «нового поколения» или «второй генерации». Частота встречаемости хламидийной и уреоплазменной инфекций (среди урогенитальных инфекций бактериальной природы у мужчин) составляет примерно 70 %, а на долю гонококка и трихомонады приходится 30 %. Инфекция часто протекает бессимптомно, что способствует возникновению осложнённых процессов, нарушающих репродуктивную функцию [9].

В этиологическом лечении хламидийного уретрита используют тетрациклины, фторхинолоны, макролиды [11].

Общим для всех тетрациклинов является высокая частота побочных реакций [8]. Фторхинолоны в прошлом доказали свою эффективность [10]. Они обладают широким спектром действия на микроорганизмы, причастные к возникновению осложнённых форм воспалительного процесса мочеполовых органов у мужчин. Следует отметить, что в стандартах ВОЗ и российских из всех фторхинолонов единственным являлся офлоксацин, который давно используется в лечении больных ИППП, особенно осложнённых форм [1]. Однако появились работы с упоминанием о возникновении к нему резистентности *C. trachomatis* [2, 6].

На российском рынке появился новый фторхинолон (бренд) – гемифлоксацин (фактив®), активный в отношении большинства штаммов микроорганизмов [3, 7]. Он относится к фторхинолонам двойного действия: ингибирует репликацию микробной ДНК, свя-

зываясь как с типизомеразой IV, так и с ДНК-гиразой, что не позволяет микроорганизмам формировать к нему резистентность.

Цель настоящего исследования – повышение эффективности этиотропного лечения больных неосложнённым хламидийным или вызванным микстинфекцией уретритом.

Материал и методы. Объект исследования – 35 мужчин с хламидийной инфекцией нижних отделов мочевого тракта (с клиническими проявлениями острого или подострого неосложнённого уретрита). Больные были рандомизированы в основную группу (ОГ) из 18 мужчин и группу сравнения (ГС) из 17 мужчин. Возрастная группа 18–35 лет составила 94,7 %. Давность предполагаемого заболевания была в пределах от 2 недель до 1 месяца.

При обследовании пациентов использовали методы: микробиологические (мазок отделяемого из уретры окрашивали метиленовой синью и по Граму), культуральные, молекулярно-биологические (ПЦР и ПЦР в режиме реального времени), инструментальные (уретроскопия).

В обеих группах (в мазках со слизистой уретры) более чем у половины больных *C. trachomatis* была выявлена в виде моноинфекции, почти у каждого четвёртого пациента – в сочетании с *U. urealyticum*. Для объективной оценки результатов монотерапии все пациенты, у которых выявляли *N. gonorrhoeae* или *T. vaginalis*, были исключены из наблюдения.

В ОГ передний острый уретрит установлен у 6 (33,3 %) мужчин, подострый – у 12 (66,7 %). В ГС – у 5 (29,4 %) и у 12 (70,6 %) соответственно.

Существенной разницы не отмечалось между группами и при изучении клинической картины уретрита в зависимости от выявленных возбудителей. Так, в ОГ при наличии острого уретрита возбудителями были: *C. trachomatis* у 1 пациента, *C. trachomatis* + *M. genitalium* – у 2 и *C. trachomatis* + *U. urealyticum* – у 3. При подостром уретрите *C. trachomatis* – у 9 человек, микстинфекция – у 3. В ГС уретрит был острым при сочетании *C. trachomatis* и *M. genitalium* у 1 пациента, *C. trachomatis* + *U. urealyticum* – у 2 и только *C. trachomatis* – у 2. При подостром уретрите *C. trachomatis* – у 7 человек, микстинфекция – у 5.

Обе группы были сопоставимы и по характеру течения воспалительного процесса, субъективным расстройствам, характеру мочеиспускания, клиническим и лабораторным признакам уретрита, что позволяло объективно оценить результаты терапии.

Мужчины ОГ получали новый фторхинолон – гемифлоксацин (фактив®) по 1 таблетке (320 мг) 1 раз в день в течение 7 суток. Пациентам ГС назначали офлоксацин (офлоксин®-200) по 1 таблетке (200 мг) 2 раза в день также в течение 7 суток.

С целью статистической обработки полученных данных использовали пакет прикладных компьютерных программ StatSoft Statistica v6.0. Математическую обработку данных проводили вычислением критерия Стьюдента.

Чеботарёв Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)287922, 89624475355; e-mail: stgmakvd@mail.ru.

Асхаков Марат Солтанович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89283147456; e-mail: kedri2007@yandex.ru.

Деревянко Татьяна Игоревна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой урологии, детской урологии-андрологии с курсом рентгенологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)713538; e-mail: derevyanko2007@mail.ru.

Аксененко Виктор Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)716323; e-mail: akq@stgma.ru.

Результаты и обсуждение. Через 1 сутки после окончания лечения субъективные расстройства сохранялись в ГС у 23,5 % больных, а в ОГ они отсутствовали у всех ($p < 0,05$). На 36,6 % чаще в ГС отмечали выделения из уретры, чем в ОГ ($p < 0,05$). Моча в первой порции содержала хлопья также чаще на 36,6 % в ГС, чем в ОГ ($p < 0,05$). Высокий показатель числа лейкоцитов со слизистой уретры в ОГ отсутствовал, в ГС наблюдался у 35,3 % больных ($p < 0,05$).

При оценке субъективных жалоб на 5 сутки после окончания лечения в ОГ никто из пациентов их не предъявлял, но в ГС у 3 они сохранялись в виде чувства зуда в уретре. Несмотря на то, что выделения из уретры на 12 % были чаще у больных ГС, чем в ОГ, моча в первой порции содержала хлопья также чаще на 17,9 %, тем не менее статистически достоверной разницы в указанный срок между группами не установлено ($p > 0,05$).

Сравнительная динамика числа лейкоцитов со слизистой уретры в ОГ и ГС до лечения и через 1 и 5 суток после его окончания представлены в таблице.

Таблица

Сравнительная динамика числа лейкоцитов со слизистой уретры в ОГ и ГС до лечения, через 1 и 5 суток после его окончания

Число лейкоцитов в мазках со слизистой уретры (в поле зрения)	Число больных (%)					
	до лечения		через сутки после лечения		на 5 сутки после лечения	
	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС
0–10 (норма)	–	–	5,6	–	94,4	64,7
11–15 (умеренный лейкоцитоз)	5,6	17,6	66,7	47,1	5,6	23,5
16–30 (повышенный)	61,1	47,1	27,7	17,6	–	11,8
Более 30 (высокий)	33,3	35,3	–	35,3	–	–

Таким образом, статистически достоверно (на 29,7 %) оказалось больше мужчин в ОГ с нормальным числом лейкоцитов со слизистой уретры по отношению к ГС ($p < 0,05$).

Через один месяц после окончания терапии в обеих группах жалоб мужчины не предъявляли, ни у одного из них губки уретры не были изменены.

В ОГ произошла эрадикация возбудителей уретрита у всех пациентов. У 17 из 18 человек первая и вторая порции мочи оказались прозрачными, чистыми, число лейкоцитов со слизистой уретры было в пределах нормы. У одного пациента (до лечения возбудителями уретрита были *C. trachomatis* и *M. genitalium*) отмечены слизистого характера скудные выделения из уретры, в мазках со слизистой уретры – умеренный лейкоцитоз. Первая порция мочи была прозрачной с единичными хлопьями, вторая – прозрачной, чистой. Проведена передняя уретроскопия: сосуды среднего отрезка висячего отдела уретры слегка инъецированы. Пациенту назначены инстилляции 0,5 % раствора окиси цинка № 5. Через 5 дней после окончания инстилляций обе порции мочи стали прозрачными, чистыми.

В ГС выделения слизистого характера сохранялись у пациента с мягким инфильтратом. Это был мужчина, имевший ранее острый уретрит, вызванный *C. trachomatis* и *M. genitalium*. Последняя была повторно

выявлена методом ПЦР. У одного мужчины повторно выявлены *M. hominis*, у одного – *U. urealyticum* (в концентрации ДНК *Ureaplasma spp.* более 10^4 мл) и у одного – *C. trachomatis*. У указанных мужчин первая порция мочи была прозрачной, но содержала единичные хлопья, вторая – прозрачной, чистой. У остальных пациентов первая и вторая порции мочи были прозрачными, чистыми. Мужчинам с выявленными возбудителями ИППП проведена уретроскопия: у 2 установлен диагноз мягкого инфильтрата переднего отрезка висячего отдела уретры, литтреита, у 2 – мягкого инфильтрата. Назначено лечение джозамицином по 500 мг 3 раза в сутки 10 дней. Через месяц после окончания лечения указанные выше возбудители методом ПЦР выявлены не были.

Сравнительные результаты динамики субъективных расстройств, клинических, лабораторных признаков уретрита, отсутствия возбудителей ИППП в мазках со слизистой уретры через 1 месяц после окончания лечения отражены на рисунке.

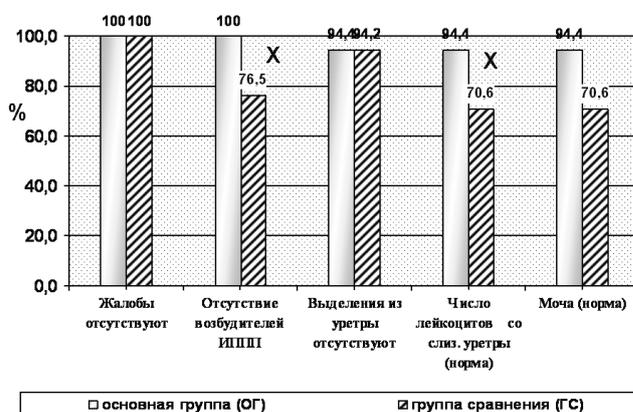


Рис. Сравнительные результаты динамики субъективных расстройств, клинических, лабораторных признаков уретрита, отсутствия возбудителей ИППП в мазках со слизистой уретры через 1 месяц после окончания лечения
Примечание: х – статистически достоверная разница.

Статистически достоверной оказалась разница в результатах эффективности терапии между ОГ и ГС по двум позициям: на 23,8 % ($p < 0,05$) было больше число мужчин в ОГ с нормальным числом лейкоцитов со слизистой уретры в сравнении с ГС и на 23,5 % ($p < 0,05$) – с отсутствием возбудителей ИППП.

Через 3 месяца после окончания терапии в обеих группах больные жалоб не предъявляли, методом ПЦР ни у одного из них возбудители ИППП обнаружены не были.

Заключение. Подводя итоги, следует отметить, что у 35 больных острым и подострым передним уретритом, вызванным хламидийной инфекцией (*C. trachomatis* как моноинфекция встречалась у 19 (54,3 %), в сочетании с *U. urealyticum* – у 8 (22,9 %), с *M. hominis* – у 5 (14,3 %), с *M. genitalium* – у 3 (8,6 %)) острый передний уретрит был у 11 мужчин, подострый – у 24.

Из 11 лиц с острым уретритом он был вызван сочетанием *C. trachomatis* + *U. urealyticum* у 5 (45,5 %), *C. trachomatis* + *M. genitalium* – у 3 (27,3 %), только *C. trachomatis* – у 3 (27,3 %). Из 24 пациентов с подострым уретритом последний был вызван *C. trachomatis* у 16 (66,7 %), *C. trachomatis* + *M. hominis* – у 5 (20,8 %), *C. trachomatis* + *U. urealyticum* – у 3 (12,5 %).

Анализ течения хламидийного острого и подострого уретрита, ассоциированного с микоплазменной инфекцией, показал, что *M. genitalium* была обнаружена только в сочетании с *C. trachomatis* у 3 (8,6 %) из 35 больных и у всех отмечен острый уретрит. Из числа 11 больных с острым уретритом сочетание *C. trachomatis* с *U. urealyticum* составило 45,4 %. У больных с острым и подострым уретритом наиболее часто встречалось сочетание *C. trachomatis* с *U. urealyticum* (у 22,9 %). Подострый уретрит чаще возникал при хламидийной моноинфекции: у 16 (у 66,7 %) из 24 мужчин.

Приведённые по результатам лечения данные свидетельствуют о том, что фторхинолон нового поколения – гемифлоксацин обладает более высокой эффективностью и комплаентностью в сравнении с офлоксацином в терапии данного контингента больных и может быть успешно использован практическим здравоохранением.

Литература

1. Асхаков, М.С. Инфекционные уретриты и простатиты: современные методы лечения : монография / М.С. Асхаков, В.В. Чеботарёв. – Saarbrücken, Germany : «LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG», 2012. – 175 с.
2. Асхаков, М.С. Эффективность этиологического лечения мужчин с неосложненной формой хламидийного уретрита и этиопатогенетической терапии больных хроническим инфекционным уретритом, осложненным простатитом : методические рекомендации / М.С. Асхаков, В.В. Чеботарев, Н.В. Чеботарева. – Ставрополь, 2010. – 17 с.
3. Бакулев, А.Л. Лечение урогенитального хламидиоза фактивом / А.Л. Бакулев, С.С. Кравченя // Тез. науч. работ. II Всерос. конгресс дерматовенерол., 25–28 сентября 2007 г. – СПб., 2007. – С. 122.
4. Батпенова, С.Р. Частота выявления *C. trachomatis* при хронических заболеваниях моче-

половой системы у мужчин / С.Р. Батпенова, Р.И. Розенсон, М.Ю. Хомяков // Тез. науч. работ. X Всерос. съезд дерматовенерол. – М., 2008. – С. 60.

5. Камалов, А.А. Мужское здоровье – междисциплинарная проблема / А.А. Камалов // Первый Всерос. образовательный курс: Мужское здоровье – междисциплинарная проблема. Лекции. – Кисловодск, 2007. – С. 2–4.
6. Прохоренков, В.И. Уреаплазменная инфекция: современное состояние чувствительности и резистентности к антибиотикам / В.И. Прохоренков, М.В. Шапран // Вестн. дерматол. и венерол. – 2006. – № 2. – С. 59–61.
7. Скрипкин, Ю.К. Рациональная терапия урогенитального хламидиоза / Ю.К. Скрипкин, А.С. Дворников, П.А. Скрипкина // Тез. науч. работ. X Всерос. конф. дерматовенерол. – М., 2006. – С. 70.
8. Страчунский, Л.С. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. – М., 2002. – 381 с.
9. Халдин, А.А. Урогенитальные инфекции «второй генерации» и возможности их этиотропной терапии / А.А. Халдин, А.А. Фадеев, И.М. Изюмова // Лечащий врач. Мед. науч.-практ. журнал. – 2007. – № 4. – С. 39–42.
10. Чеботарёв, В.В. Клинические аспекты урогенитальной хламидийной инфекции / В.В. Чеботарёв. – Ставрополь, 2006. – 220 с.
11. Чеботарёв, В.В. Урогенитальная хламидийная инфекция / В.В. Чеботарёв. – Ставрополь, 2011. – 206 с.
12. Skerk, V. The role of Chlamydia trachomatis in prostatitis syndrome – our experience in diagnosis and treatment / V. Skerk, I. Krhen, V. Cajic et al. // Acta Dermatovenerol. Croat. – 2007. – Vol. 15, № 3. – P. 135–140.

ЛЕЧЕНИЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА

В. В. ЧЕБОТАРЁВ, М. С. АСХАКОВ,
Т. И. ДЕРЕВЯНКО, В. А. АКСЕНЕНКО

Целью настоящего исследования было сравнительное изучение эффективности терапии больных хламидийной инфекцией нижних отделов мочевого тракта с применением гемифлоксацина (фактив®) и офлоксацина (офлоксин®-200). Под наблюдением находились 35 больных неосложнённым уретритом, в основном хламидийной этиологии (большинство в возрасте 18–35 лет). При обследовании пациентов использовали ПЦР, проводили культуральную диагностику. Почти у половины больных была обнаружена *C. trachomatis* в виде моноинфекции. Исследование показало, что эффективность терапии с применением гемифлоксацина была более выраженной. Спустя месяц после лечения отмечалась статистически достоверная разница в пользу основной группы, где на 23,8 % было больше мужчин с нормальным числом лейкоцитов со слизистой уретры и на 23,5 % было больше мужчин с отсутствием возбудителей ИППП. Гемифлоксацин оказался препаратом более удобным в применении. Авторы предлагают использовать разработанную методику в клинической практике.

Ключевые слова: уретрит, *C. trachomatis*, инфекция, лечение, гемифлоксацин, офлоксацин

TREATMENT OF CHLAMYDIA INFECTION OF LOWER PARTS OF UROGENITAL TRACT

CHEBOTARYOV V. V., ASKHAKOV M. S.,
DEREVYNKO T. I., AKSENENKO V. A.

The aim of this study was to make a comparative study of the effectiveness of the treatment of patients with chlamydia infection of lower part of urogenital tract with gemifloxacin (faktiv®) or with ofloxacin (ofloxacin®-200). We observed 35 patients aged 18–35 with mainly chlamydial urethritis. PCR and cultural diagnosis were performed. *C. trachomatis* in the form of mono-infection has been revealed almost in half of patients. Gemifloxacin showed more pronounced effect. In a month after the treatment reliable difference was noted between the groups. The patients of the main group more often demonstrated normal quantity of leukocytes in mucous urethra and absence of microbial agents.

Key words: urethritis, *C. trachomatis*, infection, treatment, gemifloxacin, ofloxacin