

Изобретение относится к медицине и может быть использовано при лечении синдрома Рейтера хламидийной этиологии.

Известен способ лечения хламидиоза, заключаемый во внутривенном введении антибиотиков, например, эритромицина по 200000 ЕД 3 раза в день, нистатина, такта-вина по 100 мг 1 раз в день подкожно в течение 10 дней. Длительность лечения составляет 24-28 дней [1].

Недостатками известного способа являются; недостаточная эффективность лечения, частые рецидивы заболевания, особенно у больных с торпидной формой урогенитального хламидиоза и болезнью Рейтера, резистентность к длительному приему антибиотиков.

Задача, на решение которой направлено изобретение, заключается в том, чтобы повысить эффективность лечения хронических, упорных к традиционным способам терапии, урогенитальных хламидиозов, путем увеличения сроков клинической ремиссии, сокращения пребывания в стационаре и уменьшения инвалидности, нормализуя параметры кальциевого обмена у данных больных.

Поставленная задача решается тем, что больному одновременно с антибиотиками, нистатином назначают перорально финоптин по 40 мг 3 раза в день или внутривенно изоптин по 5 мг 1 раз в день.

В процессе лечения вышеуказанным методом у больных урогенитальным хламидиозом и болезнью Рейтера в течение первых 4-6 дней наступала стабилизация патологического процесса. В течение дальнейшего курса лечения положительная динамика клинической картины нарастала. К концу первой недели после приема перечисленных выше препаратов у мужчин с урогенитальным хламидиозом и болезнью Рейтера исчезали признаки уретрита, у женщин - признаки эндоцервицита. У всех больных болезнью Рейтера уменьшались боли и отеки пораженных суставов. Клиническая ремиссия наблюдалась к 14-21 дню лечения. У мужчин с урогенитальным хламидиозом исчезали признаки полиартрита (исчезали боли и отеки суставов, нормализовалась функция суставов).

Курс лечения можно проводить в амбулаторных условиях и в стационаре. С целью профилактики рецидива заболевания назначают поддерживающую дозу препарата (2-3 таблетки финоптина в день) в течение ближайшего месяца.

Способ лечения позволяет добиться ремиссии на протяжении 1,5-2 лет. Побочного эффекта, непереносимости и осложнений при назначении препарата не было отмечено.

Способ лечения апробирован нами на 32 больных урогенитальным хламидиозом и 13- болезнью Рейтера, лечившихся в стационаре Украинского НИИ дерматологии и венерологии (г. Харьков). В качестве иллюстрации приведем выписки из истории болезни.

1. Больной Р., 30 лет (женат, история болезни № 778).

Болен с июня 1991 г, когда после случайной половой связи появился зуд в уретре, боли в правом голеностопном суставе, затем левом голеностопном суставе и мелких суставах стоп. Терапевтами был диагностирован полиартрит, прием нестероидных противовоспалительных средств был неэффективен. В ОКВД по месту жительства были обнаружены хламидии, диагностирована болезнь Рейтера. Больной прошел курс лечения препаратами тетрациклинового ряда, макролидами, нестероидными противовоспалительными препаратами. В результате лечения наступило временное улучшение. Через две недели наступило ухудшение состояния: появились резкие боли в голеностопных и мелких суставах стоп, зуд в уретре, рези и жжение в глазах.

При поступлении в стационар: состояние средней тяжести температура-37,7°. Голеностопные суставы отечны, движение в суставах резко болезненно и ограничено. Наружные половые органы развиты правильно, паховые лимфоузлы не пальпируются. Наружное отверстие уретры бледно-розового цвета, свободных выделений нет. Конъюнктивы умеренно гиперимированы. Над легкими везикулярное дыхание, сердце - тоны ясные, пульс - 80 ударов в мин., АД - 120/80 мм рт.ст. Живот - мягкий, безболезненный, печень не пальпируется.

Гемограмма; лимфоциты - 40%, СОЭ -349 мм/час. Клинический анализ мочи - без особенностей. Паратиреоидный гормон- 180 pg/mL, кальцитонин в сыворотке крови - 5 pg/mL, общий кальций плазмы крови - 4 ммоль/л, содержание кальция в эритроцитах - 1,05 ммоль/л, кальций в отмытых эритроцитах -0,81 ммоль/л, кальций в суточной моче - 2,71 ммоль/л.

Рентгенография голеностопных суставов, мелких суставов стоп, кистей - определяются признаки очагового остеопороза, периостальные наслоения, сужение межсуставных щелей, увеличение периакулярных мягких тканей.

В соскобе из уретры обнаружены хламидии методом Романовского-Гимзы и прямой иммунофлуоресценции. Моча в обеих порциях прозрачная с единичными нитями и хлопьями в обеих порциях.

Диагноз: болезнь Рейтера.

Проведен 21-дневный курс лечения с антагонистами кальция: изоптин (5 мг 1 раз внутривенно, эритромицин, нистатин, тактивин. Лечение перенес хорошо. Состояние больного улучшилось. Исчезли признаки полиартрита, уретрита, конъюнктивита. Гемограмма без особенностей. Содержание паратиреоидного гормона в сыворотке (ПТГ) - 50 pg/mL, кальцитонина (КТ) - 8 pg/mL, общий кальций плазмы - 1,05 ммоль/л, общий кальций в эритроцитах - 0,28 ммоль/л, общий кальций в отмытых эритроцитах - 0,39 ммоль/л, кальций в суточной моче - 2,52 ммоль/л.

На контрольном обследовании хламидии не обнаружены. При выписке рекомендован прием финоптина по 40 мг 3 раза в день в течение 1 месяца. Больной находился под наблюдением венеролога в течение 1,5 лет, у больного стойкая клиническая ремиссия.

2. Больная Г., 36 лет, замужем (ист. болезни № 717). Болеет с 1990 года, когда появились жалобы на зуд и жжение во влагалище, учащенное мочеиспускание, боли внизу живота, боли в голеностопных суставах, Страдает бесплодием в течение 3 лет. Обследовалась у гинекологов, были обнаружены трихомонады. Получала три курса лечения трихополом, без эффекта. В июле 1991 г. амбулаторно обследовалась в УНИИДВ. В крови были обнаружены хламидийные антитела в титре 1/64. Внебрачные половые связи отрицает, В прошлом венерическими заболеваниями не болела. В детстве перенесла корь, коклюш,

лямблиоз. Менструации с 14 лет, регулярные, болезненные. Беременности -3, роды - 0, выкидыши - 3. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

При поступлении в стационар: наружные половые органы развиты правильно. Слизистая вокруг наружного отверстия уретры умеренно гиперимирована, отечна. Из канала уретры свободных выделений нет. Влагалище свободно пропускает два поперечных пальца. Шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. В зеркалах при осмотре шейки матки определяется гиперемия слизистой вокруг наружного отверстия канала шейки матки. В канале шейки матки - умеренное количество беловато-желтоватых выделений. Матка обычных размеров, подвижна, безболезненна, в положении anteфлексio. При пальпации придатков с обеих сторон определяется умеренная болезненность. Своды влагалища свободны, безболезненны, выделения - бели.

Гемограмма - без особенностей. Клинический анализ мочи - лейкоциты - 1-3 В поле зрения микроскопа.

Уровень ПТГ- 200 pg/mL, КТ- 0 pg/mL, общий кальций плазмы - 2,59 ммоль/л, общий кальций в эритроцитах - 1,17 ммоль/л, кальций в отмытых эритроцитах - 0,66 ммоль/л, общий кальций в суточной моче - 3,85 ммоль/л.

Рентгенография голеностопных суставов - патологических изменений не выявлено. В крови обнаружены хламидийные антитела в титре 1 /64.

Диагноз: Урогенитальный хламидиоз. Подострый уретрит, эндоцервицит, двухсторонний аднексит. Бесплодие 11.

Проведено комплексное лечение по разработанной методике в течение 21 дня: изоптин (5мг 1 раз внутривенно), эритромицин, нистатин, тактивин. Лечение перенесла хорошо. Исчезли проявления уретрита, эндоцервицита, аднексита. Исчезли боли в голеностопных суставах.

Клинический анализ мочи без особенностей.

ПТГ-160рд/mL, КТ- 10 pg/mL, общий кальций в плазме - 2,97 ммоль/л, общий кальций в эритроцитах - 0,64 ммоль/л, общий кальций в отмытых эритроцитах - 0,25 ммоль/л, общий кальций в суточной моче -2,01 ммоль/л.

При контрольном обследовании хламидии не обнаружены. Больная выписана в состоянии полной клинической ремиссии. При выписке больной рекомендован прием финоптина (40 мг 3 раза в день перорально) в течение 1 месяца.

Параллельно с больными, получавшими комплексное лечение с антагонистами кальция проведено обследование контрольной группы, которую составили 54 практически здоровых лиц как мужчин, так и женщин, не страдающие какими-либо хроническими заболеваниями. Контрольная группа по возрасту была идентична группе больных урогенитальным хламидиозом и болезнью Рейтера.

В ходе эксперимента обе группы находились в идентичных условиях.

Противопоказания для применения данного способа лечения: тяжелые нарушения проводящей системы сердца, выраженная гипотония, острый инфаркт миокарда, кардиогенный шок, беременность.

**Таблица 1**

**Биохимические показатели содержания кальция и кальцийтропных гормонов у больных урогенитальным хламидиозом, получавших комплексное лечение с антагонистами кальция**

Изучаемые показатели	Уровень общего кальция (ммоль/л)				Уровень ПТГ (pg/mL)	Уровень КТ (pg/mL)
	в плазме	в эритроцитах	в отм. эрит.	в суточной моче		
Контрольная группа n=54	3,09±0,18	0,63±0,08	0,33±0,04	2,96±0,61	71,3±24,5	6,31±3,94
Больные в период обострения n=70	3,04±0,28	1,11±0,12	0,59±0,08	2,08±0,46	124,5±12,52	7,57±1,84
Больные после традиционной терапии n=24	3,33±0,37	1,06±0,25	0,55±0,1	2,39±0,59	113,7±11,54	7,9±4,18
Больные после комплексной терапии с Са-антагонистами n=32	2,34±0,22	0,88±0,112	0,46±0,06	2,45±0,52	96,35±22,3	9,47±3,88

Т а б л и ц а 2

Биохимические показатели содержания кальция и кальцитропных гормонов у больных болезнью Рейтера, получавших комплексное лечение с антагонистами кальция

Обследуемые группы	Уровень общего кальция (ммоль/л)				Уровень ПТГ (pg/mL)	Уровень КТ (pg/mL)
	в плазме	в эритроцитах	в отм. эрит.	в суточной моче		
Контрольная группа n=54	3,09±0,18	0,63±0,08	0,33±0,04	2,96±0,61	71,3±24,5	6,31±3,94
Больные в период обострения n=25	3,01±0,41	1,01±0,16	0,63±0,19	1,48±0,59	120,6±26,68	12,44±3,38
Больные после традиционной терапии n=12	4,52±1,13	1,54±0,14	0,98±0,17	1,58±0,69	130,42±12,0	7,86±1,78
Больные после комплексной терапии с Са-антагонистами n=13	2,71±0,92	0,95±0,37	0,517±0,08	1,74±0,46	120,0±37,7	12,62±4,47

Т а б л и ц а 3

Сравнительные показатели эффективности комплексного лечения с антагонистами кальция

Показатели	Лечение традиционным методом	Лечение комплексным методом с Са-антагонистами
Количество больных	36	55
Длительность лечения (койко-дней)	24-28	14-21
Наступление рецидива	1 мес. - 6 мес.	1,5-2 года

Т а б л и ц а 4

Клинические показатели эффективности комплексного лечения с антагонистами кальция у больных урогенитальным хламидиозом и болезнью Рейтера

Изучаемые показатели	Урогенитальный хламидиоз		Болезнь Рейтера	
	муж.-21	жен.-13	муж.-11	жен.-2
Исчезновение зуда в уретре (дни)	5-7	6-8	5-7	6-8
Исчезновение рези и жжения в уретре (дни)	6-7	5-7	6-7	-
Исчезновение выделений из уретры (дни)	4-5	-	4-5	-
Исчезновение боли и тяжести в области промежности (дни)	6-7	-	6-7	-
Исчезновение зуда во влагалище (дни)	-	5-7	-	5-7

Изучаемые показатели	Урогенитальный хламидиоз		Болезнь Рейтера	
	муж.-21	жен.-13	муж -11	жен -2
Исчезновение выделений из влагалища (дни)	-	7-8	-	7-8
Исчезновение болей внизу живота (дни)	-	5-7	-	5-7
Исчезновение болей в суставах (дни)	7-9	7-9	8-12	8-12
Исчезновение отеков суставов (дни)	-	-	9-14	9-14
Нормализация функции суставов (дни)	-	-	14-21	14-21
Наступление ремиссии (дни)	14-18	16-18	14-21	14-21
Средний койко-день	14-21	14-21	15-22	15-22

Т а б л и ц а 5

Биохимические показатели содержания кальция и кальцийтропных гормонов у демонстрируемых больных в динамике комплексного лечения с антагонистами кальция

Обследуемые больные	Уровень общего кальция (ммоль/л)				ПТГ (pg/mL)	КТ (pg/mL)	Стабилизация процесса	Ремиссия (дни)
	плазма	эритроциты	отм. эритроц.	суточн. моча				
Больной 1 до лечения	4,0*	1,05*	0,81*	2,71	180*	5	7	22
Больной 1 после лечения	2,05	0,28	0,39	2,52	50	8		
Больной 2 до лечения	2,59*	1,17*	0,66*	3,85*	200*	0*		
Больной 2 после лечения	2,97	0,64	0,25	2,01*	160*	10	5	21

\* – достоверные отличия по сравнению с группой практически здоровых лиц ( $P < 0,05$ ).