



Вестник

Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183



№6, 2015

vestnikbgmu.ru

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вестник

Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

№6, 2015 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. (Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа); проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа); проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

Редакционный совет:

Чл.-корр. РАМН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа), проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:

зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.

ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.

научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.

технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.

художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.

технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.

корректор – Брагина Н.А.

корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ 26.07.2013, НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА ЭЛ № ФС 77 - 54905.

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ИНФЕКЦИЙ ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ»**

Г. УФА, 19 НОЯБРЯ 2015 Г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

А.И. КАШАЕВА	4
ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН В 2012 - 2014ГГ.	
Л.Р. КУРБАНОВА, Ю.А. КАЗЫХАНОВА	8
ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ	
Л.Р. НИГМАТУЛЛИНА	18
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОРЕЕЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РБ В 2012-2014 ГГ.	
А.Р.ТУХВАТУЛЛИНА, Е.А.ВЯЗОВЦЕВА, Э.Л.КУТЛИЕВА	22
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК	
А.Р.ХАРИСОВА	35
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА	
И.Ф. МАГДАНОВ, А.И. КАШАЕВА	42
ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА ПЕРИОД 2012-2014 ГГ.	
СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ.....	44

УДК 616.972
© А.И. Кашаева, 2015

А.И. КАШАЕВА

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН В 2012 -2014 ГГ.

Научный руководитель – асс., к.м.н. О.Р.Мухамадеева

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме: *Представлен анализ заболеваемости сифилисом в Республике Башкортостан в 2012-2014 гг. В Республике Башкортостан показатели заболеваемости сифилисом ниже показателей по Российской Федерации*

Ключевые слова: *сифилис, заболеваемость*

A.I. KASHAEVA

THE INCIDENCE OF SYPHILIS IN THE REPUBLIC BASHKORTOSTAN IN THE YEARS 2012 -2014

Supervisor - ass., Ph.D., O.R.Muhamadeeva

Department of Dermatovenerology

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Summary: *The analysis of the incidence of syphilis in the Republic of Bashkortostan in 2012-2014. In Bashkortostan Republic the incidence of syphilis lower than in the Russian Federation*

Keywords: *syphilis incidence*

Сифилис - хроническое системное венерическое инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы с последовательной сменой стадий болезни, вызываемое бактериями вида *Treponema pallidum* (бледная трепонема) подвида *pallidum*, относящимся к роду трепонема (*Treponema*) порядка Спирохеты (*Spirochaetales*)

Вероятнее всего, сифилис появился на Земле почти одновременно с человеком. В индуистских ведах описано заболевание, напоминающее по симптоматике сифилис, лечить его предлагалось растворами сулемы, киновари и каломели, т.е. ртутными препаратами. Аналогичные рецепты были обнаружены в древних китайских манускриптах, датированных 2600 г. до .н.э. и обнаруженных французским консулом Дабри в Китае.

Впервые полное описание сифилиса дал итальянский врач Джироламо Фракосторо в 1530 г в поэме «Сифилис, или Галльская болезнь». Второе название сифилиса Lues предложено французским врачом в 1554 г. Жаном Фернелем.

В 2013 г. в Российской Федерации (РФ) доля сифилиса среди всех инфекций передаваемых половым путем составила 10,5%, и, несмотря на то, что уровень заболеваемости сифилисом достиг 28,9 человек на 100 000 населения, мониторинг эпидемиологической ситуации сифилиса остается достаточно актуальным. Анализ статистических данных показал, что заболеваемость сифилисом в целом по Российской Федерации за последние десять лет снизилась на 63,6% [1].

Заболеваемость сифилисом в 2012-2014 гг. в Республике Башкортостан (РБ) представлена на рис. 1.



Рис.1. Заболеваемость сифилисом в РБ в 2012-2014 гг.

По сравнению с заболеваемостью по РФ в РБ показатели ниже почти на 20% (23,42 против 28,9 за 2013 годы).

При анализе структуры заболеваемости сифилисом по РФ (2004—2013 гг.), можно наблюдать интенсивное снижение доли ранних форм сифилиса до 23,0 на 100 тыс. населения и резкое нарастание доли поздних форм до 5,9 на 100 тыс. населения в 2013 г. [1].

В 2014 г. в Республике Башкортостан зарегистрировано только 14 случаев позднего сифилиса, что составило 1,59%, или 0,34 на 100 тыс. населения, что значительно ниже показателей по РФ.

При анализе структуры заболеваемости сифилисом в РФ в 2013 году [1] было выявлено 79,5% раннего сифилиса, 0,2% врожденного сифилиса, 12,2% позднего сифилиса и

8,1% неуточненного сифилиса. В РБ в 2014 г. случаев врожденного сифилиса и неуточненного сифилиса не зарегистрировано. А позднего сифилиса в общей структуре значительно меньше (1,59%). Также следует обратить особое внимание на число случаев сифилиса неуточненного как ранний или поздний, которые могут являться резервуаром для возникновения новой волны распространения инфекции среди населения.

При анализе заболеваемости по возрастам в РБ в 2014 году (рис. 3) выявлено, что наибольшая заболеваемость наблюдается в группе 18-29 лет, что требует увеличения санпросвет работы в группе риска.

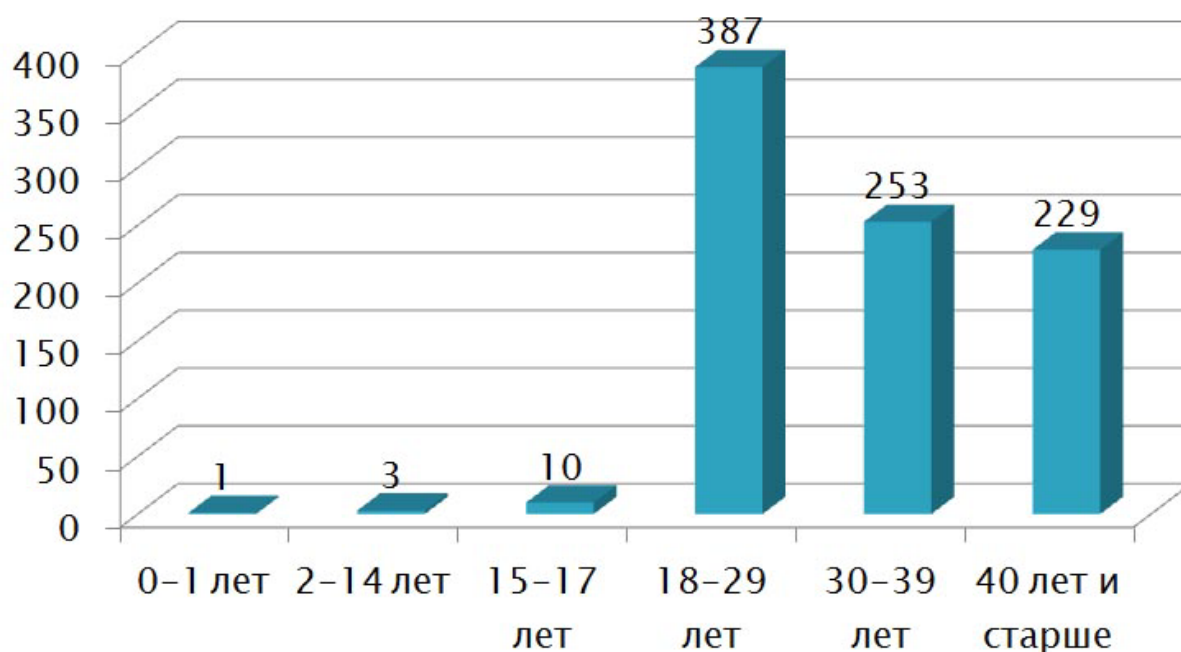


Рис.2. Распределение заболевших сифилисом по возрастам в РБ, 2014 г.

При анализе заболеваемости детей в РБ в 2014 г, выявлено преобладание заболеваемости сельских детей (рис. 3).

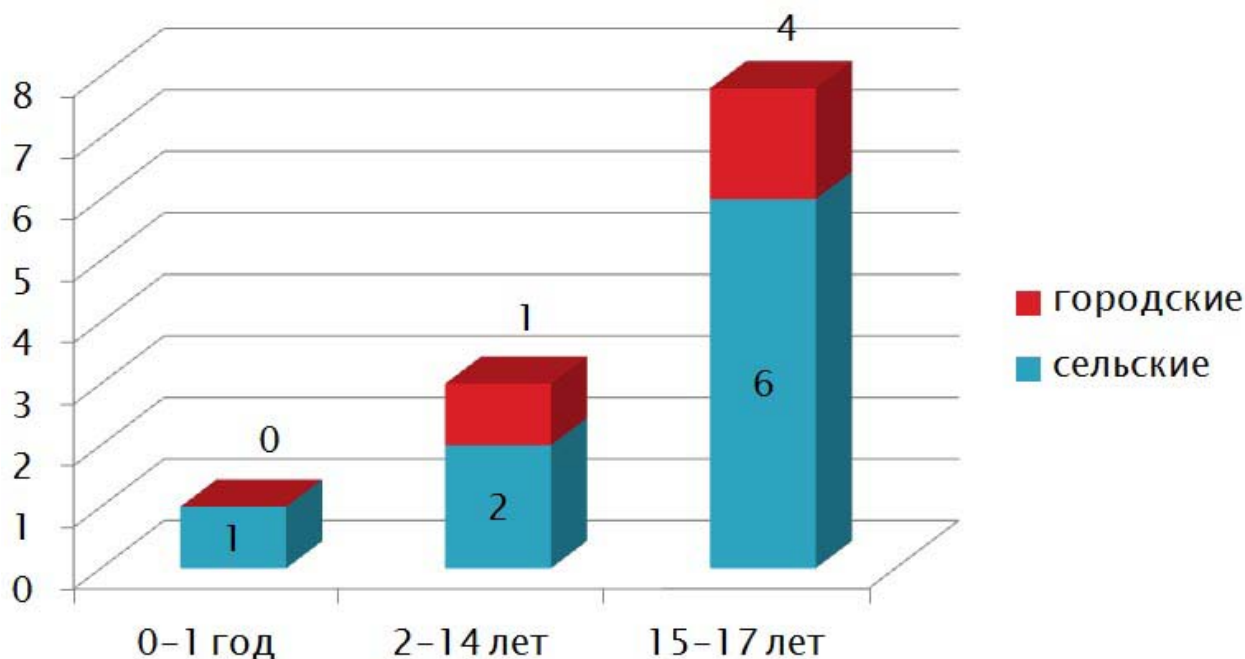


Рис. 3. Распределение детей, заболевших сифилисом по возрастам, РБ, 2014 г.

В заключение можно сделать вывод, что относительное эпидемиологическое благополучие в отношении распространения сифилиса в Российской Федерации и Республике Башкортостан продолжает сохраняться: заболеваемость снижается, активизируется профилактическая работа по выявлению больных сифилисом, что дает основания в прогностическом плане рассчитывать на благоприятное развитие ситуации. В Республике Башкортостан показатели заболеваемости сифилисом ниже показателей по Российской Федерации.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.А. Кубанова, Л.Е. Мелехина, А.А. Кубанов, Е.В. Богданова. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2004—2013 гг. Вестник дерматологии и венерологии №5, 2014 г.
2. Отчет главного внештатного дерматовенеролога МЗ РБ, 2014 г.

УДК 616.523

© Л.Р. Курбанова, Ю.А. Казыханова, 2015

Л.Р. КУРБАНОВА, Ю.А. КАЗЫХАНОВА

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Мустафина Г. Р.

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *Генитальный герпес занимает второе место среди вирусных ИППП после папилломавирусной инфекции. Больных генитальным герпесом в России около 8 миллионов. Около трети женщин детородного возраста инфицированы ВПГ-2. При герпетической инфекции клинические формы заболевания развиваются у 10–15%, малосимптомные формы – у 10%, бессимптомная секреция вируса регистрируется – у 5%, редкоболеющие и лица без эпизодов герпеса в анамнезе составляют до 70%. Основным направлением в лечении является применение высокоспецифичных противовирусных препаратов – ациклических нуклеозидов, которые блокируют репликацию ВПГ. Специфическое лечение необходимо начинать как можно раньше после появления первых симптомов заболевания. Применение ациклических нуклеозидов сокращает длительность эпизода и уменьшает выраженность симптомов. Однако лечение не приводит к эрадикации вируса и не всегда влияет на частоту и тяжесть развития рецидивов в последующем.*

Ключевые слова: *генитальный герпес, герпетические инфекции, вирус простого герпеса.*

L.R. KURBANOVA, Y.A. KAZYKHANOVA

GENITAL HERPES. MODERN ASPECTS OF TREATMENT.

Supervisor - ass., Ph.D. G.R. Mustafina

Department of Dermatovenerology

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Summary. *Genital herpes is the second largest after papilloma virus infection in sexually transmitted infections. Patients with genital herpes in Russia about 8 million. About a third of women of childbearing age are infected with HSV-2. When herpes infection clinical forms of the disease occur in 10-15%, low-symptom forms - 10%, asymptomatic virus secretion recorded - 5%, redkoboyleyuschie and persons without a history of herpes episodes of up to 70% .The main focus of treatment is the use of highly specific antiviral preparations - acyclic nucleosides that inhibit the*

replication of HSV. Specific treatment should be started as early as possible after the first symptoms of the disease. Use of acyclic nucleosides reduces the duration of the episode and reduces the severity of symptoms. However, the treatment does not lead to eradication of the virus and does not always influence the frequency and severity of relapses later.

Keywords: *genital herpes, herpes infections, herpes simplex virus.*

Актуальность. Общее количество больных с хроническими формами офтальмогерпеса, кожными и генитальными формами заболевания, герпетическими стоматитами в России приближается к 20 млн. Согласно данным ВОЗ, смертность от герпетических энцефалитов и диссеминированных форм болезни (15,8%) занимает второе место после гриппа (35,8%) среди всех вирусных инфекций.

По данным серозидемиологических исследований показатель выявления антител ВПГ-1, ВПГ-2 составляет от 70 до 90% и более. При герпетической инфекции клинические формы заболевания развиваются у 10–15%, малосимптомные формы - у 10%, бессимптомная секрция вируса регистрируется – у 5%, редкоболеющие и лица без эпизодов герпеса в анамнезе составляют до 70%.

Определения и понятия

Под герпетическими инфекциями (ГИ) понимают болезни, характеризующиеся одиночными или сгруппированными везикулярными высыпаниями на коже и/или слизистых оболочках на отечно-эритематозном основании, протекающие с поражением внутренних органов.

Простой герпес – широко распространенное инфекционное заболевание кожи и слизистых оболочек, возникающее в результате инфицирования вирусами простого герпеса 1-/2- антигенных типов, относящихся к семейству Herpesviridae.

Генитальный герпес

Является одной из наиболее распространенных клинических разновидностей герпетической инфекции. Он характеризуется острой воспалительной реакцией, отличается вариабельностью клинической картины и тенденцией к упорному рецидивирующему течению. Резервуаром вируса простого герпеса у мужчин является мочеполовой тракт, у женщин канал шейки матки. Наиболее часто источником инфекции служат люди с бессимптомным генитальным герпесом.

Первичный генитальный герпес возникает в среднем после 7-дневного инкубационного периода и проявляется тяжелым продолжительным течением. Первичная инфекция возникает, когда человек впервые инфицируется ВПГ и не имеет антител к нему.

Заболевание может проявляться клиническими симптомами или протекать бессимптомно. Клинические проявления первичной инфекции сохраняются в течение 18–22 дней с нарастанием симптоматики в течение первой недели.

К местным симптомам относятся наличие герпетических пузырьков, зуд, боль, дизурия, вагинальные выделения, поражение кожи и слизистых оболочек органов мочеполовой системы, паховая лимфаденопатия.

Характерная локализация генитального герпеса у мужчин – на половом члене, мошонке, лобке, промежности; у женщин – на малых и больших половых губах, вульве, клиторе, влагалище, шейке матки, лобке, промежности. Кроме наружных половых органов возможны поражения слизистой оболочки матки, маточных труб, яичников, уретры и мочевого пузыря.

К экстрагенитальным поражениям относятся герпетические высыпания на лице, туловище, ягодицах, внутренних поверхностях бедер. У 20% больных поражается слизистая оболочка ротоглотки и структур глаза.

К общим симптомам интоксикации относятся лихорадка, головная боль, тошнота, недомогание, миалгия, нарушения сна, которые наблюдаются более чем в 60% случаев и чаще встречаются у женщин, нежели у мужчин. Они могут присоединяться на 2–14-й день заболевания.

Симптоматика первичного эпизода разрешается чаще всего на 2–3-й неделе заболевания. Бессимптомное слущивание поврежденного вирусом эпителия наблюдается в течение последующих 2 недель.

Рецидивирующий генитальный герпес наблюдается у 50-70% больных после первичного инфицирования. Рецидивирующий герпес характеризуется длительным и упорным течением. Постоянные обострения процесса чередуются с периодами ремиссии различной продолжительности. Обострение рецидивирующего герпеса происходит после различного рода внешних воздействий или снижения защитных сил организма. Тяжесть и продолжительность клинических проявлений при рецидивах менее выражена, чем при первичной форме генитального герпеса. Обычно длительность рецидива составляет 7–10 дней. Рецидивы при инфицировании ВПГ II типа возникают раньше и чаще, чем при ВПГ I типа. Клиническая картина рецидивирующего генитального герпеса отличается от первичного отсутствием общего инфекционного синдрома и менее обильными высыпаниями. При рецидивах обычно слабее, чем при первичной острой инфекции, выражены экссудативные процессы, более длительно протекает заживление.

Клинически генитальный герпес может протекать в манифестной (типичной), атипичной, abortивной и субклинической (малосимптомной) формах.

Манифестная форма характеризуется типичным развитием герпетических элементов в очаге поражения (эритема – везикулы – эрозивно-язвенные элементы – образование корок) и местными субъективными ощущениями в виде зуда, жжения, болезненности. Обычно в начале заболевания отмечаются жжение, зуд и боль в области гениталий. Пораженное место слегка отекает, затем на гиперемизованном основании появляется группа мелких пузырьков размером 2–3 мм. Прозрачное содержимое пузырьков впоследствии мутнеет, становится гнойным. В течение нескольких дней пузырьки вскрываются и образуют тонкие корочки, которые по мере эпителизации очагов поражения отшелушиваются, оставляя вторичную пигментацию на месте бывших высыпаний.

Частые обострения рецидивирующего генитального герпеса нередко сопровождаются ухудшением общего состояния больных, появляются симптомы интоксикации, обусловленные вирусемией (головная боль, озноб, недомогание, субфебрильная температура), могут увеличиваться и становиться болезненными паховые лимфатические узлы.

Частота выявления манифестной формы генитального герпеса составляет 20%.

Атипичные формы рецидивирующего генитального герпеса могут быть обусловлены:

- изменением цикла развития герпетических элементов в очаге поражения;
- необычной локализацией очага и анатомическими особенностями подлежащих тканей.

При атипичных формах рецидивирующего генитального герпеса преобладает одна из стадий развития воспалительного процесса в очаге (эритема, образование пузырей) или один из компонентов воспаления (отек, геморрагия, некроз). По интенсивности клинических проявлений атипичные формы могут протекать бурно с манифестацией (буллезная, язвенно-некротическая) или субклинически (микротрещины).

Диагноз «атипичный генитальный герпес» правомочен для тех нередко встречающихся случаев, при которых специфические проявления ВПГ-инфекции гениталий скрыты симптоматикой сопутствующих местных инфекционных заболеваний. Частота выявления атипичных проявлений генитального герпеса достигает 60%.

Abortивная форма встречается у пациентов, получавших ранее противовирусное лечение и вакцинотерапию. Очаг поражения при abortивном течении минует некоторые стадии, характерные для манифестной формы, и может проявляться в виде зудящего пятна

или папулы, разрешающихся за 1–3 дня. К абортивным формам генитального герпеса относят эритематозную, папулезную и пруриго-невротическую, при которых отсутствуют везикулезные элементы.

Субклиническая форма (бессимптомное вирусовыделение) рецидивирующего генитального герпеса выявляется преимущественно при вирусологическом обследовании половых партнеров пациентов с каким-либо заболеванием, передаваемым половым путем, или при обследовании супружеских пар с нарушением фертильности.

Симптомы при этой форме выражены незначительно или полностью отсутствуют. Бессимптомное вирусовыделение чаще связано с ВПГ II типа, чем I типа.

Частота выявления субклинической формы генитального герпеса может достигать 20% от общей частоты рецидивирующего генитального герпеса.

По особенностям клинических проявлений герпетические поражения органов малого таза разделяют на герпес нижнего отдела урогенитального тракта, анальной области, ампулы прямой кишки и герпес верхнего отдела полового тракта. Герпес нижнего отдела урогенитального тракта, анальной области и ампулы прямой кишки проявляется в двух клинических формах:

- очаговой, характеризующейся появлением типичных для простого герпеса слизистых оболочек везикулезно-эрозивных элементов;
- диффузной, при которой патологический процесс протекает по типу неспецифического воспаления.

Герпес верхнего отдела полового тракта проявляется симптомами неспецифического воспаления. Клинические проявления герпетических поражений внутренних половых органов не имеют специфических особенностей по сравнению с воспалительными процессами невирусной этиологии

Медикаментозная терапия.

Этиотропная терапия: 1) этиотропные химиопрепараты - синтетические ациклические нуклеозиды (Ацикловир, Валацикловир, Фамцикловир), аналоги пиррофосфатов (Фосфономуравьиная кислота), синтетическое комплексное производное пурина (Инозин пранобекс);

2) препараты интерферона, оказывающие противовирусное и иммуномодулирующее действия (природные и рекомбинантные интерфероны);

3) индукторы интерферонов (Меглюмина акридонацетат, Кагоцел) и иммуномодуляторы

Этиотропные химиопрепараты из группы синтетических ациклических нуклеозидов являются препаратами выбора, препаратами 1-го ряда.

Аналоги пиррофосфатов – Фосфономуравьиная кислота, является препаратом 2 ряда, применяется у больных с непереносимостью или аллергическими реакциями на синтетические ациклические нуклеозиды (Ацикловир), а также с ацикловиррезистентностью.

Ацикловир. Механизм действия ацикловира основан на взаимодействии синтетических нуклеозидов с репликационными ферментами герпесвирусов. Тимидикиназа герпесвируса в тысячи раз быстрее, чем клеточная, связывается с ацикловиром, поэтому препарат накапливается практически только в инфицированных клетках.

Ацикловир второго поколения – валацикловир, за счет увеличенной биодоступности позволяет уменьшить дозу до 3 г в сутки. На фоне терапии валацикловиром, эпителизация и регресс высыпаний наступают на 3–4 дня раньше, чем на фоне терапии ацикловиром. Препарат может быть использован у ВИЧ-позитивных лиц.

Фамцикловир. Отличительной особенностью Фамцикловира является стабильно высокая биодоступность (77%) при пероральном приеме в сочетании с длительным периодом полувыведения (9.1 часа) пенцикловира трифосфата из клеток, инфицированных вирусом варицелла-зостер, а также сокращение времени заживления элементов герпетической сыпи.

Фосфономуравьиная кислота (Фоскарнет) является препаратом 2 ряда, ингибирует синтез вирусной ДНК, применяется у больных с непереносимостью или аллергическими реакциями на синтетические ациклические нуклеозиды (Ацикловир), а также с ацикловиррезистентностью. Применяется при инфекции кожи и гениталий в виде аппликации 3% мази на места поражений. При тяжелом течении заболевания возможно внутривенное медленное (в течение 2 ч) капельное введение препарата по 60-90 мг/кг 3 раза в сутки в течение 10-14 дней. В РФ не зарегистрирован и не может использоваться в медицинской практике на территории страны.

Инозин пранобекс - противовирусный препарат назначают при простом герпесе, в том числе при рецидивирующем герпесе у больных с иммунодефицитом, офтальмогерпесе, менингоэнцефалитах, внутрь, после еды, по 2 таблетки (500 мг) 3-4 раза в день в течении 10 дней.

Препараты интерферона. При простом герпесе возможны различные схемы введения препаратов интерферона: в/м, в виде суппозитория, наружно.

Человеческий интерферон вводится в/м в дозе 10 000 000 ЕД ежедневно в течение 5 суток, приводит к уменьшению и прекращению боли в первые 3 дня, новых высыпаний не было. Препарат рекомендуется, в том числе и при офтальмогерпесе.

Человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b (Виферон, Viferon) представляет собой комплексный противовирусный препарат, в состав которого входят мембраностабилизирующие препараты - α -токоферола ацетат и аскорбиновая кислота (витамин С) в терапевтически эффективных дозах. Препарат выпускается в виде свечей - Виферон-1 (150000 МЕ), Виферон-2 (500000 МЕ), Виферон-3 (1000000 МЕ) и в виде мази, содержащей 20000 МЕ, 40000 МЕ человеческого рекомбинантного интерферона альфа-2b, токоферола ацетат (в виде 5% масляного раствора).

Интерферон альфа-2b + Натрия гиалуронат – комбинированный препарат, выпускаемый в свечах. Вводят по 2 свечи ежедневно с 12-часовым интервалом в течение 10 дней. Курсовая доза составляет 20 свечей. Входящая в состав препарата гиалуроновая кислота, являясь основным структурным элементом соединительной ткани человека, обеспечивает равномерное и пролонгированное поступление интерферона в кровь и усиливает противовирусную активность препарата. Препарат применяется в комплексной терапии ГИ, а также при смешанной инфекции, обусловленной уреоплазмой, микоплазмой, хламидиями, гарднереллой.

Индукторы интерферона

Полирибоадениловой кислоты калиевая соль и полирибоуридиловой кислоты калиевая соль - лиофилизат (200 мкг) для приготовления глазных капель, применяют местно, закапывая в конъюнктивальный мешок 6-8 раз в сутки, или вводят субконъюнктивально в течение 10 дней.

Тилорон - индуктор эндогенного интерферона. В основе механизма его действия лежит модуляция иммунной системы и прямой противовирусный эффект. Для лечения ГИ назначается по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по 1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1 таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.

Меглюмина акридонацетат и Оксодигидроакридинацетат натрия - синтетические индукторы интерферонов. В остром периоде заболевания Меглюмина акридонацетат применяется по схеме: 3 инъекции с интервалом в 24 часа и далее еще 3 инъекции с интервалом в 48 часов. При тяжелом течении ГИ рекомендуется комбинированная терапия циклофероном и ацикловиром. В период ремиссии рекомендуется одна инъекция в неделю

250 мг препарата с целью профилактики рецидивов. После месячного курса лечения следует сделать перерыв на 4-5 недель

Иммуномодуляторы назначаются после исследования иммунного статуса.

Препараты тимуса:

♦ Тимуса экстракт (Тималин) - оказывает иммуномодулирующее действие, стимулируя образование Т-лимфоцитов, назначают по 5-20 мг, 1 раз/сут, ежедневно, в/м 3—10 дней; Тимоптин для инъекций назначают п/к, по 100 мкг, курс — 5 инъекций с интервалом в 4 дня;

♦ Экстракт тимуса крупного рогатого скота (Тактивин®) - 0,05 мг п/к, 1 раз/сут, 5-14 дней;

♦ Тимуса экстракт (Тимакид) — сублингвально/ или за щеку, по 0,25 мг (1 таб.) за 1-1,5 часа до ужина, 1 раз в 4 дня. На курс 5-7 таблеток.

Аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин (Имунофан®) - оказывает иммуномодулирующее действие, стимулируя образование иммуноглобулинов; обладает выраженной способностью активировать антиоксидантную систему организма. Имунофан вводится по 1 мл подкожно или внутримышечно 1 раз в 2 дня, курс лечения составляет 10-15 инъекций.

Смесь лизатов бактерий: (Имудон®). Влияние препарата на иммунную систему выражается в увеличении фагоцитарной активности макрофагов, повышении содержания лизоцима в слюне, а также в увеличении числа иммунокомпетентных клеток и содержания секреторного иммуноглобулина А. Имудон рекомендован в комплексной терапии острого герпетического стоматита.

Глюкозаминилмурамилдипептид обладает иммуностимулирующей активностью и слабой пирогенностью. Выпускается в таблетках, содержащих 1 мг и 10 мг препарата. Ликопид применяется при комплексной терапии острых и хронических ГИ всех локализаций. Схема лечения зависит от тяжести патологического процесса. При легких формах заболевания и состояниях средней тяжести Ликопид назначают по 2 мг 3 раза в день, при тяжелых – по 10 мг 2-3 раза в день в течение 10 дней. Препарат хорошо взаимодействует не только с противовирусными средствами, но и с препаратами интерферона и их индукторами.

Азоксимера бромид обладает иммуностимулирующей и дезинтоксикационной активностью. Непосредственно активирует фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, стимулирует антителообразование. Повышает устойчивость мембран клеток к цитотоксическому действию различных веществ, в том числе и лекарственных препаратов,

снижая их токсичность. Препарат рекомендуется в качестве иммуномодулятора в комплексной терапии заболеваний или состояний, сопровождающихся угнетением иммунитета. Он назначается в/м, 5-7 инъекций на курс. Используют две схемы лечения с разовыми дозами 6 мг и 12 мг.

Препараты иммуноглобулинов. Нормальный иммуноглобулин человека для в/м, специфический противогерпесный иммуноглобулин, содержащий антитела к ВПГ-1 и ВПГ-2 в повышенной концентрации – для в/в вводится при тяжелом течении. Не показан у ВИЧ-инфицированных.

Иммуноглобулин человека нормальный (Сандоглобулин, Интратект), Иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM] (Пентаглобин).

Вакцина. Особое место среди средств антигерпесвирусной терапии занимает герпетическая вакцина для активации клеточного иммунитета, его иммунокоррекции в фазе ремиссии при хронической герпетической инфекции. Вакцинация преследует 2 цели: предупреждение первичной инфекции и возникновения состояния латентности, а также предупреждение или облегчение течения заболевания. Активная иммунотерапия ГИ проводится с помощью специфических герпетических вакцин (Витагерповак, Герповакс), которые готовят на основе репродуктивных и иммунологически компетентных штаммов вирусов простого герпеса I и II антигенных типов. Вакцины применяются только в период ремиссии для профилактики рецидивов заболевания. Поливалентная герпетическая вакцина назначается внутривенно на сгибательной поверхности предплечья по 0,2 мл 1 раз в 3 дня, всего 5 инъекций, затем перерыв 2 недели и еще 5 инъекций по 0,2 мл 1 раз в 7 дней. В случае появления герпетических высыпаний промежутки между инъекциями увеличить в 2 раза. Через 6 месяцев – ревакцинация (5 инъекций).

Местная терапия

Местная терапия зависит от локализации измененных участков кожи и слизистых оболочек и заключается:

- в соблюдении рационального режима (запрещается прием ванн, душа, кожу вокруг очагов протирают 2% салициловым спиртом),
- в применении спиртовых растворов анилиновых красителей (Бриллиантовый зеленый, Жидкость Кастеллани),
- в применении противовирусных препаратов местного действия (мази ацикловир, эпервудин, диоксотетрагидрокситетрагидрофталин, тетрагидроксиглюкопиранозилксантен, аммония глицирризинат),

- в применении симптоматических препаратов, антисептиков (раствор перекиси водорода, настойка календулы, сок каланхоэ; борная кислота) и др.

Антисептические и вяжущие противовоспалительные средства (кора дуба, настойка зверобоя, лист шалфея и др.), масло облепиховое и шиповника используют при лечении слизистых оболочек в области рта.

Патогенетическая терапия

- Антигистаминные средства (Мебгидролин, Клемастин, Хлоропирамин)

Симптоматические средства. Основными задачами симптоматических средств является купирование воспалительных и токсических проявлений заболевания, предупреждение развития осложнений.

- Жаропонижающие средства

- Дегидратационные средства (Ацетазоламид, Фуросемид) применяются в небольших дозах для уменьшения гиперэкссудации.

- Препараты, улучшающие мозговое кровообращение и внутриклеточный метаболизм, ноотропы, седативные средства,

- Гепатопротекторы.

- Антиоксиданты: Поливитамины, витамины группы В, аскорбиновая кислота.

- Ферментные препараты. Среди ферментных препаратов используют препарат Вобэнзим; Вобэ-Мугос Е (Wobe-Mugos E). Препарат активирует клеточное звено иммунитета (НК-клетки — естественные киллеры, Т-лимфоциты, макрофаги), нормализует концентрацию цитокинов, стимулирует фагоцитарную активность макрофагов, улучшает реологические свойства крови и микроциркуляцию, повышает концентрацию антибиотиков в крови и в очаге воспаления. Препарат назначают при первых симптомах заболевания по 5 таблеток 3 раза в сутки до исчезновения основных клинических симптомов.

- Пробиотики

- Антибиотики

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных генитальным герпесом: Москва, 2013 г.
2. Иммунопатогенез и терапия простого герпеса: рекомендации для врачей – Исаков В.А., Г.Ю. Кнорринг, С.Б. Гончаров, О.В. Мартынова. Санкт-Петербург, 2008 г.
3. Современная терапия герпесвирусных инфекций – Исаков В.А., Сельков С.А., 2004 г.

УДК

© Л.Р. Нигматуллина, 2015

Л.Р. НИГМАТУЛЛИНА**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОРРЕЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ В РБ В 2012-2014 ГГ.**

Научный руководитель – асс., к.м.н. О.Р.Мухамадеева

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. В работе проанализирована заболеваемость гонорреей в Республике Башкортостан за 2012-2014 гг. Среди детей 0-14 лет в 2013-2014 годы случаев гонорреей не зарегистрировано, заболеваемость гонорреей среди подростков в 2013-2014 годы несколько уменьшилась, по заболеваемости снижение на 15,6 %. Среди подростков 15-17 лет за 2013-2014 года идет преобладание гонорреи среди девочек. По социальному составу заражению гонорреей дети могут быть одинаково подвержены.

Ключевые слова. Гонококковая инфекция, дети и подростки.

L.R. NIGMATULLINA**ANALYSIS GONORRHEA AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS IN
THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN IN 2012-2014**

Supervisor - ass., Ph.D., O.R.Muhamadeeva

Department of Dermatovenereology

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Summary. In work incidence of gonorrhea in the Republic of Bashkortostan for 2012-2014 is analysed. Among children of 0-14 years in 2013-2014 of cases by gonorrhea it isn't registered, incidence of gonorrhea among teenagers in 2013-2014 decreased a little, on incidence decrease by 15,6%. Among teenagers of 15-17 years for 2013-2014 there is a prevalence of gonorrhea among girls. On social composition children can be equally subject to infection with gonorrhea.

Keywords. Gonokokkovy infection, children and teenagers.

Актуальность: Анализ заболеваемости инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) позволяет медицинской общественности быть в курсе эпидемиологической ситуации, оценивать динамику ее изменений и прогнозировать лечебно-профилактическую работу в этом направлении [3]. Наиболее эффективными стратегиями здравоохранения

оказались выбор и конфиденциальный скрининг популяций с высоким риском, информирование пациентов, своевременное лечение инфицированных и их партнеров, обучение, ориентированное на изменение поведения, и быстрая реакция на вспышки заболеваемости [4].

Среди инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) гонококковая инфекция является одной из наиболее распространенных. Ежегодно в мире регистрируется около 60 миллионов случаев этого заболевания. Несмотря на существование в настоящее время эффективных средств лечения гонорей, проблема борьбы с этим недугом всё ещё является насущной, хотя по официальной статистике в последнее 10летие заболевания социального неблагополучия (гонорея, сифилис и туберкулёз) в РФ [2] и во многих западных индустриально развитых странах неуклонно снижаются.

Цель исследования. Провести анализ эпидемиологической ситуации заболеваемости гонореей среди детей и подростков в РБ за 2012 - 2014 годы.

Материалы и методы исследования. Использовались статистические отчетные формы ГАУЗ РКВД о заболеваемости гонореей среди детей и подростков за 2012 - 2014 годы.

Результаты и обсуждение. Республике Башкортостан (РБ) в 2012 г. заболеваемость гонореей составила 26,2 случаев на 100 тысяч взрослого населения, в 2013 г. составила 21,1 случаев на 100 тысяч населения, а в 2014 г. отмечено 18,9 случаев на 100 тысяч населения. При этом, заболеваемость гонореей по РБ не отличается от среднероссийских показателей (по РФ на 2013 г. отмечено 23,39 случаев на 100 000 взрослого населения).

В РБ в 2012 г. было зарегистрировано 17 детей больных гонореей в возрасте от 0 до 17 лет, из них дети от 0-14 лет составило 5 человек, а возрасте 15-17 лет 12 человек, в 2013 г. было зарегистрировано 30 детей больных гонореей в возрасте от 15 до 17 лет, случаев заражения гонореей среди детей 0-14 лет не было, в 2014 г. было зарегистрировано 25 детей больных гонореей в возрасте от 15 до 17 лет, случаев заражения гонореей среди детей 0-14 лет не было. (табл.1) Показатель заболеваемости гонореей среди детей и подростков в РБ за 2013 г. на 54,1% ниже, чем средний показатель по РФ. (табл.2)

Таблица 1

Заболеваемость гонореей среди детей и подростков в РБ за 2012-2014 гг.

Возрастные группы	2012 г.		2013г.		2014г.	
	Абс.ч	На 100тыс.нас	Абс.ч	На 100тыс.нас	Абс.ч	На 100тыс.нас
0-14 лет	5	0,71	0	0	0	0
15-17 лет	12	8,44	30	22,14	25	18,9

Таблица 2

Заболеваемость детей и подростков в РФ и РБ за 2013 г.(на 100 000 населения)

Возрастные группы	2013	
	Российская Федерация	Республика Башкортостан
0-14 лет	1,2	0
15-17 лет	39,7	22,14
Всего	40,9	22,14

Среди подростков 15-17 лет соотношение юношей и девушек в 2012 – составило 1,4:1 , 2013 г. – 0,7:1, в 2014 г.- 0,6:1 . За 2013-2014 года идет преобладание гонореи среди девочек .(табл.3)

Таблица 3

Дети и подростки, больные гонореей по полу в РБ за 2012-2014 гг.

Пол и возрастной состав	2012		2013		2014	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Мужской от 0-14 лет	-	-	-	-	-	-
15-17	7	58,3	12	40,0	9	36
Женский от 0-14 лет	5	100	-	-	-	-
15-17	5	41,7	18	60,0	16	64
ВСЕГО от 0-14 лет	5	100	-	-	-	-
15-17	12	100	30	100	25	100

Значение социального состава детей больных гонореей имеет значение для планирования профилактических мероприятий. По данным 2012 года можно представить, что заражению гонореей дети могут быть почти одинаково подвержены независимо от социальной организованности (табл.4).

Таблица 4

Социальный состав детей больных гонореей в возрасте от 0 до 14 лет в РБ за 2012-2014 гг.

Социальный состав	2012		2013		2014	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Неорганизованные дети	1	20	-	-	-	-
Дети дошкольных учреждений	2	40	-	-	-	-
Ученики школ	2	40	-	-	-	-
Всего	5	100	-	-	-	-

Таким образом случаев среди детей 0-14 лет в 2013-2014 годы не зарегистрировано ; заболеваемость гонореей среди подростков в 2013-2014 годы несколько уменьшилась, по заболеваемости снижение на 15,6 % . Среди подростков 15-17 лет за 2013-2014 года идет преобладание гонореи среди девочек от 15-17 лет . По социальному составу заражению гонореей дети могут быть одинаково подвержены.

Заражение детей сифилисом и гонореей рассматривается, как чрезвычайная ситуация, все случаи анкетированы и тщательно анализируются главным внештатным детским дерматовенерологом, ОМО ГАУЗ РКВД №1 и территориальными дерматовенерологами республики.

Одной из трудностей в системе здравоохранения, особенно в звене первичной профилактики является по-прежнему невозможность влияния на половое поведение молодежи. Для решения указанной проблемы наряду с оказанием квалифицированной медицинской помощи детям и подросткам с ИППП требуется дополнительный подход, включающий в себя психологическую поддержку, проведение социально-педагогической реабилитации молодежи из группы риска по ИППП и также усиление первичной и вторичной профилактики ИППП среди несовершеннолетних. [1].

Вывод. Заболеваемость среди детей и подростков в РБ гонореей за 2012-2014 гг. находится на достаточно высоком уровне не превышая среднероссийских показателей, однако данная ситуация требует дальнейшей профилактической и социальной работы по дальнейшему снижению заболеваемости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Латыпов Б.Г, Зилеева С.А., Курбатов С.С., Хайдаров М.М .Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, и некоторыми заразными кожными заболеваниями у детей и подростков в Республике Башкортостан за период 2012-2014 годы. МЗ РБ ГАУЗ РКВД №1 2015 г.
2. Лесная И.Н., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Каспирович М.А. Анализ эпид. ситуации и динамика заболеваемости ИППП и дерматозами на территории РФ // Вестник дерматологии и венерологии. 2010. № 5
3. Кубанов А. А. Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путём, и уrogenитальными инфекциями. Клинические рекомендации /— М. : ДЭКС-ПРЕСС, 2012. — С. 112.
4. Т. Фицпатрик [и др.]. Дерматология : атлас-справочник : пер. с англ. В 3-х т. /— М. : Изд-во Панфилова ; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. — Т. 3. — С. 2130.

©А.Р.Тухватуллина, Е.А.Вязовцева.

А.Р.ТУХВАТУЛЛИНА, Е.А.ВЯЗОВЦЕВА, Э.Л.КУТЛИЕВА

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. В статье представлены основные современные методы лечения аногенитальных бородавок. Лечение аногенитальных ВПЧ-поражений, согласно существующим принципам по ведению больных с клиническими проявлениями, связанными с ВПЧ, должно быть направлено на разрушение папилломатозных очагов, возникающих на месте внедрения вируса, на стимуляцию противовирусного иммунного ответа либо на сочетание этих подходов.

Ключевые слова: ВПЧ, методы лечения, классификация основных методов лечения.

A.R.TUHVATULLINA, E.A.VYAZOVTSEVA, E.L.KUTLIEVA

TREATMENT ANOGENITAL WARTS

Department of Dermatovenerology

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Summary. The article presents the main modern methods of treatment of anogenital warts . Treatment of anogenital HPV lesions , according to the existing principles of management of patients with clinical manifestations related to HPV , should be aimed at the destruction papillomatoznych lesions occurring at the site of introduction of the virus , the stimulation of the antiviral immune response , or a combination of these approaches.

Keywords: HPV, treatments , classification of the main methods of treatment.

К числу наиболее распространенных вирусных инфекций, поражающих аногенитальную область, наряду с герпетической, относится папилломавирусная. Эти инфекции наиболее трудно поддаются эпидемиологическому контролю и лечению.

В последнее время папилломавирусная инфекция, вызываемая вирусом папилломы человека (ВПЧ), привлекла особое внимание в связи с тем, что была доказана роль этой группы вирусов в развитии рака. В 2008 г. открытие этого свойства ВПЧ было отмечено Нобелевской премией по медицине. К ВПЧ-поражениям (по Handley J.M., et al., 1994) относят: клинические формы - аногенитальные бородавки (остроконечные кондиломы, вульгарные бородавки), симптоматические внутриэпителиальные неоплазии на ранних

стадиях при отсутствии дисплазии (плоские кондиломы); субклинические формы - бессимптомные внутриэпителиальные неоплазии при отсутствии дисплазии; латентные формы (отсутствие морфологических или гистологических изменений на фоне обнаружения ДНК ВПЧ). Лечение должно быть направлено на разрушение папилломатозных очагов, возникающих на месте внедрения вируса, на стимуляцию противовирусного иммунного ответа либо на сочетание этих подходов.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения:

- деструкция аногенитальных бородавок;
- улучшение качества жизни пациентов.

Общие замечания по терапии

Показанием к проведению лечения является наличие клинических проявлений заболевания.

Основным направлением в лечении является деструкция клинических проявлений заболевания. Вне зависимости от применяемого метода деструкции аногенитальных бородавок у 20-30% пациентов могут развиваться новые поражения на границе между иссеченными и внешне здоровыми тканями или в других местах.

Обследование и лечение половых партнеров проводится при наличии у них клинических проявлений.

Оптимальной является следующая классификация методов лечения аногенитальных бородавок:

Деструктивные методы:

1. Физические

- о хирургическое иссечение;
- о электрохирургические методы;
- о криотерапия;
- о лазеротерапия.

2. Химические:

- о азотная кислота;
- о трихлоруксусная кислота;
- о солкодерм.

Цитотоксические препараты:

- подофиллин;
- ПОДОФИЛЛОТОКСИН;
- 5-фторурацил.

Иммунологические методы:

- альфа-, бета-, гамма-интерферон;
- имихимод (не зарегистрирован в Российской Федерации).

Комбинированные методы:

- сочетанное применение различных методов.

В каждом конкретном случае при выборе наиболее оптимального метода врач должен руководствоваться 4 основными характеристиками:

- эффективностью при данной патологии;
- частотой возникновения рецидивов после лечения;
- хорошей переносимостью (минимум побочных эффектов);
- простотой выполнения процедур.

I. ДЕСТРУКТИВНЫЕ МЕТОДЫ

1. Физические деструктивные методы.

Хирургическое иссечение: в практике применяется чрезвычайно редко. В основном используется при лечении злокачественных новообразований, когда необходимо широкое иссечение. Основные недостатки: возможность кровотечений и длительный послеоперационный период, требующий специальной терапии.

Электрохирургические методы: электрокоагуляция, электрокаустика, фульгурация и электрохирургическое иссечение (электроэксцизия) с использованием электроножа - эффективны при лечении генитальных бородавок. Для полного удаления бородавок часто требуется проведение нескольких процедур. К достоинствам этих методов относятся доступность, высокая эффективность, возможность применения в амбулаторных условиях, низкая опасность кровотечений, а к недостаткам - необходимость обезболивания, возможность послеоперационного рубцевания, изъязвления, развития стеноза. Еще одним

важным недостатком является выделение инфекционной ДНК ВПЧ вместе с образующимся дымом (Bergbrant I.M., et al., 1994; Sawchuk W.S., et al., 1989), в связи, с чем необходимо работать в защитных масках и производить вакуум-экстракцию дыма. При удалении бородавок электрохирургическими методами обычно используют местную анестезию, однако пациентам с крупными множественными или внутриуретральными бородавками показано проведение процедуры под общей анестезией. Для профилактики развития стеноза при поражении анального отверстия или уретры необходимо удалять бородавки постепенно.

Лазерное иссечение является эффективным и достаточно безопасным методом. В клинической практике применяют неодимовый и CO₂-лазеры. При применении CO₂-лазера меньше повреждаются окружающие ткани, а неодимовый лазер обладает лучшим гемостатическим эффектом (Handley J.M., et al., 1994). Исследования показали, что лазер не только физически удаляет поражения, его излучение токсически действует на ВПЧ. Глубину коагуляции можно контролировать путем изменения мощности лазера, размера пятна и времени экспозиции. Процедуру лазерного иссечения можно проводить в амбулаторных условиях, т.к. если в некоторых случаях требуется обезболивание, то оказывается достаточно местной или локальной анестезии (Petersen C.S., 1993). Болезненность процедур отмечают примерно 85% больных (Damianov N., et al., 1993). Метод лазерного иссечения эффективен примерно так же, как электрокоагуляция, но отличается меньшей болезненностью, вызывает меньше послеоперационных побочных эффектов, включая менее выраженное рубцевание, дает хороший косметический эффект. Эффективность метода при терапии остроконечных кондилом достигает 80-90% (Petersen C.S., et al., 1993).

Метод лазеротерапии можно успешно применять для лечения распространенных бородавок, устойчивых к другой терапии. Повысить процент излечения с 55% (после 1 курса) до 85% можно за счет проведения нескольких курсов лечения (Petersen C.S., 1993). Однако эффективность лазеротерапии оказывается не столь высока при многолетнем неэффективном лечении различными методами. Даже после проведения многократных курсов лечения она позволяет прекратить рецидивирование проявлений ВПЧ примерно лишь у 40% больных (Lassus J., et al., 1994). Невысокий показатель связан с тем, что в ходе проведенных исследований было выявлено, что для устранения генома вируса из поражений, устойчивых к лечению, CO₂-лазер неэффективен (по данным ПЦР молекулярно-биологическое излечение наступает лишь у 26% больных) (Lassus J., et al., 1994).

После лазерного иссечения бородавок осложнения развиваются у 12% больных (Smyczek-Garsya B., et al., 1993). Наиболее тяжелыми побочными эффектами лазерной деструкции являются: кровотечение, изъязвления, вторичное инфицирование раны. При

лазерном иссечении, как и при использовании электрохирургических методов, происходит выделение ДНК ВПЧ с дымом, что требует соответствующих мер предосторожности. Но в некоторых исследованиях показано отсутствие различий в частоте выявления бородавок у хирургов, занимающихся лазеротерапией, по сравнению с другими группами населения (Gloster H.M., et al., 1995).

Высокая стоимость качественного оборудования и необходимость подготовки опытного персонала также препятствуют широкому распространению методов лазерной деструкции.

Криотерапия с применением жидкого азота, оксида азота и диоксида углерода является достаточно безопасным и эффективным методом лечения бородавок. Ее механизм действия обусловлен быстрым замораживанием как внутри-, так и внеклеточной жидкости, приводящим к лизису и гибели клеток при оттаивании. Для минимального повреждения окружающих здоровых тканей наиболее предпочтительным является проведение 2 отдельных циклов замораживания-оттаивания (длительность замораживания от 10 до 90 с) (Handley J.M., et al., 1994).

Обезболивание при проведении криотерапии обычно не требуется, но при необходимости можно использовать местные анестетики.

Применение криотерапии, по мнению Hendley J.M., возможно при лечении бородавок небольшого размера любой локализации. Лечение распространенных, множественных бородавок может потребовать длительного времени и привести к значительным осложнениям. К побочным явлениям метода относятся развитие местного покраснения, припухлости с последующим образованием пузырей и их изъязвлением.

Физические деструктивные методы отличаются от остальных тем, что при их использовании поражения разрушаются быстро, как правило, одномоментно. При использовании других методов для ликвидации очага поражения требуется от нескольких часов до нескольких недель. Причем после воздействия физических методов за это время происходит заживление очагов. По данным разных авторов, частота возникновения рецидивов не зависит от выбора метода лечения, таким образом, нивелируются очевидные преимущества физических методов. Использование физических деструктивных методов в широкой практике ограничено, т.к. для их применения необходимо наличие специальных помещений, оснащенных дорогостоящим оборудованием, а также обученного персонала, имеющего сертификаты на данный вид медицинской деятельности. Поэтому особый интерес представляют консервативные методы лечения.

2. Химические деструктивные методы. Для удаления бородавок применяют концентрированные растворы щелочей, солей, кислот, например, уксусной и азотной, препараты на основе салициловой и молочной кислот, сок туи и чистотела, а также перекись водорода, растворы хингамина и акрихина, ферезол. Эффективность этих методов невысока, к тому же они имеют многочисленные побочные эффекты.

Ферезол - раствор, содержащий 60% фенола и 40% трикрезола, применяют 1-2 раза с интервалом 3-4 минуты 1 раз в неделю в течение 3-4 недель.

Комбинированный препарат солкодерм - водный раствор продуктов взаимодействия органических кислот (уксусной, щавелевой и молочной) и ионов металлов с азотной кислотой. Действие препарата обусловлено немедленной прижизненной фиксацией ткани, на которую он наносится, и строго ограничено местом применения. Обрабатываемый участок темнеет, девитализированная ткань высыхает, мумифицированный струп отторгается самостоятельно. Заживление происходит быстро, а осложнения (присоединение вторичной инфекции или рубцевание) встречаются редко. В большинстве случаев препарат применяют однократно. Лечение практически безболезненно, не требует специальной аппаратуры и проводится амбулаторно. Солкодерм высокоэффективен для лечения остроконечных кондилом любой локализации (Brokalakis J., et al., 1984).

II. ЦИТОТОКСИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

Подofilлин - представляет собой смолу, полученную из произрастающих в Северной Америке и Гималаях растений *P. relatum* и *P. emodi*. Подofilлин в виде 10-25%-ного раствора в этаноле или настойке бензоина применяют для лечения бородавок аногенитальной области. Препарат связывается с аппаратом микротрубочек клетки и ингибирует митозы, а также подавляет транспорт нуклеиновых кислот, в результате чего происходит ингибирование синтеза ДНК и размножения клетки (Handley J.M., et al., 1994). В клиниках Великобритании подofilлин является препаратом выбора (Reynolds M., et al., 1993). В России препарат не зарегистрирован. Мнения исследователей по поводу его использования расходятся. В частности, Petersen, et al. (1995), считает, что подofilлин представляет собой плохо изученный, грубо очищенный растительный экстракт. При помощи метода жидкостной хроматографии эти авторы определили, что 2 мутагенных флавоноида - кверцетин и кемферол составляют примерно 10% сухого вещества 20%-ного раствора подofilлина. В связи с этим необходимо применять только высокоочищенные подofilлотоксины. Самостоятельно применять подofilлин больным можно только после проведения специального инструктажа.

Подофиллотоксин - является наиболее активной в терапевтическом отношении фракцией в составе подофиллина. Больным с небольшим количеством неороговевающих кондилом, расположенных на крайней плоти, головке полового члена, в венечной борозде и вульве, подофиллотоксин считается препаратом выбора для самостоятельного применения, но он малоэффективен при лечении бородавок перианальной области, влагалища и уретры (Handley J.M., et al., 1994).

Препарат выпускается в виде 0,25, 0,3 и 0,5%-ных растворов, а также в виде 0,15, 0,3 и 0,5%-ного крема, но в России зарегистрированы 2 формы: кондилилин - 0,5%-ный раствор, который применяют 2 раза в сутки в течение 3 дней, затем перерыв 4 дня, длительность лечения не более 5 недель; вартек - 0,15%-ный крем. Пациенты могут применять подофиллотоксин самостоятельно.

Показатель эффективности применения подофиллотоксина составляет от 26 до 87% у мужчин и от 50 до 77% у женщин (Lassus A., 1987; Von Krogh G., 1987; Edwards A., et al, 1988; Kirby P., et al, 1990; Baker DA, et al, 1990; Handley J.M, et al, 1991; Greenberg M.D, et al, 1991). Столь большая разница в показателях эффективности связана с различными сроками наблюдения за больными, а также с тем, что в некоторых работах авторы не учитывают возникновение рецидивов.

Побочными эффектами применения подофиллотоксина наиболее часто являются местные воспалительные реакции (у 57% пациентов), эритема, жжение (у 48%), болезненность (у 47%), зуд (у 44%), незначительное мокнутие и эрозии в области аппликации (у 39%) (Bonnez W, et al, 1994). Системные побочные эффекты не были описаны, но тем не менее рекомендуется применять подофиллотоксин в количестве не более 0,2 мл за одну процедуру (Von Krogh G, 1982).

К недостаткам подофиллотоксина относятся длительность лечения, высокая стоимость, невысокая эффективность.

5-фторурацил - является антагонистом пиримидина и нарушает синтез как клеточной, так и вирусной ДНК. Официальных препаратов фторурацила для наружного применения в России нет, но крем необходимой концентрации можно заказать в аптеке по рецепту.

По мнению Handley, et al. (1994), 5-фторурацил эффективен для лечения интравагинальных бородавок и кондилом терминальной части уретры. Для лечения интравагинальных бородавок препарат назначают 1 раз на ночь в течение недели или 1 раз в неделю в течение 10 недель (Krebs H.B, 1987). При такой схеме лечения его эффективность составляет 85-90%, но при его применении могут возникнуть побочные эффекты - мокнутие

эрозии на слизистой влажной, вплоть до развития тяжелого мокнущего контактного дерматита (Krebs H.B, 1987).

При лечении бородавок терминальное! части уретры крем вводится на ночь сразу после мочеиспускания в течение 3-8 дней. У 90-95% мужчин наступает полное излечение внутриуретральных бородавок (Dretler S.P, et al, 1975; Von Krogh G., 1976). К побочным эффектам относятся стреноз и стриктуры уретры, дизурия, изъязвления (Krebs H.B., 1987).

5-фторурацил в виде 5%-ного крема применяют для лечения бородавок аногенитальной области (Krebs H.B, 1987).

Применение 5-фторурацила, несмотря на его доступность и достаточно высокую эффективность, ограничено из-за высокой частоты возникновения побочных эффектов. Препарат противопоказан при беременности.

III. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Иммунные препараты можно применять самостоятельно или в комбинации с деструктивными методами.

Интерфероны - применяют как в качестве монотерапии, так и в комплексе с другими методами лечения, т.к. ВПЧ сохраняется в эпителиальных клетках, и использование только деструктивных методов не гарантирует от возникновения рецидивов.

Интерфероны являются эндогенными цитокинами и оказывают противовирусное, антипролиферативное и иммуномодулирующее действие. Существует 3 основных класса интерферонов: альфа-интерферон (лейкоцитарный), бета-интерферон (фибробластный) и гамма-интерферон (Т-лимфоцитарный). По данным ПЦР, при применении интерферонов в очагах поражения снижается количество вирусной ДНК, что коррелирует с клиническим улучшением или исчезновением поражений (Arapu L, et al., 1995).

Для лечения аногенитальных бородавок интерфероны применяют местно, внутриочагово и системно (подкожно, внутримышечно, внутривенно или ректально).

Невысокая эффективность наружного применения интерферонов была показана в большинстве исследований (Keay S., et al., 1988). По мнению Gross G. (1996), наличие субклинических очагов ВПЧ-инфекции и ЦИН (особенно вызванных типами ВПЧ высокого онкогенного риска) является важным показанием для наружного применения интерферонов.

При системном применении альфа-интерферона в дозе от 1,5 до 3 млн МЕ внутримышечно или подкожно через день в течение 4 недель у 11 - 100% пациентов наблюдается полное исчезновение бородавок (Gross G., et al., 1986; Zwiolek L, et al., 1989).

При системном применении интерферонов основным побочным эффектом являются гриппоподобные явления, выраженность которых зависит от полученной дозы (Handley, et

al., 1994). Для уменьшения побочных явлений можно назначить нестероидные противовоспалительные препараты.

Метод системной монотерапии интерферонами, с учетом небольшой эффективности и высокой стоимости лечения, не получил широкого распространения в клинической практике.

По данным различных авторов, наиболее эффективно внутриочаговое применение альфа- и бета-интерферонов. Такой способ лечения приводит к исчезновению от 35 до 62,5% как леченных, так и нелеченных бородавок (Corwin Vance J., et al., 1986; Reichman R.C, et al., 1988; Welanders G.E, et al., 1990).

В настоящее время на российском рынке представлен широкий выбор интерферонов как отечественных, так и зарубежных производителей - виферон, кипферон, реаферон, интрон А, роферон-А, ре-альдирон и т.д., но предпочтительнее использовать рекомбинантные, а не человеческие интерфероны.

К препаратам, зарегистрированным для лечения папилломавирусной инфекции, относятся:

виферон - рекомбинантный интерферон альфа-2b. Выпускается в виде мази, геля и суппозиториев. При папилломавирусной инфекции назначают суппозитории по 500 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 5-10 дней.

интрон А - рекомбинантный интерферон альфа-2b. Применяется системно.

роферон А - рекомбинантный интерферон альфа-2a. Назначают подкожно по 1-3 млн МЕ 3 раза в неделю в течение 1-2 месяцев.

альтевир - рекомбинантный интерферон альфа-2b. Применяется системно.

вэллферон - очищенный интерферон альфа-n1. Назначают подкожно по 5 млн МЕ ежедневно в течение 14 дней, затем 3 раза в неделю в течение 6-8 недель.

Некоторые авторы сообщают об эффективном применении индукторов интерферона в виде монотерапии.

Имихимод - низкомолекулярное производное имидазохинолинамина, является индуктором цитокинов и, в частности, альфа-интерферона (Baker D., et al, 1995; Trofatter K.E, 1997). Препарат можно использовать при лечении субклинической ВПЧ-инфекции (Gross G, 1996). Его применяют до полного исчезновения высыпаний (но не более 4 мес) в виде 5%-ного крема 3 раза в неделю либо ежедневно на ночь. В первом случае полное исчезновение кондилом наблюдается у 56%, во втором - у 71% больных (плацебо - 14%). При проведении контрольных обследований в течение 1 го да лишь у 13-19% наблюдались рецидивы (Baker D., et al., 1995; Trofatter K.E., 1997). Местные побочные эффекты: покраснение, отечность,

эрозии, чаще развивались при ежедневном применении. В России имихимод пока не зарегистрирован.

IV. КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ

Наиболее продуктивно применять интерферон или его индукторы, а также другие активаторы противовирусного иммунитета в качестве адъювантной терапии в комбинации с различными деструктивными методами, т.к. иммунные препараты повышают эффективность лечения и позволяют снизить частоту возникновения рецидивов. Комбинированная иммунотерапия позволяет добиться результатов при неэффективности других методов лечения. Существуют различные методики, основанные на применении иммунных препаратов в сочетании с криотерапией, лазеротерапией, электрокоагуляцией, солкодермом и т.д. (Thin N., 1995).

Например, в ряде работ показано, что назначение интерферонов в комбинации с лазеротерапией более эффективно, чем только лазеротерапия: полное исчезновение бородавок наблюдается у 52-81,5% и 19-61% пациентов, соответственно (Corwin Vance J., et al., 1990; Hohenleuter U., et al., 1990; Petersen C.S., et al., 1991). Дополнение терапией низкими дозами альфа-интерферона (3-4 цикла по 1-3 млн. МЕ в сутки в течение 5-7 дней, затем перерыв 3-4 недели) CO₂-лазерного иссечения повышает эффективность лечения и снижает процент рецидивов, возникающих после применения только лазеротерапии (Gross G., 1996). При удалении небольших остроконечных кондилом сочетание лазерной терапии или электрокоагуляции с местным применением геля, содержащего бета-интерферон 0,1 млн МЕ/г, 5 раз в день в течение 4 недель, эффективно предотвращает рецидивы (Gross G, 1996).

Однако применение альфа-интерферона (3 раза в неделю в течение 4 недель) после удаления всех видимых кондилом CO₂-лазером, по данным The Condylomata International Collaborative Study Group (1993), не дает каких-либо положительных результатов по сравнению с плацебо: полное излечение наступило у 18%, рецидивы возникли у 35% больных. Сочетание терапии альфа-интерфероном (3-6 курсов по 5 дней с интервалом в 2 недели) с деструктивными и/или хирургическими методами не предотвращает развитие рецидивов, возникших у 50% больных, несмотря на повышение эффективности лечения упорных, не поддающихся терапии кондилом (Hopel M.R., et al, 1992).

ИНДУКТОРЫ ЭНДОГЕННОГО ИНТЕРФЕРОНА И ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ С НЕУСТАНОВЛЕННЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ

Применяя индукторы эндогенного интерферона и других активаторов иммунитета, можно, оказывая воздействие на противовирусный иммунитет, повысить эффективность лечения. В настоящее время на российском фармацевтическом рынке представлены

иммуноактивные препараты, которые, в сочетании с различными деструктивными методами, можно применять для комбинированного лечения аногенитальных бородавок

Гепон - синтетический олигопептид, состоящий из 14 аминокислотных остатков, относится к группе иммуномодуляторов. Используется для лечения и профилактики оппортунистических инфекций, вызванных бактериями, вирусами или грибами, а также для повышения эффективности иммунной защиты от инфекций. Оказывает противовирусное действие. Гепон обладает следующими свойствами:

- вызывает продукцию альфа- и бета-интерферонов;
- мобилизует и активирует макрофаги;
- ограничивает выработку цитокинов воспаления (интерлейкинов 1,6,8 и фактора некроза опухоли);
- стимулирует продукцию антител к различным антигенам инфекционной природы;
- подавляет репликацию вирусов;
- повышает резистентность организма в отношении вирусных и бактериальных инфекций.

У больных с ослабленной иммунной системой гепон:

- увеличивает сниженное содержание CD4+ T- и NK- клеток;
- повышает функциональную активность нейтрофилов и CD8+ T-клеток, являющихся ключевыми звеньями защиты организма от бактерий, вирусов и грибов;
- усиливает выработку антител, специфичных к возбудителям оппортунистических инфекций, актуальных для данного больного;
- предупреждает развитие рецидивов оппортунистических инфекций.

Так, например, после удаления ВПЧ-поражений любым деструктивным методом назначение аппликаций гепона (от 3 до 6 аппликаций через день) на очаги позволяют ускорить процесс заживления и снижает уровень рецидивирования. Системно препарат применяют по 2 мг перорально 3 раза в неделю. Курс повторяют с интервалом в 1 неделю (Соловьев А.М, 2003).

Изопринозин (инозин пранобекс) - назначают по 50 мг/кг в 3 приема в течение 5 дней, далее с трехкратным повторением указанного курса с интервалами в 1 месяц. Дополнительно к базовой терапии назначается по 1 г 3 раза в сутки в течение 14-28 дней.

Панавир - растительный полисахарид, полученный из растения *Solanum tuberosum*. Относится к классу высокомолекулярных гексозных гликозидов сложного строения с молекулярной массой 1000 кД. После однократной инъекции панавира в 2,7-3 раза

повышается уровень лейкоцитарного интерферона, что соответствует воздействию терапевтических доз интерферона (Колобухина и соавт., 2005).

Панавир, согласно результатам исследований, оказывает цитопротективное действие, существенно снижает инфекционную активность вирусов, модулирует синтез интерферона и повышает жизнеспособность инфицированных клеток. В исследовании, проведенном Кузнецовой Ю.Н. и соавт. (2005), препарат сочетали с деструктивными методами лечения (криодеструкцией, лазерной вапоризацией). Панавир назначали по 5 мл 0,004% раствора внутривенно по 3 инъекции с интервалом 48 ч, затем 2 инъекции с интервалом 72 ч, курс - 5 инъекций, а также местно в виде геля на участки поражений, ежедневно, в течение 10-20 дней в зависимости от распространенности процесса. Комбинированное использование препарата и деструктивных методов лечения позволило увеличить межрецидивный период и снизить количество криотерапевтических процедур.

При назначении монотерапии панавиром при клинических проявлениях ВПЧ-инфекции, а также при субклиническом течении ВПЧ-инфекции отмечалось как исчезновение клинических проявлений, так и прекращение выделения ВПЧ. Панавир назначают внутривенно по 200 мкг 3 раза с интервалом 48 ч в течение первой недели и 2 раза с интервалом 72 ч в течение второй недели, курс - 5 инъекций. Для ректального применения препарат назначают в виде суппозитория с интервалом 24 ч, курс - 5-10 суппозитория. В виде геля для местного и наружного применения панавир наносят тонким слоем на пораженные участки кожи или слизистой без втирания 5 раз в сутки. Курс лечения 4-5, до 10 дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. М. А. Гомберг, д.м.н., профессор; А. М. Соловьев, к.м.н., доцент; Н. И. Чернова, к.м.н., доцент. - МГМСУ, Москва
2. Von Krogh G, Szpak E, Andersson M, et al. Self-treatment using 0.25%-0.5% podophyllotoxin ethanol solutions against penile condylomata acuminata—a placebocontrolled comparative study. *Genitourin Med* 1994;70:105–9.
3. Claesson U, Lassus A, Happonen H, et al. Topical treatment of venereal warts: a comparative open study of podophyllotoxin cream versus solution. *Int J STD & AIDS* 1996;7:429– 34.
4. Strand A, Brinkeborn R-M, Siboulet A. Topical treatment of genital warts in men, an open study of podophyllotoxin cream compared with solution. *Genitourin Med* 1995;7: 387–90.
5. Lacey CJ, Goodall RL, Tennvall GR, Maw R, Kinghorn GR, Fisk PG et al. Randomised controlled trial and economic evaluation of podophyllotoxin solution, podophyllotoxin cream,

- and podophyllin in the treatment of genital warts. *Sexually Transmitted Infections*. 2003;79:270-5.
6. Gilson RJ, Ross J, Maw R, Rowen D, Sonnex C, Lacey CJ. A multicentre, randomised, double-blind, placebo controlled study of cryotherapy versus cryotherapy and podophyllotoxin cream as treatment for external anogenital warts. *Sex Transm Inf* 2009;85:514-9
 7. Sherrard J, Riddell L. Comparison of the effectiveness of commonly used clinic-based treatments for external genital warts. *Int J STD & AIDS* 2007;18:365-8
 8. Komericki P, Akkilic-Materna M, Strimitzer T, Aberer W. Efficacy and safety of imiquimod versus podophyllotoxin in the treatment of genital warts. *Sex Transm Dis* 2011;38:216-8
 9. Godley MJ, Bradbeer CS, Gellan M, et al. Cryotherapy compared with trichloroacetic acid in treating genital warts. *Genitourin Med* 1987;63:390-2
 10. Garland SM, Waddell R, Mindel A, Denham IM, McCloskey JC. An open-label phase II pilot study investigating the optimal duration of imiquimod 5% cream for the treatment of external genital warts in women. *Int J STD & AIDS* 2006;17:448-52
 11. Schofer H, Van Ophoven A, Henke U, Lenz T, Eul A. Randomized, comparative trial on the sustained efficacy of topical imiquimod 5% cream versus conventional ablative methods in external anogenital warts. *European Journal of Dermatology* 2006;16:642-8
 12. Arican O, Guneri F, Bilgic K, Karaoglu A. Topical imiquimod 5% cream in external anogenital warts: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Dermatology* 2004;31:627-31
 13. Einarson E, Costei A, Kalra S, Rouleau M, Koren M. The use of topical 5% imiquimod during pregnancy: a case series. *Reprod Toxicol* 2006;21:1-2

УДК 616.97-08
© А.Р. Харисова, 2015

А.Р.ХАРИСОВА

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Мустафина Г.Р.

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме: Статья посвящена обзору отечественной и зарубежной медицинской литературы, отражающей современное состояние лабораторной диагностики и лечения трихомониаза.

Ключевые слова: лабораторная диагностика, урогенитальный трихомониаз.

A.R. KHARISOVA

SOME FEATURES OF LABORATORY DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TRICHOMONIASIS

Supervisor - docent, PhD Mustafina G.R.

Department of Dermatovenerology
Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Summary: The article is devoted to the review of native and foreign medical literature concerning the relevant issues of laboratory diagnostics and treatment of trichomoniasis.

Keywords: laboratory diagnostics, urogenital trichomoniasis.

Урогенитальный трихомониаз - инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является простейший одноклеточный паразит – *Trichomonas vaginalis*. У женщин местом обитания трихомонад является влагалище, у мужчин - предстательная железа и семенные пузырьки. Мочеиспускательный канал может поражаться как у мужчин, так и у женщин [5]. У человека могут обитать три вида трихомонад: *Trichomonas vaginalis* (вагинальная трихомонада), *Trichomonas tenax* (ротовая), *Trichomonas hominis* (кишечная). Однако, господствующая роль как инфекционного агента (патогена) принадлежит исключительно *Trichomonas vaginalis* [3].

По данным Минздрава Российской Федерации, Росстата: в период с 2000 года по 2013 год в России произошло снижение заболеваемости трихомониазом с 318, 1 до 81, 9 на 100 тыс. населения.

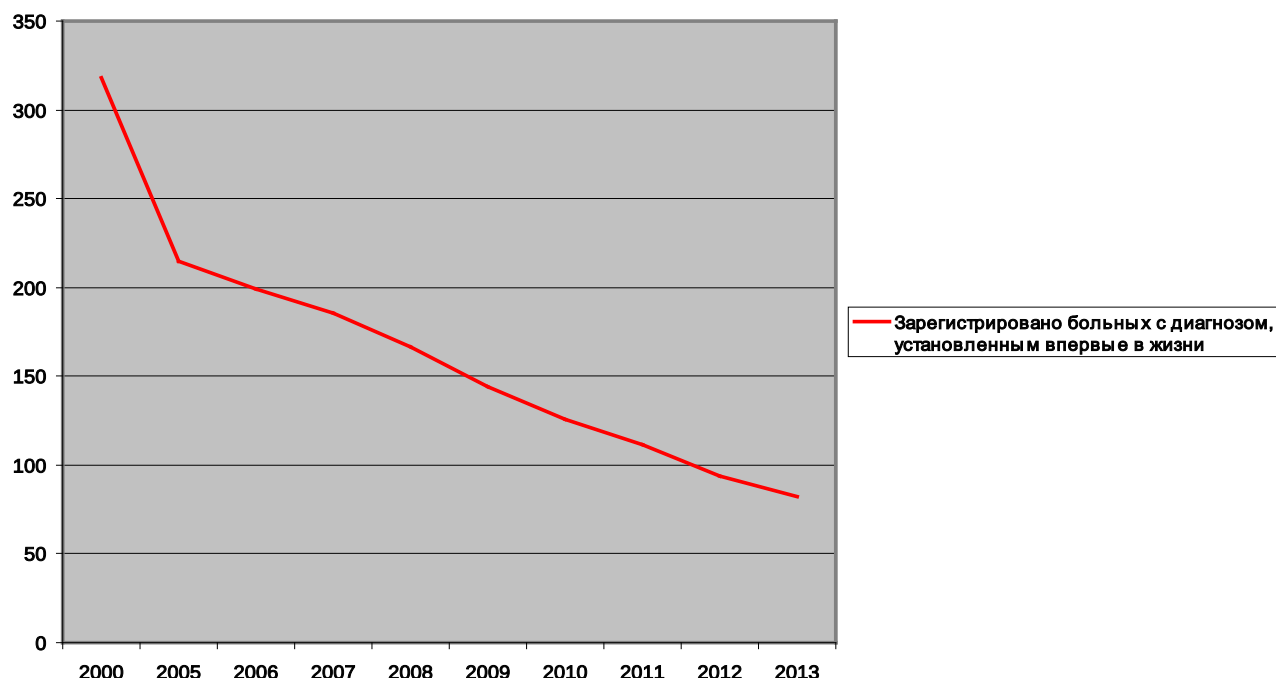


Рис 1. Динамика заболеваемости урогенитальным трихомониазом в Российской Федерации за 2000-2013 гг. (на 100 тыс. населения)

Отмечается тенденция к снижению уровня заболеваемости трихомониазом. Но в последние годы стал отмечаться рост скрытых, малосимптомных, хронических форм трихомониаза, которые, в свою очередь, затрудняют своевременную диагностику и лечение, и нередко приводят к таким осложнениям как: бесплодие; воспалительные заболевания органов малого таза у женщин; простатиты, эпидидимиты, стриктуры уретры у мужчин; преждевременный разрыв околоплодных оболочек; рождение детей с пониженной массой тела; риск возникновения рака шейки матки и передачи ВИЧ- инфекции (доказана роль *T.vaginalis* как кофактора ВИЧ-инфекции и рака шейки матки); сексуальные расстройства.

Значимость трихомонадной инфекции обусловлена еще и тем, что трихомонады могут фагоцитировать и резервировать различные патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, способствуя распространению других ИППП [4]. . Только у 10,5% больных трихомониаз протекает как моноинфекция, в остальных случаях это смешанный протозойно-бактериальный процесс [5].

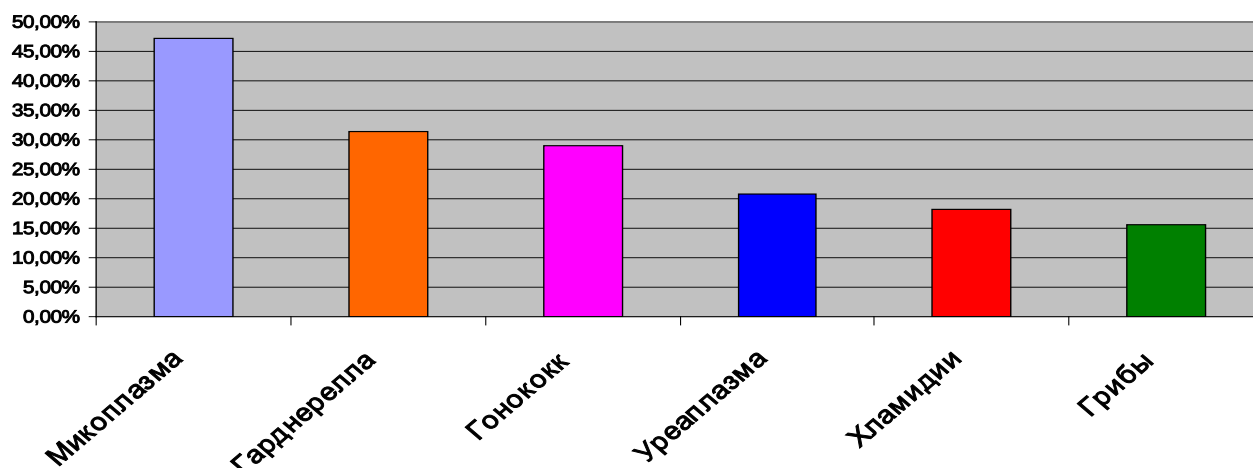


Рис. 2 Частота встречаемости трихомонады с другими инфекциями половых путей

По статистическим данным, наиболее часто влагалищная трихомонада встречается в ассоциации микоплазмами (47,3%), гарднереллами (31,4%), гонококком (29,1%), уреаплазмами (20,9%), хламидиями (18,2%), грибами (15,7%).

Стоит отметить также и то, что по статистическим данным у 10-30 % женщин и у 45-50 % мужчин наблюдается асимптомное течение заболевания [1].

Основными методами диагностики трихомониаза являются следующие методы:

- микроскопия нативного или окрашенного препарата;
- культуральный;
- ПЦР.

Микроскопический метод экономически выгоден в силу простоты и возможности одновременного просмотра мазка и на другие возбудители. При микроскопии нативного препарата (вы видите на картинке) трихомонады обнаруживаются в виде грушевидной, овальной или округлой формы по величине несколько превосходящей лейкоциты. Для подвижных форм характерны толчкообразные движения за счет жгутиков и ундулирующей мембраны, которые особенно хорошо видны при исследовании в микроскопе с темнопольным конденсором.

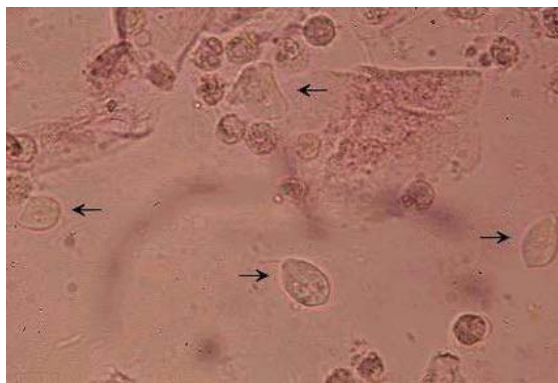


Рис 3. Нативный препарат (трихомонады показаны стрелками)

Нативный препарат необходимо исследовать в течение 10 минут после забора материала, поскольку утрачивается подвижность возбудителя, клетка округляется, и получение однозначного результата затрудняется. Необходимо также отличать подвижность *T.vaginalis* от подвижных жгутиковых представителей семейства *Bodonidae*. В целом микроскопия нативного препарата считается высокоспецифичным тестом, но имеет низкую чувствительность. Во многом это связано с высокой долей субъективизма при визуальной оценке результатов [6].

Микроскопия окрашенных препаратов несколько повышает процент выявления трихомонад по сравнению с нативными препаратами в силу того, что учитываются не только типичные жгутиковые, но и амастиготные формы (округлые, безжгутиковые, слабоподвижные и неподвижные) [7].

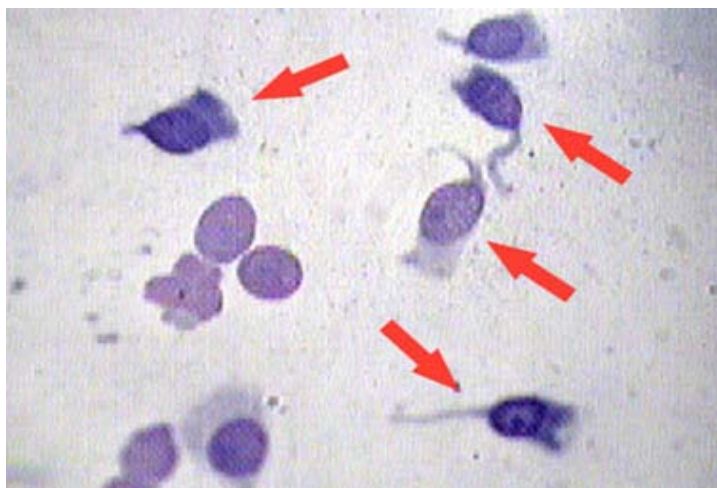


Рис 4. Мазок из уретры (окраска метиленовой синью): трихомонады показаны стрелками

В препаратах, окрашенных метиленовым синим, вы видите, трихомонады наблюдаются в виде округлой или овальной формы, расположенные в слизи между клеточными элементами. Четко просматривается оболочка паразитов, эксцентрично расположенное ядро, интенсивно окрашенное в синий цвет, протоплазма - светло-синяя,

вакуоли - бесцветные. При таком способе окраски трихомонады имеют характерный вид и хорошо распознаются.

В связи с низкой чувствительностью микроскопического метода и в соответствии с протоколом ведения больных урогенитальным трихомониазом идентификацию *T.vaginalis* следует проводить культуральным методом, считающимся, по мнению большинства исследователей, "золотым стандартом".

Неоднозначные результаты могут быть при:

- малое число *T.vaginalis*;
- их гибель при транспортировке или высеве;
- использование нестандартных питательных сред.

Вообще, культуральная диагностика трихомониаза напрямую зависит от выпускаемых питательных сред. В оптимальном алгоритме лабораторной диагностики обязательной ступенью должно быть культуральное исследование, причем с использованием качественных стандартизированных питательных сред. Этот вывод подтверждается исследованиями, проведенными в 1990 г в ЦНИКВИ, которые показали, что подавляющее число больных трихомониазом (72,8 %), как среди женщин, так и среди мужчин, были выявлены при использовании культурального метода.

Уже в 1992 Riley D. E. впервые сообщил об использовании ПЦР в диагностике трихомоноза. Согласно современным представлениям, применение метода ПЦР оправдано при диагностике латентного течения трихомоноза, для выявления *T.vaginalis* при микст-инфекции урогенитального тракта, при скрининговых исследованиях (в комплексе с микроскопическим методом), а также для контроля качества микроскопического исследования.

Обсуждая вопрос точности ПЦР-анализа, можно привести весьма показательную работу T. Cricitti et al. (2001), в которой было проведено комплексное сравнение чувствительности различных модификаций метода, отличающихся по выявляемой ДНК-мишени (праймерам). В результате уровень чувствительности ПЦР составил от 53, 2 до 87, 3 %. Возможные технические погрешности на этапах пробоподготовки при ПЦР-анализе и вероятность как ложноотрицательных, так и ложноположительных ответов могут свидетельствовать о недостаточной воспроизводимости метода и предостерегают от его излишней идеализации [6].

При обобщении данных отечественных и зарубежных авторов по диагностической чувствительности разных методов выявления трихомонад, выполненных одновременно в сравнительных исследованиях, можно заключить, что чувствительность культурального

метода составляет величину порядка 40-90 %; ПЦР – 55 – 95 % и микроскопия (влажного или окрашенного мазка) – 38 – 82 % [3].

Вот уже около шести десятилетий метронидазол используется в лечении трихомониаза и анаэробных инфекций. По литературным данным, неэффективность лечения трихомониаза метронидазолом составляет **до 44%**.

Некоторые авторы приводят более впечатляющие результаты; так, по данным дерматовенерологической клиники Новосибирского мединститута, в 1995-1996 гг. рецидивы после полноценного лечения нитроимидазолами достигали 47%.

Уже опубликованы сообщения о более чем 100 резистентных к метронидазолу штаммах из США, порядка 20 устойчивых штаммов описаны европейскими учеными, в том числе российскими.

Наиболее сложным вопросом терапии современного трихомониаза является выбор эффективного этиотропного средства. Несмотря на многочисленные публикации результатов изучения эффективности противотрихомонадной терапии, выбор конкретных препаратов на отечественном рынке остается весьма ограниченным.

Обобщение опыта отечественных и зарубежных дерматовенерологов показывает, что для более успешного лечения трихомониаза необходимо соблюдать следующие положения:

- лечить следует одновременно всех половых партнеров, даже при отсутствии клинических и лабораторных признаков заболевания;
- употребление алкоголя и половая жизнь в период лечения исключаются;
- схема лечения определяется с учетом сопутствующих соматических заболеваний, возраста и веса больного;
- тактика лечения зависит от формы течения заболевания (острый или хронический процесс), локализации воспалительного процесса и наличия смешанной инфекции, а также данных клинико-лабораторного обследования больных

По Европейскому руководству:

- у пациенток, у которых первый курс не дает эффекта, эффективным бывает второй курс стандартного лечения метронидазолом;
- перед повторным курсом метронидазола необходимо провести эмпирическое лечение эритромицином или амоксициллином для снижения уровня β -гемолитических стрептококков [4].

Заключение: Таким образом, делаем вывод, что на первом этапе выполняют микроскопию нативного мазка, которая позволяет в ряде случаев (при остром процессе)

быстро выявить живых подвижных трихомонад, при отрицательном результате нативного мазка используют культуральный метод (обладает высокой специфичностью), дополненный ПЦР (наиболее оптимально) или окрашенным мазком. Положительные результаты культурального метода и/или ПЦР оцениваются как лабораторный диагноз урогенитального трихомониаза. Более осторожно следует трактовать положительный ответ окрашенного мазка, помня о возможности ложноположительных ответов; его оценка должна проводиться с учетом клинической картины, данных обследования полового партнера. Для более успешного лечения в условиях антибиотикорезистентности необходимо соблюдать ряд положений, вышеизложенных в статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями, издательский дом деловой экспресс, 2012 г.
2. Национальное руководство по дерматовенерологии, издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2014 г.
3. Чураков А.А, Дерюгина Л.А, Блюмберг Б.И, Попков В.М, Трихомониаз-актуальные вопросы диагностики. Журнал: Современные проблемы науки и образования, выпуск №2, 2012 г.
4. Теличко И.Н. д.м.н, профессор, Проблемы терапии трихомониаза и возможные пути решения
5. Е.А.Межевитинова - ст.н.с., к.м.н., О.И.Михайлова - врач отд.Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии (директор - академик РАМН проф. В.И. Кулаков), РАМН, Москва, Трихомонадная инфекция: клиническое течение, диагностика и лечение
6. Махлай Н.С. ФГУН "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера" Роспотребнадзора, Санкт-Петербург. Лабораторные методы диагностики урогенитального трихомониаза (обзор литературы)
7. Ермоленко Д. К., Исаков В. А., Рыбалкин С. Б., Смирнова Т. С., Захаркин Ю.Ф. Урогенитальный трихомониаз: Пособие для врачей. - СПб, 2007 г.

УДК 616.972 – 053.2

© И.Ф. Магданов, А.И. Кашаева, 2015

И.Ф. МАГДАНОВ, А.И. КАШАЕВА
ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ У ДЕТЕЙ В
РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА ПЕРИОД 2012-2014 ГГ.

Научный руководитель – асс., к.м.н. О.Р.Мухамадеева

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

***Резюме:** Представлен анализ заболеваемости детей сифилисом в Республике Башкортостан в 2012-2014 гг.*

***Ключевые слова:** сифилис, заболеваемость, дети*

I.F. MAGDANOV, A.I. KASHAEVA
RATES OF SYPHILIS IN CHILDREN IN THE REPUBLIC OF
BASHKORTOSTAN IN 2012-2014

Supervisor - ass., Ph.D., O.R.Muhamadeeva

Department of Dermatovenereology
Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

***Summary:** The analysis of the incidence of children with syphilis in the Republic of Bashkortostan in 2012-2014.*

***Keywords:** syphilis, the incidence of children*

Показатели заболеваемости сифилисом в Республике Башкортостан (РБ) продолжают значительно снижаться, однако эти показатели значительно превышают показатели заболеваемости до начала эпидемии.

В 2014 году среди детей в возрасте от 0 до 17 лет было зарегистрировано 14 больных сифилисом, в 2013 году таких детей было 34 человек, в 2012г. было зарегистрировано 25 случая сифилиса среди детей в возрасте от 0 до 17 лет.

Среди детей в возрасте от 0 до 14 лет в 2014г., было зарегистрировано 3 больных сифилисом, а в 2013г., таких детей было 4 человек, в 2012г. было выявлено 5 больных сифилисом в возрасте от 0 до 14 лет.

Заражение сифилисом среди детей от 15 до 17 лет в 2014г. было выявлено 10 детей больных сифилисом, в 2013г., у 30 детей, в 2012г., больных сифилисом было 20 человек.

С Диагнозом раннего врожденного сифилиса в 2014г. составила 1 детей, в 2013г., таких детей было 4 ребенка, в 2012 г., заболеваемость ранним врожденным сифилисом было выявлено 3.

Сифилис в 2014г, среди детей было зарегистрировано на 6 административных территориях РБ из 54. Из 14 случаев сифилиса в 2014г, 8 случаев заболевания, приходится на детей в г.Уфе, а это более 60% случаев. В 2013 г. дети больные сифилисом, были зарегистрированы в 8 из 54 административных территорий РБ, в 2011г. было зарегистрировано в 7 районах. Среди переболевших сифилисом сельских жителей в возрасте от 0 до 17 лет в 2014г, было – 25 %, в 2013г. – 8%, в 2012 г. – 25% детей.

Таким образом в РБ в 2014 г. отмечается снижение заболеваемости сифилисом среди детей в возрасте от 0 до 17 лет по сравнению с предыдущими годами. Несколько снизились показатели заболеваемости как среди детей в возрасте от 0 до 14 лет, так и у детей в возрасте от 15 до 17 лет. Среди больных сифилисом детей преобладают городские дети. За 2013-2014 гг. Отмечается снижение показателей заболеваемости сифилисом у детей в РБ , однако за 2012 – 2013 гг. Отмечается рост показателей заболеваемости сифилисом с отношением: 1 – 3 - 2 (2014 – 2013 – 2012) .Полученные показатели динамического изменения заболеваемости у детей сифилисом требуют дальнейшего анализа и установления причин такой динамики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет главного внештатного дерматовенеролога МЗ РБ, 2014 г.

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Редакция журнала руководствуется положениями "Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы".

Статья должна быть представлена в редакцию (на адрес электронной почты: vestnikbgmu@gmail.com) в электронном виде в документе winword любой версии.

Оригинальные статьи должны быть построены по традиционному принципу для мировой научной периодики и структурированы по плану: актуальность, цель работы, материалы и методы, результаты и обсуждение, завершаться выводами.

Титульная страница должна содержать: УДК статьи, инициалы и фамилию автора (авторов), название статьи. Название организации представившей статью для публикации на русском и английском языках. Дополнительно отдельно необходимо представить фамилию, имя, отчество (полностью) авторов, с указанием должности, ученой степени, звания, места работы и адреса организации. Обязательно необходимо указать автора (фамилия, имя, отчество) ответственного за контакты с редакцией, его телефон и адрес электронной почты.

Краткое резюме на русском языке отражающее основную цель исследования и его результат, ключевые слова (не более пяти)

На английском языке: название статьи, инициалы и фамилии авторов, название организации, резюме и ключевые слова.

Текст статьи, напечатанным шрифтом Times New Roman, 12 кеглем, через 1,5 интервала, поля 2,0 без переноса. Рекомендуемый объем статьи, включая таблицы, рисунки, литературу и аннотацию до 15 страниц формата А4. Все страницы должны быть пронумерованы.

Текст статьи, все приведенные цитаты должны быть автором тщательно выверены, проверены по первоисточникам. Цитируемая литература приводится в конце статьи на отдельном листе. Список литературы печатается в алфавитном порядке, сначала - русские, затем зарубежные авторы, согласно ГОСТ Р 7.0.5-2008. В тексте ссылки даются в квадратных скобках (если ссылка на несколько источников - то через запятую без пробелов) в соответствии с номером в списке литературы.

Следует использовать только общепринятые сокращения. Не следует применять сокращения в названии статьи. Полный термин, вместо которого вводится сокращение, следует расшифровать при первом упоминании его в тексте. Не требуется расшифровки стандартных единиц измерения и символов.

Таблицы должны иметь порядковый номер расположенный в правом верхнем углу, название таблицы. Рекомендуется представлять наглядные, компактные таблицы. Все числа в таблицах должны быть выверены и соответствовать числам в статье.

При использовании результатов статистического анализа данных обязательным условием является указанием использованного программного пакета и его версии, названий статистических методов, приведение описательных методов статистики и точных уровней значимости при проверке статистических гипотез. Для основных результатов исследования рекомендуется рассчитывать доверительные интервалы.

Единицы измерения физических величин должны представляться в единицах Международной метрической системы единиц- СИ.

Рисунки и диаграммы должны представляться отдельными графическими файлами в форматах bmp, jpg, tiff с указанием названия рисунка/диаграммы, его порядковым номером с разрешением не менее 300 dpi. В статье необходимо указывать место положения рисунка/диаграммы.

Все статьи, поступающие в редакцию проходят многоступенчатое рецензирование, замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. После получения рецензий и ответов автора редколлегия принимает решение о публикации статьи.

Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин. Очередность публикаций устанавливается в соответствии с редакционным планом издания журнала.

Редакция оставляет за собой право сокращать, редактировать материалы статьи независимо от их объема, включая изменения названия статей, терминов и определений. Небольшие исправления стилистического, номенклатурного или формального характера вносятся в статью без согласования с автором. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки к публикации, датой поступления считается день поступления окончательного текста.

Публикация статей в журнале бесплатная.

Направление в редакцию статей, которые уже посланы в другие журналы или напечатаны в них, не допускается.

Номера выходят по мере накопления статей, планируемая частота выхода - 6 номеров в год.