

Новые подходы к терапии урогенитального хламидиоза.

д.м.н. проф., за. кафедрой дерматовенерологии БГМУ Гафаров М.М.,
врач-дерматовенеролог Хафизова Т.В.,
асс. кафедры дерматовенерологии БГМУ Назарова В.А.
врач Нигматуллина С.Р.

Башкирский государственный медицинский университет,

Хламидиоз (УГХ) является одной из серьезнейших медико-социальных проблем. Более 50 млн. человек в мире поражено этой инфекцией. В России УГХ ежегодно заболевает более миллиона человек. В Башкортостане в структуре всех ИППП хламидиоз стоит на 2 месте, после трихомониаза. Последствия УГХ- бесплодие, эктопическая беременность, прерывание беременности на ранних сроках, заболевания новорожденных и др. Лечение хламидиозной инфекции до сих пор остается актуальным, т.к. у большинства больных она выступает в ассоциации с трихомониазом, гонореей, уреаплазменной инфекцией, микоплазменной инфекцией, гарднереллезом и др. Микробные ассоциации способствуют лучшей адаптации возбудителя к внутриклеточному паразитированию, усиливают патогенность каждого микроорганизма и его устойчивость к антибиотикам. Микст - инфекции труднее поддаются лечению, до 18% пролеченных больных дают рецидивы.

Мы решили поделиться опытом лечения УГХ антибактериальным препаратом в комплексе с иммуномодулятором *Реаферон-ЕС-Липинт*. Это торговое название пероральной формы IFN $\alpha 2b$, который выпускает в Новосибирске ЗАО «Вектор-Медика». Представляет лиофильно высушенную пористую массу, содержащую интерферон альфа-2в человеческий рекомбинантный во флаконе 500тыс. МЕ, в качестве антиоксидантов-токоферол 10мг, аскорбиновую кислоту 1,5мг.

Изучение эффективности препарата *Реаферон-ЕС-Липинт* при комплексном лечении пациентов с резистентной формой УГХ.

Мы обследовали клинически и лабораторно 23 больных с хроническим и подострым течением УГХ. Из них 11 человек (48%) ранее безуспешно получали антибактериальный курс. Средний возраст пациентов составил 40 лет (от 22 до 60 лет), по половому составу преобладали мужчины- 61% (14 человек), остальные 39%- женщины. Продолжительность заболевания составила:

- 17 % (у 4 человек) - от 3 до 6 месяцев,
- 22% (у 5чел.)- от 6 до 12 месяцев,
- 35% (у 8чел.)- от 1 года до 3-х лет,
- 26% (у 6чел.)- более 3-х лет.

Большинство больных- 52% предъявляло жалобы, связанные с нарушением мочевыделительной функции: 7 человек беспокоила дизурия, 5 чел. - явления дискомфорта: жжение, пощипывание в уретре. У этой группы больных были выявлены изменения в общем анализе мочи: увеличение лейкоцитов до 8-12 и более, повышение количества слущенных эпителиальных клеток, а у 6 пациентов в осадке мочи - микробные ассоциации. 48% (11 человек) жалоб не предъявляло.

У 83% наблюдавшихся больных имелись сопутствующие заболевания: увеличение щитовидной железы у 6 человек, ДЖВП - у 5, у 8 человек- патология кишечника в виде хронического дуоденита, хронического колита или дисбиоза кишечника компенсированной степени.

У 35% (8 человек) выявлена смешанная урогенитальная инфекция: вирус простого герпеса (ВПГ) у 1 пациента, цитомегаловирус (ЦМВ) у 1, микоплазмоз у 1, уреаплазмоз у 2, кандидоз у 3.

В общем анализе крови выявлены отклонения в 52% случаев: лейкоцитоз - у 6 больных, лейкопения - у 2, ускоренное СОЭ - у 4. У остальных больных существенных сдвигов в анализе крови установлено не было. При биохимическом исследовании крови отклонений выявлено не было, содержание общего белка в пределах 64,6-86,4 г/л. До лечения ИФА дал положительные результаты в пределах 1:20-1:60 у 20 пациентов (составило 87%), только у 3 пациентов были низкие титры 1:10. ПИФ была положительна у 21 больного (91%), сомнительна у 2.

Таким образом, в обследуемой группе больных причинами торпидного течения заболевания явились:

1. Наличие микст-инфекции у 35% пациентов.
2. Хронические заболевания ЖКТ, особенно дисбиоз кишечника, а также эндокринные нарушения, выявленные у 83% больных.

При назначении комплексного лечения подбирались препараты, устраняющие имеющиеся патогенетические нарушения. До основного антибактериального курса был назначен *Реаферон-ЕС-Липинт* по 500 тыс. МЕ 1 раз в сутки, утром за 30 мин. до еды. Курс 10 дней. Затем проводился курс антибиотикотерапии: 5 больных получали *Юнидокс, 7-Таревид, 7-Спорфло, 4-Вильпрофен*. В целях профилактики дисбиоза всем были назначены эубиотики и ферментные препараты: фестал, химотрипсин или хилак-форте. Переносимость препарата *Реаферон-ЕС-Липинт* была преимущественно хорошая, только у 2 пациентов отмечалась субфебрильная температура в первые 2 дня назначения препарата, которая самостоятельно нормализовалась.

:

После 1 курса лечения элиминация возбудителя наступила у 21 больного (91%), у них ПИФ- отриц., у 2 больных-ПИФ сомнительна (1 больной с ЦМВ, 1 больной с ВПГ). ИФА отрицателен у 16 человек (70%), снижение титра с 1:30 до 1:10 у 3 человек (13%), сомнителен-у 4 человек (17%). Отдаленные результаты были прослежены у всех 23 человек. Через 3 месяца ПИФ отрицательна у всех(100%), ИФА отрицателен у 21 пациента (91%), положителен в низком титре только у 2 больных. Это наглядно показано в таблице 1. Пациенты подлежат дальнейшему наблюдению и контролю через 6 месяцев, по показаниям рекомендовано провести повторный курс лечения.

Таблица 1.

Кратность обследования:	Результаты обследования сыворотки крови (число больных):					
	ПИФ			ИФА		
	пол.	сомн.	отр.	пол.	сомн.	отр.
до лечения	21	2	-	20* + 3**	-	-
сразу после лечения	-	2	21	3**	4	16
через 3 месяца после лечения	-	-	23	2**	-	21

* титр 1:20- 1: 60

** титр 1: 10

:

1. Назначенный в качестве этиопатогенетического лечения препарат *Реаферон-ЕС-Липинт* способствует повышению эффективности терапии персистентных форм УГХ. Особенно рекомендуется препарат при наличии осложненных и микст-инфекций.
2. Препарат имеет удобную форму применения - пероральную, обладает хорошей переносимостью.

:

1. Э.А.Баткаев, Е.В.Липова
Урогенитальных хламидиоз. Учебное пособие. М-1999г.
2. В.А.Исаков, Е.И.Архипова, Д.Н.Ермоленко
Терапия урогенитального хламидиоза. Руководство для врачей. С-Петербург-
2004-73стр.
3. А.А.Шаткин, И. И. Мавров
Урогенитальных хламидиоз. Киев-1983г.
4. О.К. Шапошников.
Венерические болезни. Москва-1991г.