

## АВЕЛОКС в лечении больных осложненной урогенитальной хламидийной инфекцией

Н.М.Герасимова, Н.И.Скидан, Ю.Н.Кузнецова  
Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии

В последние годы наблюдается преобладание урогенитального хламидиоза и уреаплазмоза в структуре инфекций, передаваемых половым путем (до 70 %). Указанные инфекции нередко протекают бессимптомно, но очень часто осложняются воспалительными заболеваниями органов репродуктивной системы, а в ряде случаев становятся причиной бесплодия. Проблема усугубляется формированием резистентности возбудителей негонококковых уретритов ко многим антибактериальным препаратам. Перспективным средством их терапии является новый представитель класса фторхинолонов – моксифлоксацин.

В научно-медицинской литературе приводятся результаты применения этого препарата у мужчин и женщин с урогенитальным хламидиозом и уреаплазмозом. При назначении моксифлоксацина по 400 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней полная элиминация возбудителей достигается у 96-97% больных. Лечение обычно хорошо переносится больными, не отмечено случаев его отмены из-за побочных реакций.

Авелокс (моксифлоксацин) – антибактериальный препарат фторхинолонового ряда широкого спектра действия IV поколения. Каждая таблетка, покрытая оболочкой, содержит 400 мг моксифлоксацина гидрохлорида. Бактерицидное действие препарата обусловлено ингибированием бактериальных топоизомераз II и IV, которое приводит к нарушению биосинтеза ДНК микробной клетки. Благодаря этому механизму бактерицидный эффект проявляется на уровне минимальных подавляющих концентраций. Моксифлоксацин *in vitro* активен в отношении широкого спектра грамположительных, грамотрицательных микроорганизмов, анаэробов, кислотоустойчивых бактерий и атипичных форм, таких как *Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Legionella*. Моксифлоксацин эффективен в отношении микроорганизмов резистентных к  $\beta$ -лактамам и макролидным антибиотикам.

При пероральном применении Моксифлоксацин всасывается почти полностью. Абсолютная биодоступность около 90%. Стабильная кон-

центрация в крови достигается после 3 дней применения. После однократного назначения 400 мг моксифлоксацина максимальная концентрация в крови достигается в течение 0,5 – 4 часов и составляет 3,1 мг/л. Прием пищи не влияет на всасывание Моксифлоксацина. Моксифлоксацин связывается с белками крови (в основном альбумином) примерно на 40%. Моксифлоксацин быстро распределяется по тканям и органам. Высокие концентрации препарата создаются в легочной ткани, слизистой бронхов, в носовых пазухах, в альвеолярных макрофагах.

Моксифлоксацин не подвергается биотрансформации микросомальной системой цитохром Р450 в печени и выводится из организма как в неизменном виде, так и в виде неактивных метаболитов. 45% неизменного препарата выводится с мочой и фекалиями. Период полувыведения препарата из плазмы составляет примерно 12 часов, что дает возможность принимать препарат 1 раз в сутки. Не выявлено существенных изменений фармакокинетики моксифлоксацина у больных с нарушением функции почек и печени.

По химической структуре моксифлоксацин несколько отличается от других представителей группы фторхинолонов. За счет введения в хинолиновое кольцо метокси-группы ( $OSCH_3$ ) и циклопропильного радикала резко возрастает активность этого соединения в отношении грамположительных бактерий и, что наиболее важно для дерматовенерологов, достигается максимальная бактерицидная активность в отношении атипичных внутриклеточных микроорганизмов (хламидии и уреаплазмы). При этом моксифлоксацин сохраняет характерную для фторхинолонов высокую активность в отношении грамотрицательных бактерий.

Под нашим наблюдением находились 37 пациентов (19 женщин и 18 мужчин), у которых был диагностирован урогенитальный хламидиоз. Клинический диагноз был подтвержден комбинированными лабораторными исследованиями соскобов уретры и цервикального канала

(ПИФ и ПЦР) и антител к возбудителю (ИФА). Контрольные исследования проводились методом культуры на клетках McCoу.

У всех больных объективная и субъективная симптоматика острого воспаления уrogenитального тракта отсутствовала. Но у больных наблюдалась патология верхних отделов мочеполовой системы (эндометрит, сальпингит, оофорит, простатит, эпидидимит), больные предъявляли жалобы различного характера, анамнестические данные свидетельствовали о наличии хронических воспалительных процессов в верхних гениталиях, по поводу которых больные неоднократно лечились. При этом у всех пациентов были обнаружены хламидии в сочетании с условно-патогенной микрофлорой (*E.Coli*, *Enterococcus spp*, *Str.agalactiae*, *Proteus spp*, *Staph.aureus*) в концентрации  $10^4$ – $10^7$  КОЕ/мл.

В качестве этиотропной терапии все пациенты получали Авелокс по 400 мг 1 раз в сутки после еды в течение 10 дней. Лечение проводилось амбулаторно. Переносимость препарата была хорошей. Только у одного больного возникли транзиторные диспепсические расстройства, не потребовавшие отмены препарата.

Динамическое наблюдение больных в процессе терапии позволило установить, что на 3–4 день практически у всех пациентов, предъявлявших те или иные жалобы, полностью исчезли субъективные ощущения. Нежелательных явлений и побочных реакций зарегистрировано не было ни в одном случае.

Контрольные лабораторные исследования, проведенные через 21 день после окончания терапии, свидетельствовали о высокой эффективности Авелокса. У всех (100%) мужчин и у 18 (94,7%) женщин произошла полная элиминация возбудителей. Общая эффективность лечения составила 97,3%. Лишь у одной больной методом ПИФ определялись единичные включения хламидий. Ей был проведен дополнительный курс лечения Авелоксом, позволивший добиться санации и у этой больной.

Особым достоинством препарата явилась его высокая активность в отношении условных патогенов. При контрольных исследованиях условнопатогенная флора не выявлялась или титры ее были низкими. Авелокс не оказывал негативного влияния и на лактофлору влагалища, что безусловно является преимуществом данного препарата перед другими антибиотиками.

Таким образом, Авелокс (моксифлоксацин) является сегодня одним из наиболее эффективных антибиотиков при лечении уrogenитального хламидиоза (эффективность при первом курсе лечения составила 97,3%) независимо от остроты и длительности инфекционного процесса, а также наличия осложнений. Однократное применение препарата в сутки, практически полное отсутствие побочных явлений и аллергических реакций служат дополнительными основаниями его выбора в терапии осложненной уrogenитальной хламидийной инфекции, особенно в амбулаторных условиях.