

По данным углубленного психологического исследования, в климактерическом периоде на женщин действуют разнообразные психотравмирующие факторы, влияющие на их личностные особенности и течение АГ. Наиболее часто отмечались тревожно-депрессивные расстройства, что подтверждалось повышением профилей СМОЛ по 1-й, 2-й и 7-й шкалам и значительным увеличением показателей Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Обращала на себя внимание значительная распространенность субклинической симптоматики, особенно в постменопаузе, что может привести к несвоевременной диагностике психологических расстройств.

Таким образом, АГ у женщин в климактерическом периоде формируется на фоне снижения кардиопротективных влияний половых гормонов и сопровождается нарушением циркадного ритма АД, сдвигом вегетативного баланса с преобладанием гиперсимпатикотонии, появлением аритмического синдрома, часто протекающего латентно, а также развитием психопатологических расстройств. Выявленные особенности обуславливают необходимость дифференцированного подхода к разработке реабилитационных мероприятий у женщин с АГ при климаксе с использованием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, метаболически нейтральных  $\beta$ -блокаторов и в ряде случаев – психотропных средств.

#### Литература

1. Кобалава Ж.Д., Толкачева В.В., Морылева О.Н. Клинические особенности и лечение артериальной гипертензии у женщин // *Обзоры клинической кардиологии*. – 2006; 5: 31–40.
2. Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климактерию. – М.: Мед. информ. агентство, 2001. – 685 с.
3. Подзолков В.И., Можарова Л.Г., Хомицкая Ю.В. Артериальная гипертензия у женщин с климактерическим синдромом // *Обзоры клинической кардиологии*. – 2005; 1: 12–19.
4. Stramba-Badiale M., Fox K., Priori S. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology // *Eur. Heart. J.* – 2006; 27 (8): 994–1005.

#### THE SPECIFIC FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION IN MENOPAUSAL WOMEN

Professor **V. Anikin, MD; O. Izvarina,**

*Tver State Medical Academy, Russian Agency for Health Care*  
*The knowledge of the specific features of arterial hypertension in menopausal women makes it possible to timely diagnose the disease and to choose the optimal treatment policy.*

**Key words:** arterial hypertension, menopause, 24-hour ECG and blood pressure monitoring.

из практики

## ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОСЛОЖНЕННОГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

**В. Молочков<sup>1</sup>**, доктор медицинских наук, профессор,  
**А. Мугутдинова<sup>1</sup>, Е. Балюра<sup>2</sup>**, кандидат медицинских наук,  
<sup>1</sup>ММА им. И.М. Сеченова, <sup>2</sup>МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского  
**E-mail:** vlmolochkov@yandex.ru

*Представлены обоснование назначения антибиотикотерапии левофлоксацином, системной энзимотерапии препаратом Вобэнзим и беталейкином и результаты комплексного лечения ими хронического осложненного урогенитального хламидиоза.*

**Ключевые слова:** урогенитальный хламидиоз, левофлоксацин, системная энзимотерапия, Вобэнзим, беталейкин.

**В** настоящее время чрезвычайно широко распространены уретрогенные инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), среди которых особое место занимает урогенитальный хламидиоз (УХ), доля которого в заболеваемости ИППП оценивается почти в 70%. Ежегодно в мире регистрируется около 90 млн больных, инфицированных *Chlamydia trachomatis*, в Европе их 10 млн, в России заболеваемость оценивается в 113–259 случаев на 100 тыс. населения [4, 5].

Обычно для УХ характерны хроническое, торпидное, осложненное течение и многоочаговость поражений, а также частая (>80%) ассоциация с другими ИППП [1, 6, 12]. Совместное действие микроорганизмов усиливает патогенность каждого возбудителя, устойчивость их к антибиотикам, способствует более тяжелому течению воспалительного процесса с формированием резистентных к противохламидийным антибиотикам персистирующих *C. trachomatis* [3, 5].

Ввиду важной роли в патогенезе хронического УХ иммунопатологических механизмов [16] с переключением иммунного ответа с Th1 на Th2, выработкой интерлейкинов (ИЛ) ИЛ6, ИЛ10, гиперпродукцией секреторных IgG и IgA, снижением выработки интерферона- $\gamma$  [14], стимулирующей запуска аутоиммунных реакций и остановкой при формировании персистирующей хламидийной инфекции клеточного цикла возбудителя на стадии ретикулярных телец [3] лечение УХ должно быть комплексным: помимо этиотропных препаратов, следует применять иммуно-, ферменто-, физиотерапию и адекватное местное лечение [6, 12]. В то же время нарастание устойчивости *C. trachomatis* к противохламидийным антибиотикам и высокая частота побочных эффектов от антибиотикотерапии диктуют необходимость разработки новых, более эффективных подходов к лечению.

В связи с этим нами в комплекс лечения хронического, осложненного УХ был включен препарат системной энзимотерапии (СЭТ) Вобэнзим.

Препараты СЭТ (Вобэнзим, Флогэнзим, Вобэ-Мугос-Е) выпускаются компанией Mucos Pharma (Германия). Основным из них является препарат Вобэнзим (Mucos Pharma, GmbH, Германия; регистрационный № 011530/01 от 15.04.2005).

Эффект от применения препарата основан на кооперативном терапевтическом воздействии целенаправленно составленных гидролитических ферментов растительного и животного происхождения [9, 11, 13] – табл. 1.

Препарат на протяжении более чем 50 лет широко используется во всем мире, в первую очередь – инфекционистами, терапевтами (ревматологами), хирургами. В нашей стране Вобэнзим применяется с 1995 г. Ниже приводятся наши данные об эффективности использования СЭТ при лечении хронических дерматозов и ИППП.

Выбор нами этого препарата был обусловлен его способностью создавать при хроническом УХ условия для физиологического развития воспаления (бактериального, вирусного), что препятствует его переходу в патологическую форму. При этом важное значение имели обусловленные Вобэнзимом **бустер-эффекты** (Ремезов А.П., Кнорринг Г.Ю., 2003):

1. Повышение качества доставки этиотропных препаратов вследствие:

- улучшения всасывания;
- улучшения микроциркуляции крови, в том числе в очаге воспаления;
- конкурентного взаимодействия с транспортными белками крови –  $\alpha_2$ -макроглобулином и др.;
- оптимизации доставки антибактериальных средств в микробные колонии;
- увеличения проницаемости мембран.

2. Улучшение условий работы антибактериальных препаратов благодаря:

- усилению некролиза, расщеплению детрита в очаге воспаления, т.е. усилению эффекта санации;
- снижению кислотности среды в очаге воспаления, особенно в полостях;
- очищению клеточной мембраны как клетки-хозяина (носителя), так и возбудителя.

3. Увеличение экспозиции антибактериальных препаратов в плазме крови и тканях.

Обусловленные Вобэнзимом **сервис-эффекты** сводятся к:

- снижению выраженности побочных эффектов этиотропных препаратов:
  - токсичности;
  - гепатопротекции;
- уменьшению частоты и(или) выраженности флатуленции, метеоризма, тошноты, болей в животе, диареи и других эссенциальных побочных эффектов антибиотикотерапии [9].

Способность отдельных энзимов повышать концентрацию антибиотиков в крови и облегчать их проникновение в ткани, в частности при хроническом простатите, по данным S. Varsom и соавт., связана с тем, что они улучшают микроциркуляцию в тканях, реологию крови и транспорт антибиотиков [13]. По данным Т.Г. Сухих, использование Вобэнзима повышает эффективность лечения хронического УХ в сочетании с микоуреаплазмозом [11].

Высокая эффективность Вобэнзима в лечении УХ, трихомониаза, генитального герпеса, других уретрогенных ИППП отмечена и рядом других исследователей, наблюдавших многостороннюю эффективность препарата: повышение качества жизни вследствие быстрого угасания ведущих клинических симптомов; увеличение частоты эрадикации бактериальных агентов; сокращение сроков выделения вируса простого герпеса (ВПГ); снижение риска развития урогени-

## КОМПЛЕКСНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

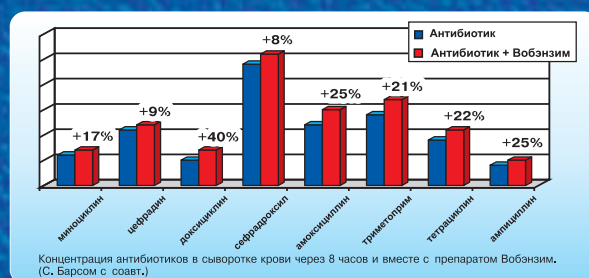
**Антибиотики + Вобэнзим**

**ДВОЙНОЙ УДАР ПО ИНФЕКЦИИ**

**Вобэнзим**

- 1** Нарушает рост микробных колоний
- 2** Прерывает передачу факторов резистентности в микробных пленках
- 3** Увеличивает эффективность антибиотиков и их концентрацию в очаге воспаления
- 4** Активизирует иммунную систему, повышает продукцию интерферонов
- 5** Уменьшает токсичность антибиотиков, поддерживает микробиоценоз кишечника

**Один препарат 5 действий**



### ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

- ◆ Инфекционные заболевания
- ◆ Урогенитальные инфекции
- ◆ Заболевания дыхательных путей
- ◆ Циститы, пиелонефриты
- ◆ Хирургические инфекции

С.-Петербург (812) 315-9585  
Москва (495) 231-2731  
Ростов-на-Дону (863) 244-1645  
Самара (846) 273-3463



Новосибирск (913) 945-2008  
Владивосток (4332) 220-126  
Н. Новгород (8312) 918-049  
Екатеринбург (343) 344-5045

www.mucos.ru

Таблица 1

Состав препарата Вобэнзим	
Вещество	Содержание
Бромелаин	225 F.I.P-Ед (45 мг)
Папаин	90 F.I.P-Ед (45 мг)
Трипсин	360 F.I.P-Ед (24 мг)
Химотрипсин	300 F.I.P-Ед (1 мг)
Панкреатин	345 прот. Евр. фарм. ед. (100 мг)
Амилаза	50 F.I.P-Ед (10 мг)
Липаза	34 F.I.P-Ед (10 мг)
Рутин	50 мг

*Примечание. F.I.P-Ед – единицы Federation International Pharmaceutical; прот. Евр. фарм. ед. – протеолитические единицы Европейской Фармакопеи.*

Таблица 2

Распределение больных по характеру возбудителей	
Возбудитель	n (%)
Хламидии (моноинфекция)	18 (50)
Хламидии+уреаплазмы	7 (19)
Хламидии+уреаплазмы+ВПГ	2 (5,5)
Хламидии +микоплазмы	4 (11)
Хламидии+уреаплазмы+микоплазмы	6 (16,4)
Хламидии+уреаплазмы+гарднереллы	2 (5,5)
Хламидии+уреаплазмы+трихомонады	4 (11)
Хламидии+уреаплазмы+кандидоз	2 (5,5)
Хламидии+гарднереллы+кандидоз	1 (2,2)
Хламидии+гарднереллы+трихомонады	1 (2,2)
Хламидии+микоплазмы+гарднереллы+трихомонады	1 (2,2)
Хламидии+гарднереллы	4 (11)

Таблица 3

Результаты уретроскопии 20 мужчин с хроническим УХ	
Диагноз	Число больных
Хронический тотальный уретрит	20
Мягкий инфильтрат передней уретры	15
Переходный инфильтрат передней уретры	3
Твердый инфильтрат	1
Литтреит	16
Морганит	7
Катаральный колликулит	12
Интерстициальный колликулит	1
Атрофический колликулит	2

тальных осложнений (хронического простатита – ХП, везикулита, артрита и др.) и побочных эффектов антибиотикотерапии (дисбактериоз и др.), причем при возникновении осложнений и побочных эффектов применение Вобэнзима существенно ускоряло их ликвидацию [7, 9, 11].

Основное воздействие системной иммунотерапии на иммунитет сводится к стимуляции моноцитов-макрофагов, естественных киллеров, цитотоксических Т-лимфоцитов и регулированию их уровня, к регулированию уровня цитокинов, снижению продукции патогенных иммунных комплексов, регулированию уровня адгезивных молекул.

Нами изучена эффективность Вобэнзима (внутри по 5 таблеток 3 раза в день за 40 мин до еды, запивая 200–250 мл воды, в течение 3 нед) в комплексном лечении 36 больных хроническим УХ в возрасте от 22 до 54 лет (20 мужчин и 16 женщин). В качестве антибактериального препарата мы использовали левофлоксацин, рекомендованный CDC к применению в терапии урогенитальных инфекционных заболеваний и, по данным С.L. Ridgway [15], наиболее эффективный при УХ [14, 17].

Левофлоксацин – L-изомер офлоксацина, по активности в 2 раза превосходящий офлоксацин *in vitro* и реже, чем флоксацин, дающий нежелательные эффекты; благодаря его большей активности для достижения клинического и микробиологического эффектов можно снизить его дозу и кратность приема [2, 7]. Препарат характеризуется широким спектром антибактериального действия (грамположительные и грамотрицательные условно-патогенные бактерии, *Neisseriae gonorrhoeae*, *S. trachomatis*, *Ureaplasma urealiticum*, *Mycoplasma hominis*) и отличается хорошей переносимостью, низкой токсичностью, а также благодаря возможности однократного приема обеспечивает хорошую комплаентность [9].

Препарат назначали внутрь по 500 мг 1 раз в сутки на 21 день. Помимо этого, больные получали иммуностимулирующий препарат **беталейкин** (является полным аналогом ИЛ1β – медиатора, синтезируемого клетками организма; вводился подкожно по 5 нг/сут в течение 5 дней), физиотерапию (эндоуретральный вибромассаж на аппарате «Интрамаг») и соответствующее местное лечение (мужчинам – инстилляции уретры, туширование семенного бугорка 10% нитратом серебра, массаж предстательной железы, женщинам – влагалищные ванночки с 3% протарголом и тампоны с балденскими грязями).

Результаты лабораторного обследования представлены в табл. 2.

При лабораторном обследовании *S. trachomatis* были обнаружены в каждом случае, трихомонады – у 6 (16%) больных, микоплазмы – у 11 (30%), уреаплазмы – у 23 (64%), гарднереллы – у 9 (25%), смешанная хламидийная инфекция – у 18 (50%).

У 10 (27,7%) пациентов заболевание протекало бессимптомно, 6 (16,4%) предъявляли жалобы на слизистые или слизисто-гнойные выделения, 12 (60%) мужчин жаловались на боли внизу живота, в промежности и(или) крестце, 6 (37,3%) женщин отмечали выделения из влагалища, 5 (31%) – нарушение менструального цикла, 4 (20%) мужчин жаловались на снижение эрекции, 8 (40%) – на раннее семяизвержение.

У всех 20 больных мужчин был выявлен ХП (у 12 – катаральный, у 6 – фолликулярный, у 2 – паренхиматозный), у 5 – хронический везикулит (у 3 – двусторонний). В секрете предстательной железы количество лейкоцитов варьи-

ровало от 20 до 100 в поле зрения (ув. 400). Результаты сухой уретроскопии представлены в табл. 3.

У 16 женщин хронический хламидийный эндоцервицит (уретрит) был осложнен хроническим сальпингоофоритом, а в 8 случаях – и эрозией шейки матки.

Давность заболевания мужчин и женщин варьировала от 4 мес до 12 лет (в среднем – 2,8 года); 22 пациента по поводу урогенитальных инфекций безуспешно лечились ранее.

В результате лечения клиническое выздоровление было достигнуто в 33 (92,3%) случаях, улучшение – в 2 (7,7%). Эрадикация хламидий и других возбудителей заболевания произошла в 34 (94,5%) случаях. Переносимость лечения у всех больных была удовлетворительной.

Местная реакция в месте введения беталейкина в виде гиперемии и отека самостоятельно разрешалась через 3–5 дней, отмены препарата не требовалось. У 15 (37,5%) больных через 1–4 ч после инъекции возникала непродолжительная общая реакция в виде озноба, головной боли, гриппоподобного состояния, проходящая без назначения парацетамола.

Результаты контрольных исследований (через 2 и 14 дней после окончания лечения) свидетельствовали об отсутствии рецидивов и реинфекции.

Данные исследования свидетельствуют об патогенетической обоснованности, высокой эффективности и хорошей переносимости предложенного комплексного метода лечения хронического осложненного УХ на основе антибиотикотерапии левофлоксацином и системной ферментотерапии полиферментным препаратом Вобэнзим.

*Список литературы см. на сайте [www.rusvrach.ru](http://www.rusvrach.ru)*

#### **THERAPY FOR CHRONIC COMPLICATED UROGENITAL CHLAMYDIASIS**

*Professor V. Molochkov, MD<sup>1</sup>; A. Mugutdinova<sup>1</sup>; E. Balyura, Candidate of Medical Sciences<sup>2</sup>,*

*<sup>1</sup>I.M. Sechenov Moscow Medical Academy; <sup>2</sup>M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute*

*The paper provides evidence for antibiotic therapy with levofloxacin and systemic enzyme therapy with Wobenzyme and betaleukin and the results of combined treatment for chronic complicated urogenital chlamydia with these agents.*

**Key words:** urogenital chlamydia, levofloxacin, systemic enzyme therapy, Wobenzyme, betaleukin.

из практики

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ**

**Н. Кочергин**, доктор медицинских наук, профессор,  
**Е. Никитина, А. Цыкин**,  
ММА им И.М. Сеченова  
**E-mail:** [nkocha@yandex.ru](mailto:nkocha@yandex.ru)

*Приводится современная классификация дерматозов беременных, описаны основные проявления наиболее часто ассоциирующихся с беременностью кожных заболеваний, главным симптомом которых является зуд. Авторами с эффектом применена разработанная ими комбинированная противозудная терапия при atopических высыпаниях беременных.*

**Ключевые слова:** дерматозы беременных, atopические высыпания беременных, зуд при беременности.

Как известно, кожа во время беременности претерпевает значительные изменения, спровоцированные комбинированным воздействием со стороны эндокринной, метаболической, иммунной систем и изменениями со стороны крови (циркуляторного русла). Все изменения кожи во время беременности условно можно подразделить на: физиологические (гормонально-ассоциированные); неспецифические (наиболее часто встречающиеся дерматозы, существовавшие до беременности или спровоцированные ею); специфические (дерматозы беременности, возникающие только на ее фоне и регрессирующие в послеродовом периоде) [1, 3, 4].

Физиологические изменения, являясь лишь косметическими дефектами, не ассоциированы с риском для матери и плода и в подавляющем большинстве случаев разрешаются или ослабляются в послеродовом периоде [4]. Наиболее частые физиологические изменения кожи во время беременности [10]: пигментные: гиперпигментация, мелазма, желтуха, псевдоакантоцитические изменения, дермальный меланоцитоз, веррукозная ареолярная пигментация, вульварный меланоз; волосяной цикл и рост: гирсутизм, послеродовое телогеновое выпадение, послеродовая алоpecia, имитирующая мужскую, диффузное истончение волос (в поздние сроки беременности); изменения ногтей: подногтевой гиперкератоз, дистальный онихолизис, поперечная исчерченность (линии Бо), хрупкость и размягчение; изменения желез: возрастание эккринной функции, повышение себопродуцирующей функции, ослабление апокринной функции; изменения соединительной ткани: стрии, кожные разрастания (мягкий гравидарный фиброз); сосудистые изменения: паукообразные телеангиоэктазии, пиогенная гранулема (гранулема gravidarum), эритема ладоней, преходящие отеки, выраженный отек губ, варикоз, вазомоторная нестабильность, гиперемия слизистых, геморрой.

Во время беременности возможно обострение или (реже) снижение выраженности многих предсуществующих воспалительных кожных заболеваний. Atopические состояния могут приводить к пруриго беременных и часто обостряются. Течение псориаза, наоборот, обычно становится более благоприятным, что, скорее всего, связано с преобладанием Th2-опосредованного иммунитета во время беременности. Грибковые инфекции в большинстве