

# КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ, 2008» (ЧАСТЬ 2. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ)

В.В. ЧЕБОТАРЕВ, М.А. ЗЕМЦОВ, Н.В. ЧЕБОТАРЕВА

## Clinical recommendations of the Russian Association of Dermatologists and Venereologists Dermatovenereology 2008 (Part 2. Sexually transmitted infections)

V.V. CHEBOTAREV, M.A. ZEMTSOV, N.V. CHEBOTAREVA

### Об авторах:

В.В. Чеботарев — заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия» (СтГМА), г. Ставрополь, д.м.н., профессор  
М.А. Земцов — главный врач ГУЗ «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер», г. Ставрополь, к.м.н.  
Н.В. Чеботарева — профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии СтГМА, г. Ставрополь, д.м.н.

Статья написана в порядке дискуссии. Рассмотрены клинические рекомендации по инфекциям, передаваемым половым путем (кроме сифилиса), являющиеся предшественниками издания стандарта ведения этой категории больных. Дана положительная оценка клиническим рекомендациям. Высказаны пожелания о внесении некоторых изменений и уточнений при издании стандарта.

*Ключевые слова:* инфекции, передаваемые половым путем, клинические рекомендации, стандарты.

The article is written in the form of a discussion. It examines clinical recommendations regarding sexually transmitted infections (except for syphilis) being the forerunner of the standard published for management of patients from this category. The authors assess the clinical recommendations in a positive way. They also express their request about introducing certain amendments and clarifications in the standard at the time of its publication.

*Key words:* sexually transmitted infections, clinical recommendations, standards.

Целью настоящей публикации является обсуждение раздела по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), в изданных клинических рекомендациях «Дерматовенерология, 2008», подготовленных Российским обществом дерматовенерологов и Государственным научным центром дерматовенерологии [1].

Данные клинические рекомендации — основа стандартов ведения больных с ИППП, которые будут обсуждены на очередном российском совещании (2010) и в дальнейшем утверждены.

Клинические рекомендации по ИППП написаны с учетом новой структуры. Они отличаются от существующих протоколов ведения больных «Гонококковая инфекция» [2] и «Урогенитальный трихомониаз» [3] емкостью изложения материала, четкостью формулировок. По другим ИППП протоколы не были разработаны. На III Всероссийском конгрессе дерматовенерологов (Казань, 2009) был доложен и обсужден протокол по ведению боль-

ных микоплазменной инфекцией. В связи с этим мы остановимся на клинических рекомендациях по гонококковой, трихомонадной, хламидийной инфекциям, генитальному герпесу и аногенитальным бородавкам.

Гонококковая инфекция остается актуальной медицинской проблемой, хотя бы по той причине, что показатель заболеваемости 2008 г. (56,4 на 100 000 населения) не соответствует истинному положению в силу низкой активной выявляемости данной инфекции, распространенности самолечения или лечения гонореи различными специалистами.

С момента выхода протокола ведения больных «Гонококковая инфекция» прошло 6 лет. За этот период были проведены многоцентровые исследования в 7 округах РФ по генотипированию гонококков и изучению их резистентности к различным антибактериальным препаратам. Именно эти исследования определили схемы лечения, в которых даны рекомендации по использованию различных антибиотиков в тех или иных округах. Спектиномицин в качестве *альтернативного* препарата рекомендовано назначать в Северо-Западном, Приволжском и Дальневосточном округах. Общим пра-

вилом стало исключение из схем лечения гонококковой инфекции пенициллинов, тетрациклинов, фторхинолонов.

Остается открытым вопрос о биоэквивалентности зарубежных препаратов и отечественного цефтриаксона. Достаточна ли доза 250 мг однократно для последнего? Клинические наблюдения свидетельствуют, что недостаточна. Что касается зарубежного дженерика цефтриаксона — лендацина, то нами было проведено сравнительное исследование эффективности лечения больных с неосложненной формой гонококковой инфекции при внутримышечном введении 250 и 500 мг препарата [4]. В обеих группах эрадикация гонококка у всех мужчин произошла через 6 ч. после инъекции. Клиническая эффективность при введении 250 мг препарата составила 89,2%, 500 мг — 94,7%. При наличии постгонококкового уретрита проводили уретроскопию, микроскопическое и бактериологическое исследование, а также дополнительную терапию. Соотношение «затраты — эффективность» оказалось в 1,5 раза выше при назначении лендацина в дозе 250 мг внутримышечно, чем в дозе 500 мг внутримышечно. В связи с этим мы рекомендуем применять препарат в дозе 500 мг.

В клинических рекомендациях (раздел «Дополнительные исследования», стр. 280) для идентификации *N. gonorrhoeae* предлагается использовать метод ПЦР. Если этот метод утвержден (или будет утвержден к выходу стандартов), его следует включить в раздел «Обязательные исследования» (стр. 279). Если данный метод не утвержден, его следует обозначить в качестве скринингового метода, результаты которого должны подтверждаться одним из методов обязательных исследований, указанных на стр. 279.

**Хламидийная инфекция.** В разделе «Хламидийная инфекция с системными проявлениями» (стр. 352) описаны субъективные симптомы хламидийного простатита. Однако, как свидетельствует обзор отечественной и зарубежной литературы, мнения исследователей по вопросу причастности *S. trachomatis* к развитию простатита разделились примерно поровну [5]. В связи с этим название «хламидийный простатит» целесообразнее заменить на «хронический хламидийный уретрит, осложненный простатитом». В такой формулировке нет указания на *S. trachomatis* как единственного возбудителя простатита. В случае принятия решения об изменении текста исправления необходимо сделать и на стр. 355.

В разделе «Лабораторные исследования» (стр. 356) нам представляется целесообразным поменять местами предложения. Вначале указать, что «верификация диагноза хламидийной инфекции базируется на обнаружении *S. trachomatis* с помощью одного из методов, перечисленных ниже (за исключением иммуноферментного анализа)». А далее отметить, что

«при отрицательном результате исследования методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), но подозрении на наличие *S. trachomatis* или в спорных случаях исследование на *S. trachomatis* рекомендуется проводить двумя методами, один из которых — ПЦР». Обследование всех пациентов двумя методами слишком затратно.

В разделе «Лечение хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов» считаем целесообразным включение инъекционной формы азитромицина (сумамеда). У нас имеется опыт не только проведения синдромной терапии этим препаратом, но и исследования его концентрации в ткани матки. Установлено, что она превышает минимальную подавляющую концентрацию для *S. trachomatis* после первой инъекции в 12,8 раза, после второй — в 37,6 раза [4].

Однако следует указать схему назначения азитромицина согласно инструкции: 500 мг внутривенно 1 раз в сутки в течение первых 2 дней, затем 250 мг внутрь 1 раз в сутки 5 дней. Таким образом, курс комбинированного приема препарата составляет 7 дней, а не 12—19 дней, как указано в клинических рекомендациях. Но минимальная подавляющая концентрация азитромицина (сумамеда) в клетках, где локализуется *S. trachomatis*, сохраняется еще в течение 7—12 дней [6], таким образом 14—19 дней составляет курс лечения, а не приема препарата. Подобная фармакокинетика присуща только азитромицину.

Применение инфузионной формы азитромицина показано у женщин при остром воспалительном заболевании органов малого таза (ВЗОМТ) и «низком пороге» диагностики ВЗОМТ (болезненность в нижней части живота, болезненные тракции шейки матки, болезненность при пальпации в области придатков), у мужчин — при остром эпидидимите, орхидидимите, простатите. Инфузии проводят в стационаре круглосуточного или дневного пребывания.

Для лечения других осложненных форм хламидийной инфекции необходимо оставить схему приема азитромицина (сумамеда) по 1,0 г внутрь однократно в 1—7—14-й дни. Эта схема амбулаторного лечения, предусмотренная для пероральной формы препарата.

Для лечения осложненных форм хламидийной инфекции в стандарте обязательно следует указать препарат азитромицин (сумамед), ибо в инструкциях по применению всех азитромицинов-дженериков (в том числе и хемомицина) сказано, что их назначают лишь при неосложненном уретрите и/или цервиците в дозе 1,0 г однократно (4 капсулы по 250 мг). Осложненные формы в инструкциях по медицинскому применению этих препаратов не фигурируют.

В разделе «Дальнейшее ведение пациента» необходимо исключить лигазную цепную реакцию (ЛЦР),

которая, насколько нам известно, не проводится в настоящее время.

**Урогенитальный трихомониаз.** В разделе «Лабораторные исследования» (стр. 344) метод окраски по Граму можно исключить, так как у этого метода нет преимущества перед окраской метиленовым синим, но на его выполнение затрачивается больше времени.

В разделе «Рекомендованные схемы лечения» мы предлагаем альтернативные препараты сделать препаратами выбора, а препараты выбора — альтернативными. Известно, что фирма «Ф. Хоффманн—Ля Рош Лтд» зарегистрировала на российский рынок препарат Тиберал (орнидазол) с упаковкой 3 таблетки по 500 мг, но затем заменила упаковку на 10 таблеток по 500 мг, так как ежедневный прием препарата оказался эффективнее однократного приема.

**Генитальный герпес.** В разделе «Рекомендованные схемы лечения» (стр. 269) желательно подчеркнуть, что лечение первичного клинического эпизода генитального герпеса целесообразно продолжать 10 дней.

В разделе «Общие замечания по фармакотерапии» (стр. 269) к предложению «Ни один из препаратов не имеет преимущества в эффективности воздействия на заболевание» следует добавить слова «но имеются различия по комплаентности».

В конце данного раздела желательно указать: «Пациентам с высокой частотой рецидивов (6 раз

и более в год) рекомендуется обязательное исследование иммунного статуса, при нарушении которого целесообразно назначение иммуностимулирующих препаратов параллельно с ациклическими нуклеозидами».

**Аногенитальные бородавки.** По данному разделу замечаний нет.

В заключение еще раз подчеркиваем, что новая структура построения клинических рекомендаций (будущих стандартов), их лаконичность будут импонировать практическому врачу, а обсуждение на страницах журнала позволит конкретизировать некоторые положения.

### Литература

1. Дерматовенерология, 2008/ под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс; 2008. 368 с. (Клинические рекомендации/ Российское общество дерматовенерологов).
2. Приказ от 20 августа 2003 г. № 415 «Об утверждении протокола ведения больных «гонококковая инфекция».
3. Протокол ведения больных «Урогенитальный трихомониаз» от 14 января 2005 г.
4. Чеботарев В.В., Дзанаева Е.В., Тамразова О.Б. Концентрация инфузионной формы азитромицина (сумамеда) в ткани матки и эффективность синдромной терапии женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза. Материалы научно-практической конференции. Актуальные вопросы дерматовенерологии. Иркутск, 2009; 119—120.
5. Гомберг М.А., Ковалык В.П. Хламидиоз и простатиты. ИППП 2002; 4: 3—8.
6. Lebar M., Cregaire M., Vallee F. et al. Prostate Tissue concentrations following a single 1 gm dose of azitromycin. Anapharm Inc. and Ecole de Pharmatic, Universiti Laval, Quebec, Canada, III Int.C. on the Macrolides, Azalines, Streptogramins, Lisbon, Portugal, Jan 24—26, 1996. Abst. 1996; 42.

## ЦИКЛОФЕРОН®

мы создаем  
УНИКАЛЬНОЕ



www.polysan.ru

● Первый российский низкомолекулярный индуктор интерферона

● Оригинальный механизм фармакологического действия

● Безопасность, надежность и доказанная эффективность

● Идеальная совместимость

● Производится в соответствии с международным стандартом качества GMP

**Форма выпуска:** раствор для инъекций 125 мг/мл в ампулах по 2 мл №5; таблетки по 0,15 г, покрытые кишечнорастворимой оболочкой; линимент 5% тубы по 5 мл и 30 мл

### ЦИТ И МЕЧ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ

#### Показания к применению:

#### Таблетки

(Per№ 001049/02): вирусные инфекции (грипп, ОРЗ, гепатиты, герпес), кишечные инфекции, нейроинфекции

#### Инъекции

(Per№ 001049/03): вирусные инфекции, заболевания передаваемые половым путем, кишечные инфекции, нейроинфекции

#### Линимент

(Per№ 001049/01): уретриты, баланопоститы, вагиниты, стоматиты, парадониты

