

Занько С.Н., Ниткин Д. М.
Витебский государственный
медицинский университет

Опыт применения кларитромицина в комплексной терапии хламидийной инфекции

В статье обсуждается возможность применения одного из относительно новых антибиотиков из группы полусинтетических макролидов кларитромицина. Кларитромицин и его активные метаболиты хорошо проникают во все ткани и жидкости организма, при этом его тканевая концентрация превышает концентрацию в сыворотке крови. Увеличение суточной дозы кларитромицина до 1000 мг позволяет определить курс антибиотикотерапии до 15 суток. Кларитромицин обладает хорошей переносимостью.

Кларитромицин («Кларикар», Pharmasare) является адекватным антибактериальным препаратом для терапии хламидийной инфекции с высокой эффективностью (эрадикация хламидий достигнута у 85,2% больных) и удовлетворительной переносимостью.

Достаточно сложно в случаях обсуждения проблемы воспалительных процессов выделять какой-то конкретный возбудитель как ведущий в тех или иных вариантах микст-инфекций. Именно такая ситуация наблюдается в клиниках, занимающихся воспалительными заболеваниями урогенитального тракта. Вместе с тем, ряд возбудителей принято считать маркерами, определяющими необходимость санационных мероприятий с включением активной антибактериальной терапии. К этой позиции можно относиться неоднозначно, но, естественно, при обнаружении такого возбудителя у обоих партнеров вероятность его ведущей роли возрастет. Исходя из частоты выявления одним из распространенных заболеваний, передающихся половым путём (ЗППП), в современной клинике является урогенитальный хламидиоз. Согласно данным ВОЗ, он встречается в 1,7 и 7,4 раза чаще, чем гонорея и сифилис соответственно [1]. Хламидиозом поражено до 51% мужчин, страдающих негонекокковыми воспалительными заболеваниями мочеполовых органов [2]. Сходная ситуация наблюдается и у женщин. Однако за медицинской помощью обращаются чаще всего пациенты с выраженными клиническими проявлениями, поэтому число больных и носителей хламидийной инфекции значительно больше.

С одной стороны, сложности терапии урогенитального хламидиоза обусловлены биоло-

гическими особенностями возбудителя – *Chlamydia trachomatis*. Антибактериальные препараты могут вызвать нарушение стадийности развития хламидий, что, по мнению многих авторов, является вероятной причиной персистенции и рецидивирования хламидийной инфекции [1]. Неадекватный подбор антибиотика и нерациональный режим антибиотикотерапии (доза и длительность) способствуют возникновению персистенции хламидий [1,2]. Таким образом, антибактериальная терапия у больных урогенитальным хламидиозом нередко приводит не к ликвидации инфекционного агента, а лишь к стиханию клинических проявлений, к переводу манифестного процесса в малосимптомный, субклинический или латентный хламидиоз. Широкое распространение хламидийной инфекции и проблемы её терапии требуют поиска новых лекарственных препаратов, а также новых методик их применения.

Другой важной стороной обсуждаемой проблемы является безопасность терапии с точки зрения сохранения нормальной флоры и развития дисбактериозов у пациентов.

Для лечения больных с хроническим урогенитальным хламидиозом в клинической практике широко применяют антибиотики группы макролидов, показавшие высокую эффективность *in vitro* и *in vivo*. Одним из относительно новых антибиотиков из группы 14-членных полусинтетических макролидов является кларитромицин. Кларитромицин и его активные метаболиты хорошо проникают во все ткани и жидкости организма, при этом его тканевая концентрация превышает концентрацию в сыворотке крови. Увеличение суточной дозы кларитромицина до 1000 мг позволяет сократить курс антибиотикотерапии до 15 суток [3]. Кларитромицин обладает хорошей переносимостью. Частота диспепсических расстройств составляет 7-10% [3].

Нами изучалась эффективность антибактериального препарата кларитромицина («Кларикар», Pharmasare) в комплексной терапии больных генитальным хламидиозом.

Проведена этиологическая диагностика (на инфекции, передающиеся половым путём (ИППП)) у 150 больных мужчин с клиникой хронического уретрита в возрасте от 18 до 56 лет. Показаниями для обследования служили жалобы на зуд, жжение и дискомфорт в уретре у 23 (15,3%) больных, слизистые и гнойные выделения из уретры у 21 (14,0%) больного,

дизурия (рези, учащённое мочеиспускание) у 16 (10,7%) больных. 90 (60,0%) больных не предъявляли жалоб со стороны нижних мочевых путей. Показанием для обследования у данной группы больных являлись жалобы и ИППП, выявленные у половых партнёров. Диагностика проводилась путём забора материала из уретры цитологической щёткой и микроскопического исследования мазков, окрашенных по Романовскому-Гимзе, а также реакцией прямой иммунофлюоресценции (РПИФ) на хламидии, уреоплазмы, микоплазмы, трихомонады, гарднереллы («RecombiSlide», НПФ «ЛАБдиагностика»). Всем больным с уретритом хламидийной этиологии в составе комплексной терапии был назначен кларитромицин («Кларикар», Pharmasare) в суточной дозе 1000 мг в течение 15 суток. Терапия кларитромицином сочеталась с иммуномодуляцией (циклоферон, виферон, метилурацил), препаратами, улучшающими микроциркуляцию (трентал, курантил), витаминотерапией (аевит, антиоксидантный комплекс). Всем больным с выделениями из уретры проводились эндоуретральные инстилляции диоксицином или мирамистином.

Эффективность терапии оценивалась через 3 недели и 2 месяца после завершения по динамике жалоб, субъективных ощущений и результатам контрольных тестов.

Диагностика ИППП выявила хламидийную этиологию уретритов у 112 (74,7%) больных. В этой группе у 61 (54,5%) больного хламидиоз диагностирован как моноинфекция. У 17 (15,2%) больных хламидии сочетались с микоплазмами, у 11 (9,8%) с уреоплазмами, у 6 (5,4%) с *T. vaginalis* и 13 (11,6%) с гарднереллёзом. 4 больных (3,6%) имели микст-инфекцию (хламидии, микоплазмы, уреоплазмы и гарднереллы). Кларитромицин был назначен больным с хламидийной моноинфекцией (61 больной) в качестве антибактериальной монотерапии.

Все больные лечебной группы отмечали субъективное улучшение состояния при завершении терапии. Жалобы на зуд, жжение и дискомфорт в уретре исчезли у 21 (34,4%) больных, дизурия (рези и учащённое мочеиспускание) у 16 (26,2%) больных. У всех больных со слизистыми или гнойными выделениями (8 (13,1%) больных) выделения из уретры купированы. 4 (6,6%) больных, которые ранее предъявляли жалобы, не отметили субъективного улучшения состояния. 12 (19,7%) больных в лечебной группе имели бессимптомное течение хламидийного уретрита.

При проведении контрольных тестов (РПИФ) через 3 недели с момента завершения терапии хламидии диагностированы у 4 (6,6%) больных в виде внутриклеточных персисти-

рующих форм. Через 2 месяца хламидии выявлены у 9 (14,8%), что потребовало повторных курсов терапии со сменой антибактериального препарата. Эрадикация хламидий достигнута у 52 (85,2%) больных.

Побочных эффектов и аллергических реакций при приёме кларитромицина («Кларикар», Pharmasare) не отмечено.

Под нашим наблюдением находилось 46 женщин с воспалительными заболеваниями женских половых органов хламидийной и сочетанной этиологии. У 30 женщин в материале из цервикального канала была обнаружена *Ch. Trachomatis*. У 3 женщин было обнаружено сочетание *Ch. Trachomatis* и *M. Hominis*, у 2 женщин было обнаружено сочетание *Ch. Trachomatis* и *U. Urealyticum*, у 6 женщин была обнаружена *M. Hominis*, у 5 женщин была обнаружена *U. Urealyticum*.

Для проведения этиотропной терапии было выбрано 25 женщин и их половых партнёров (50 пациентов). Всем больным в составе комплексной терапии был назначен кларитромицин («Кларикар», Pharmasare) в суточной дозе 1000 мг в течение 15 суток. Терапия кларикаром сочеталась с иммуномодуляцией в вышеуказанной комбинации.

Лечение оказалось эффективным у 46 больных (92%) с воспалительными заболеваниями женских половых органов и уретритов у мужчин с *Ch. Trachomatis*. Лечение кларикаром оказалось эффективным у 75% партнёров при выявлении *M. Hominis*. Эффект от лечения был у всех женщин (100%) с воспалительными заболеваниями женских половых органов при сочетании хламидий и *U. Urealyticum*.

Учитывая высокую эффективность кларикара в комплексной терапии при воспалительных заболеваниях урогенитального тракта, обусловленных *Ch. Trachomatis* и сочетаний: *Ch. Trachomatis* и *M. Hominis*, *Ch. Trachomatis* и *U. Urealyticum*, кларикар (кларитромицин, компания Pharmasare) может быть рекомендован как препарат выбора в качестве этиотропной терапии при воспалительных заболеваниях придатков матки и уретритов у мужчин, обусловленных хламидийной и микоплазменной инфекцией.

Литература

1. Молочков В.А., Ильин И.И. *Хронический уретрогенный простатит*. – М.: Медицина, 1998. – 304с.
2. Семёнов В.М., Козин В.М., Дмитраченко Т.И. *Хламидиозы: руководство для врачей*. Витебск, издательство ВГМУ, 2001. – 112с.
3. *Антибактериальная терапия: практическое руководство / Под ред. Страчунского Л.С.* – М. 2000. – 190с.