

Усубалиев М.Б., Асанов А.Б., Урбаева Ж.Т.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АССОЦИИРОВАННЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ДУОБАКТ

M.B. Usubaliev, A.B. Asanov, Zh.T. Urbaeva

COMPREHENSIVE TREATMENT OF UROGENITAL INFECTIONS ASSOCIATED WITH THE USE OF THE DRUG DUOBACT

УДК: 616:17/612-58

В статье представлены результаты комплексного лечения ассоциированных урогенитальных инфекций с применением препарата Дуобакт (орнидазол + левофлоксацин) у 28 больных. Клиническое и этиологическое излечение наступило у 100% больных, побочные эффекты во время лечения не наблюдались.

Ключевые слова: урогенитальный трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, орнидазол, левофлоксацин, лечение.

This article presents the results of the treatment of urogenital infections associated with the use of the drug DuoBact (ornidazol + levofloxacin) in 28 patients. Clinical and etiological cure was achieved in 100% of patients, the side effects of the treatment were observed.

Key words: urogenital trichomoniasis, chlamydiosis, mycoplasmosis, ornidazol, levofloxacin, treatment.

Введение

Инфекции, передаваемые половым путем до настоящего времени остаются важнейшей проблемой здравоохранения.

Согласно результатам современных исследований патологические состояния мочеполового тракта чаще носят полимикробный характер с участием в воспалительном процессе различных групп как патогенных, так и условно-патогенных микроорганизмов.

Одним из самых распространенных заболеваний урогенитального тракта в настоящее время остается урогенитальный трихомониаз. По данным ВОЗ, ежегодно в мире заболевают трихомониазом более 180 миллионов человек, в основном лица сексуально активного возраста [1].

Клинические проявления урогенитального трихомониаза характеризуется значительной вариабельностью - от острых форм с ярко выраженной клиникой до мало- и бессимптомного течения.

Показанием к проведению лечения является обнаружение возбудителя *T. vaginalis* при микроскопическом или культуральном исследовании и/или исследовании молекулярно-биологическими методами у пациента либо у его полового партнера. Основными лекарственными препаратами, применяемыми в терапии трихомониаза, являются препараты 5-нитроимидазолов - синтетические антимикробные препараты с высокой активностью в отношении возбудителей протозойных инфекций (*T. vaginalis*), а также анаэробных бактерий, что объясняет широкий спектр их применения при различных нозологиях. Препараты этой группы (метронидазол, орнидазол, тинидазол, секнидазол) дают избирательный бактерицидный эффект в отношении микроорганизмов, ферментные системы которых способны восстанавливать нитрогруппу [2].

Метронидазол остается наиболее часто применяемым препаратом при лечении трихомонадной инфекции. Однако вызывает ряд побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, центральной и периферической нервной систем. В этой связи одним из наиболее предпочтительных препаратов для лечения урогенитального трихомониаза является орнидазол (период полураспада - 14 часов), который обладает низкой токсичностью и хорошо переносится пациентами в отличие от метронидазола.

Урогенитальный хламидиоз также является широко распространенной ИППП.

В мире ежегодно выявляется более 90 миллионов новых случаев инфицирования возбудителем хламидийной инфекции *C. trachomatis*, из них 4 миллиона приходится на США и около 5,5 миллионов на Европу.

Распространенность хламидийной инфекции в популяции варьирует от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость встречается у лиц моложе 25 лет.

Урогенитальный хламидиоз довольно часто является в ассоциации с другими ИППП, однако воспалительный процесс, как правило, протекает клинически бессимптомно, что в отсутствие современной диагностики и лечения может привести к длительному течению заболевания, появлению различных осложнений, нарушению репродуктивной функции.

Современные схемы лечения хламидийной инфекции основаны на применении одного из антибактериальных средств следующих фармакологических групп: макролидов (эритромицин, азитромицин, джозамицин), фторхинолонов (офлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин и др.) и тетрациклинов (доксциклин). Доза и длительность лечения зависит от характера течения заболевания и определяется врачом.

В 1993 г. в клиническую практику был введен фторхинолон левофлоксацин, синтезированный и впервые изученный японскими исследователями фирмы Daichi в конце 1980-х гг. [6]. С 1997 г. Левофлоксацин разрешен для применения в США. В настоящее время препарат выпускается в лекарственных формах для перорального и парентерального (внутривенного) введения.

Препарат является оптически активным левовращающим изомером рацемата фторхинолона офлоксацина, и антибактериальную активность офлоксацина определяет именно левофлоксацин (L-изомер, L-оф-локсацин, S-офлоксацин) [7].

По фармакокинетическим свойствам левофлоксацин имеет ряд особенностей в сравнении с други-

ми фторхинолонами - первыми препаратами этой группы: например, ципрофлоксацином, пефлоксацином, норфлоксацином, так и позднее появившимися фторхинолонами: спарфлоксацином, моксифлоксацином, гатифлоксацином, гемифлоксацином.

Левифлоксацин быстро и почти полностью всасывается после приема перорально. Максимальная концентрация в плазме крови после приема препарата внутрь достигается, в зависимости от дозы, через 1-2 ч. Абсолютная биодоступность левифлоксацина после приема внутрь в дозах 500 или 750 мг составляет 85- 95% [4], а по данным некоторых авторов достигает 100% [5]. Таким образом, концентрационные показатели препарата при введении перорально и внутривенно сопоставимы.

Левифлоксацин обладает выдающейся способностью проникать в ткань предстательной железы, хорошей биодоступностью, эквивалентностью фармакокинетических параметров при пероральном и парентеральном приеме, высокой активностью в отношении грамположительных и атипичных возбудителей, таких как *P. aeruginosa*, *C. trachomatis* и генитальные микоплазмы [3].

Наше внимание привлек комбинированный препарат Дуобакт, учитывая, что он состоит из орнидазола 500 мг и левифлоксацина 250 мг.

Целью исследования явилось изучение эффективности, безопасности и переносимости препарата Дуобакт у больных ИППП (при урогенитальном трихомониазе в сочетании с хламидийной или микоплазменной инфекцией).

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 28 больных трихомониазом в ассоциации с хламидийной инфекцией (n=18), микоплазменной инфекцией, обусловленной *M. hominis*(n=3), *M. genitalium*(n=2) и уреоплазменной инфекцией, вызванной *U. Urealyticum*(n=4), *U. parvum* (n=1). Все больные были мужского возраста в возрасте от 20 до 42 лет. Длительность заболевания составило от 2 месяцев до 1 года, т.е. имело место хроническое течение патологического процесса в урогенитальном тракте.

Диагноз ставился на основании микроскопии нативного или окрашенного препарата по Романовскому-Гимзе, а также ПЦР метода.

Больные жаловались на не постоянные слизистые выделения из уретры, особенно по утрам, учащенное мочеиспускание, неприятные ощущения в виде жжения и зуда в разных частях уретры (у 12 больных с иррадиацией в головку полового члена, мошонку, промежность, прямую кишку). У 3 больных особых жалоб не было, но при обследовании определяли слипание губок уретры.

Все пациенты внутрь получали комбинированный препарат Дуобакт (Орнидазол 500 мг и Левифлоксацин 250 мг) по 1 табл 2 раза в день в течение 10 дней. Кроме того, учитывая хроническое течение патологического процесса назначали циклоферон - 12,5% раствор индуктора эндогенного интерферона - вводили внутримышечно по 2 мл (всего 10

инъекций): первые 3 дня ежедневно, затем на 5-й день терапии - через день. Антиоксидантную терапию (всего 10 инъекций) проводили внутримышечным введением 30% масляного раствора токоферола ацетата (витамин Е) по 1 мл совместно с аскорбиновой кислотой, которая вводилась внутримышечно в виде 5% раствора по 1 мл ежедневно 10 дней. Кроме того, для ускорения регенераторных процессов и стимулирующего действия на организм применяли биогенный стимулятор экстракт алоэ жидкий для инъекций по 1 мл подкожно, ежедневно 15 дней. Результаты и их обсуждение Через 7-10 дней после окончания терапии была проведена оценка субъективных и объективных клинических показателей. При этом клиническая эффективность терапии была достигнута у 26 (92,6%) больных, у 2 (7,4%) пациентов отмечены субъективные проявления в виде зуда в заднем отделе уретры, которые расценены, как остаточные явления, так как при повторном обследовании через 10 дней пациенты не предъявляли жалоб на нарушение урогенитальной системы.

Микробиологическую эффективность проведенной терапии оценивали через 14 дней после завершения лечения. Эрадикация возбудителей была достигнута у всех 28 больных. Побочных эффектов в процессе лечения не было.

Таким образом, комплексное лечение урогенитального трихомониаза ассоциированного хламидийной или микоплазменной (уреоплазменной) инфекцией с применением комбинированного препарата Дуобакт (орнидазол 500 мг+левифлоксацин 250 мг) привело к 100% клинико-этиологической излеченности пациентов.

Литература:

1. Рахматулина М.Р. Современные подходы к терапии ассоциированных урогенитальных инфекций – эффективность, комплаентность, экономичность [Текст] / М.Р. Рахматулина // Клиническая дерматология и венерология. - 2009. -№ 12.-С. 36-42.
2. Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия. Практическое руководство [Текст] / Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов // Москва, 2000 - 123 с.
3. Bjerklund J. T.E., Gruneberg R.N., Guibert J. et al. The role of antibiotics in the treatment of chronic prostatitis: a consensus statement // Eur Urol. 1998 Dec. Vol. 34 (6). P. 457-466.
4. Chien S.C., Rogge M.C., Gisclou L. et al. Pharmacokinetic profile of levofloxacin following once-daily 500-milligram oral or intravenous doses // Ibid. P. 2256-2260.
5. Fish D.N., Chow A.W. The clinical pharmacokinetics of levofloxacin//CinPharmacokinet. 1997. Vol. 32. P. 101-119.
6. Fu K.P., Lafredo S.C., Foleno B. et al In vitro and in vivo antibacterial activities of levofloxacin (1-ofloxacin), an optically active ofloxacin // Ibid. 1992. Vol. 36. P. 860-866.
7. Moilering B.C. Overview of newer quinolones. Levofloxacin. Symp 19 th Intern CongrChemother. Montreal, 1995. P. 45-58.