

Досвід клінічного застосування препарату Азиклар® у терапії урогенітальної хламідійної інфекції

В.П. Федотов, Н.І. Темник, В.В. Горбунцов

Дніпропетровська державна медична академія

У представленій роботі відображені результати застосування препарату Азиклар® (klarитроміцин) у терапії урогенітального хламідіозу. Отримані результати дозволяють зробити висновок щодо високої терапевтичної ефективності препарату Азиклар® (klarитроміцин) компанії Ananta Medicare у лікуванні урогенітальної хламідійної інфекції.

За даними ВООЗ урогенітальний хламідіоз відноситься до кількості найбільш поширених захворювань серед ІПСШ [1,3,4,5]. Системний характер уражень, можливість змін з боку опорно-рухового апарату [5], шлунково-кишкового тракту та інших органів і систем [2,6], труднощі у терапії визначили соціальне і загальномедичне значення даної проблеми.

Лікування хламідіозу урогенітального тракту, особливо ускладненого мікст-інфекцією, є дуже складним і, часто, неефективним, незважаючи на збільшення кількості антибактеріальних препаратів. Тривалий час основними засобами в терапії хламідіозу були препарати тетрациклінового ряду, які вимагають тривалого прийому, що підвищує ризик появи серйозних побічних дій. На сьогодні найбільш активними протихламідійними препаратами вважаються макроліди, при цьому деякі з них дозволені до застосування вагітним і новонародженим. З групи макролідів до таких препаратів відноситься еритроміцин. Однак у цього антибіотика є ряд особливостей, що обмежують його застосування і ефективність *in vivo*, особливо при необхідності тривалого лікування у разі хронічних рецидивуючих хламідійних інфекцій: нестійкість у кислому середовищі шлунка, нерозчинність у воді, а також потенційна гепатотоксичність деяких його метаболітів.

Під час вибору етіотропної терапії урогенітального хламідіозу ми зупинилися на препараті Азиклар® (klarитроміцин) компанії Ananta Medicare, антибіотики групи макролідів з високою антибактеріальною активністю, як бактеріостатичної так і бактерицидної, який добре проникає в біологічні рідини і тканини організму. Крім того, важливим аспектом механізму дії препарату є здатність до проникнення всередину клітини, яка і забезпечує йому перевагу при лікуванні інфекцій, спричинених мікроорганізмами, що розмножуються всередині клітини господаря, зокрема ретикулярних тілець при хламідійній інфекції. Klarитроміцин у 8 разів активніше еритроміцину щодо 9 клінічних і 2 лабораторних штамів *Chlamydia trachomatis*. Більш тривалий період напіввиведення klarитроміцину, у порівнянні з еритроміцином, забезпечує зручне дворазове застосування препарату в амбулаторній практиці. Крім того, у результаті терапії klarитроміцином відбувається активація фагоцитарної-макрофагальної системи і ряду ферментів, які беруть участь у руйнуванні патогенних бактерій [7]. Цей факт вказує на унікальні, характерні даному антибіотику,

імуностимулюючі властивості. З огляду на вищевикладене, нами і було обрано даний препарат в терапії урогенітального хламідіозу.

Комплексна терапія препаратом Азиклар® в поєднанні з циклофероном була проведена 28 хворим з урогенітальним хламідіозом (26 чоловіків і 2 жінки) у віці від 18 до 35 років. У всіх випадках підтверджений статевий шлях зараження. Діагноз урогенітального хламідіозу встановлювали з урахуванням анамнезу (терміни інфікування, попереднє лікування), клінічна картина уретриту або ендоцервіциту, підтверджена стандартизованими методами: шляхом прямої імунофлюоресценції (ПІФ), полімеразної ланцюгової реакції (ПЛЦ), а також бактеріоскопічним, з метою виявлення *Chlamydia trachomatis* у зіскрібковому матеріалі уретри або цервікальному каналі. Необхідно відзначити загальну клінічну особливість перебігу урогенітального хламідіозу у наших пацієнтів - суб'єктивні скарги, як правило, були незначними, з присутністю помірного лейкоцитозу в зіскрібку з уретри і цервікального каналу, що вказувало на наявність слабо вираженого запального процесу.

За формами: підгострий свіжий хламідіозний уретрит діагностований у 5 хворих, хронічний - у 21 хворого, у двох жінок - хронічний хламідійний ендоцервіцит.

Для всіх хворих проводилася терапія із застосуванням препарату Азиклар® перорально, разом з внутрішньом'язовим введенням 12,5% розчину циклоферону.

Залежно від клінічних форм, супутній мікст-інфекції (у 2 пацієнтів - *Candida albicans*, у 3 мікоплазми, у 3 гарднерели, у 2 трихомонади) була проведена спочатку класична терапія з елімінацією виявлених патогенів, з подальшим лікуванням урогенітального хламідіозу. Хворим з підгострим хламідійним уретритом (5 чоловіків) проводилася терапія препаратом Азиклар® по 250 мг 2 рази на добу (перший прийом 500 мг), курсова доза 3,5 г протягом 7 днів. При хронічному хламідійному уретриті (21 чоловік) і 2 жінкам з хронічним хламідійним ендоцервіцитом Азиклар® призначали по 250 мг 2 рази на добу (перший прийом 500 мг) протягом 10-14 днів, курсова доза 5-7 г в залежності від давності захворювання, клінічних особливостей (наявних рецидивів) на тлі 12% розчину циклоферону 2,0 внутрішньом'язово, перші 2 дні поспіль, а потім через день протягом 20 днів.

Проведене лікування всі хворі перенесли добре, побічних реакцій не спостерігалось. У результаті лікування всі хворі відзначали повне припинення слизових виділень, відсутність скарг і дискомфорту. Клінічне одужання було підтверджено негативними даними проведених лабораторних досліджень. Ефективність проведеної терапії склала 92,2%. Тільки в 2-х випадках пацієнтам було призначено додаткове лікування. Дані пацієнти не заперечували статеві зв'язки під час курсу лікування, а значить можливості реінфекції. При повторних контрольних дослідженнях у всіх 28 хворих хламідійні вclusions не виявлено.

Таким чином, проведені дослідження дозволяють зробити висновки про високу ефективність препарату Азиклар® в терапії урогенітального хламідіозу.

Література:

- 1.Бакалов Л.А. Вестник дерматологии// 1992- стр.11-12, 30-32.
- 2.Хамаганова И.В., Олисов А.О., Жерехов Е.П. Вестник дерматологии // 1997- стр.73-74.
- 3.Машкиллейсон А.Л., Гомберг М.А. Вестник дерматологии // 1992 - стр. 11-12, 53-56.
- 4.Bischoff // W Infection -1986 - 14: 4: 316 -317
- 5.Breusted // W Dermatol MSCHR - 1989 - 175 : 7 : 443-449
- 6.Nettleman MD, Gones R. B. Transmitt Dis - 1989 16:1:36-40
- 7.Auteri A., Pasguu AL, Bruni Fetal // Int J Immunotherapy - 1993 - Vol IX №4 -P. 211-216.