

**III ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ**

**ТЕЗИСЫ
НАУЧНЫХ РАБОТ**

*27 - 30 октября
2009 г.*

5. УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЛАВОМАКС В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

АЛЬ-САБУНЧИ Т.В., КУБЫЛИНСКИЙ А.А., УДЖУХУВ.Ю.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва

Целью нашей работы являлась оптимизация терапии больных генитальным герпесом (ГГ). В исследование было включено 58 мужчин с ГГ в возрасте от 19 до 59 лет. Первую группу составили 24 пациента, получавшие ацикловир и лавомакс. Ацикловир — по общепринятой схеме и лавомакс — первые двое суток по 125 мг (1 таблетка), затем через 48 часов по 125 мг. Доза на курс — 2,5 г. Вторую группу составили 22 пациента, получавшие только лавомакс, и третью группу составили 12 больных, которым проводилась монотерапия ацикловиром.

Наиболее быстрый регресс клинических проявлений ГГ наблюдался у пациентов, получавших комплексную терапию с применением ацикловира и лавомакса. Уже в первые сутки лечения больные отмечали исчезновение зуда и жжения в области очагов поражения, также значительно снизились слабость и недомогание. В этот же период прекращалось возникновение свежих везикул и значительно уменьшалась яркость воспалительных пятен. В последующие 2-3 дня наблюдалась эпителизация многочисленных эрозивных дефектов и отторжение корочек. Среднее значение интенсивности клинических проявлений ГГ у больных, получавших ацикловир и лавомакс, на 10-й день терапии уменьшилось более чем в 12 раз, а у больных пролеченных ацикловиром, — лишь в 4,5 раза.

На протяжении последующих 6 месяцев ни у одного больного из 1-й группы рецидивов заболевания отмечено не было. У больных же из групп наблюдения 2 и 3 в ближайшие 2 месяца наблюдались рецидивы заболевания, при этом частота рецидива достигала у некоторых из них 3-4 в год.

Основываясь на результатах проведенного исследования, можно заключить, что:

1. Комплексное применение ацикловира и лавомакса является высокоэффективным патогенетически обоснованным методом лечения больных с генитальным герпесом.

2. Комплексный метод лечения приводит к выраженному сокращению частоты и длительности рецидивов генитального герпеса, при этом не имеет серьезных побочных эффектов.

ВЛИЯНИЕ ЛАВОМАКСА НА ИНТЕРФЕРОНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

АЛЬ-САБУНЧИ Т. В.

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава, г. Москва

Наша работа посвящена изучению влияния лавомакса на систему интерферонов больных генитальным герпесом (ГГ).

Группу наблюдения составил 51 пациент в возрасте от 19 до 59 лет с различными клиническими разновидностями ГГ, которые получали терапию лавомаксом.

В процессе применения лавомакса у больных наблюдалось статистически достоверное повышение средних уровней сывороточного интерферона (ИФН) соответственно до $5,4 \pm 0,6$ Е/мл и $5,0 \pm 0,6$ Е/мл при норме — $5,2 \pm 0,6$ Е/мл. При этом титр ИФН при спонтанной интерфероновой реакции лейкоцитов у больных с генитальным герпесом уменьшился и статистически достоверно не отличался от аналогичных показателей у здоровых доноров.

Наиболее выраженные изменения возникли в индуцированной продукции лейкоцитами IFN- α , IFN- α /p и IFN- γ . Воспроизводство IFN- α в процессе индукции вирусом болезни Ньюкасла (ББН) значительно повысилось и составило в среднем по группе ГГ $-75,3 \pm 1,4$ Е/мл при $32,4 \pm 0,6$ Е/мл — в исходном фоне. Показатели титров IFN- α /p в ответ на введение индуктора IFN — циклофероа свидетельствовали о значительном повышении порога чувствительности к нему по сравнению с таковой у больных герпесом до лечения $33,8 \pm 1,1$ Е/мл и $58,6 \pm 1,4$ Е/мл соответственно. Продукция IFN- γ лейкоцитами на введение ФГА в процессе применения лавомакса у больных с различной тяжестью течения ГГ значительно выросла и почти достигла аналогичных показателей в контрольной группе и составила $32,4 \pm 4,0$ Е/мл при $34,3 \pm 4,3$ Е/мл у здоровых доноров.

Выводы:

Лавомакс нормализует состояние системы интерферона у больных с генитальным герпесом.

Влияние лавомакса на иммунный статус свидетельствует о возможности и целесообразности его использования при различных заболеваниях инфекционной и неинфекционной природы, сопровождающихся иммунодефицитными состояниями.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКИМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ

АНДРЕЙЧЕВ В.В., ГРИЦЕНКО В.А.

ММУЗ Муниципальная городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова, г. Оренбург;
Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, г. Оренбург

Урогенитальный трихомониаз (УГТ) остается лидером среди инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), регистрируясь в России с частотой около 200 случаев на 100 тыс. населения (Кубанова А.А., 2008). У мужчин нередко он протекает как хроническая маломанифестная микст-инфекция, что затрудняет диагностику заболевания и, как следствие, отдаляет назначение необходимого лечения (Фриго Н.В. с соавт., 2008).

Цель работы: Анализ особенностей микроэкологического статуса репродуктивного тракта у мужчин с хроническим урогенитальным трихомониазом.

Материалы и методы: У 50 мужчин в возрасте 18-45 лет с хроническим УГТ, у которых в урогенитальном тракте обнаружена *Trichomonas vaginalis*, проведено исследование по принятым алгоритмам (Дмитриев Г.А., Сюч Н.И., 2005; Дмитриев Г.А.,

2007) для выявления других возбудителей ИППП (гонококки, хламидии, уреаплазмы, микоплазмы) и потенциально патогенной микрофлоры. Данные статистически обработаны (Лакин Г.Ф., 1990).

Результаты исследования: При микроскопии окрашенных по Граму мазков отделяемого уретры и эякулята от 50 больных трихомонады обнаружены в $42,0 \pm 7,1\%$ случаях, в то время как при культуральной диагностике *T. vaginalis* регистрировались у всех пациентов, причем простейшие высевались из уретры и эякулята — у $56,0 \pm 7,1\%$, только из уретры — у $26,0 \pm 6,3\%$ и только из эякулята — у $18,0 \pm 5,5\%$ мужчин. У $22,0 \pm 5,9\%$ пациентов УГТ протекал как моно-инфекция, у остальных регистрировалась би- или поликомпонентная микст-инфекция: хламидии выявлены у $64,0 \pm 6,9\%$ мужчин, уреаплазмы, микоплазмы и гонококки — в $16,0 \pm 5,2$; $6,0 \pm 3,4$ и $4,0 \pm 2,8\%$ случаях соответственно. Кроме того, из уретры и эякулята обследованных больных нередко ($48,0 \pm 7,1$ и $20,0 \pm 7,0\%$ соответственно) высевалась смешанная неспецифическая микрофлора в высоком титре (больше 10^4 КОЕ/мл), в структуре которой доминировали грампозитивные кокки (в основном коагулазонегативные стафилококки) и энтеробактерии (эшерихии), обладающие комплексом вирулентных и персистентных характеристик (гемолитическая и антилизотическая активности, устойчивость к тромбо- и лейкодефенинам).

Заключение: У мужчин с хроническим УГТ в репродуктивном тракте наблюдаются выраженные микробиологические нарушения, ассоциированные с наличием в уретре и простатовезикулярном комплексе не только других возбудителей ИППП, но и потенциально патогенной микрофлоры, что необходимо учитывать как при всесторонней диагностике данного заболевания, так и при проведении адекватной этиотропной терапии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНОЗА У ЖЕНЩИН

АФАНАСЬЕВА И.Г., КУЗНЕЦОВА Н.П., ЕНЫЛИНА И.Н., ЧАЩИНА Ю., БЕРДНИКОВА Н.Е.

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Введение: Урогенитальный трихомоноз (УГТ) является наиболее распространенной ИППП и прочно занимает лидирующую позицию. Особую актуальность и социальную значимость проблеме придают тяжелые последствия в виде бесплодия, патологии беременности, родов, новорожденного, неполноценного потомства и т. д.

Цель исследования: Изучить особенности клинического течения УГТ.

Материалы и методы: Нами были обследованы 674 пациентки с диагнозом УГТ. Возраст пациенток варьировал от 19 до 56 лет. Методом верификации УГТ служил метод микроскопии фиксированного и окрашенного мазка метиленовым синим по Леффлеру.

Результаты: 30,1% обследованных отмечали жалобы на выделения, зуд, дискомфорт, боли, дизурию. Остальные пациентки (69,9%) жалоб не предъявляли, и диагноз был установлен только при обследовании. Из клинических признаков были отмечены: гиперемия вульвы, вагины, шейки матки (29,1%); обильные слизисто-гнойные выделения из цервикального канала (23,1%); пенные, зеленые, жидкие выделения во влагалище (10,1%); беловатые выделения во влагалище (39,2%); контактная кровоточивость цервикального канала (25,8%); эктоцервицит (29,1%, из них симптом «клубники» — 7,6%); ovuli Nabothi (33,2%); полип шейки матки (3,7%). У % больных УГТ носил асимптомный или малосимптомный характер. Выявление трихомонад у большинства обследуемых с такой клинической картиной проводилось в последние дни месячных. Такая высокая выявляемость возбудителя в этот период связана скорее всего с тем, что: 1) при менструации происходит изменение pH влагалища в щелочную сторону (это является оптимальным условием для размножения возбудителя); 2) при менструации отмечается дефицит лактобактерий и усиление роста анаэробных бактерий; 3) для репродукции трихомонад очень важны органические и неорганические вещества (липиды, жирные кислоты, аминокислоты, следы металлов) — все они содержатся в сыворотке крови; 4) менструальная кровь является богатым источником ионов железа, которые в больших концентрациях находятся в трихомонаде и являются фактором защиты — способствуют разрушению C_3 компонента комплемента, чем препятствуют комплемент-зависимому лизису.

Выводы: Процесс размножения трихомонад активизируется менструацией, и взятие материала у женщин в этот период значительно повышает выявляемость этой инфекции. Особенности клинической картины является уменьшение остроты симптомов, что обуславливает асимптомное и малосимптомное течение заболевания.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, ВАРИАНТЫ РЕШЕНИЯ

БАТЫРШИНА С.В., ЮНУСОВА Е.И., КОРЧАГИНА О.В.

ГОУ ДПО КГМА, г. Казань

Урогенитальный хламидиоз (УГХ) продолжает оставаться частой причиной хронических воспалительных заболеваний органов полости малого таза, синдрома хронической тазовой боли, развития гнойно-септических осложнений и нарушений репродуктивного здоровья, неудачных попыток при проведении программ вспомогательной репродукции, внутриутробного инфицирования плода. Кроме того, УГХ нередко сочетается с эндометриозными гетеротопиями в стенке матки, брюшной полости, яичниках и других локусах. Отмечена также корреляция его с пролиферативными процессами урогенитального тракта. Реабилитация урогенитального здоровья женщин, больных УГХ, достаточно сложная задача.

Тактика терапии больных УГХ определяется несколькими параметрами, главными из которых следует считать клинический вариант заболевания и состояние иммунного статуса организма, обеспечивающего или полноценный, своевременный иммунный ответ, или медленный, лишь поддерживающий состояние персистенции.

Особенности сложного строения и многоэтапного цикла развития возбудителя, одновременное существование его в нескольких формах как отвечающих на антибактериальную терапию (ретикулярные тельца), так и не реагирующих на неё (все другие формы), обосновывают необходимость проведения качественной патогенетической терапии, обеспечивающей полноценную эрадикацию возбудителя.

Наша методика терапии женщин, больных УГХ, включает назначение вильпрафена по 500 мг 3 раза в день в течение 7-10 дней при неосложненном и 14-21 день — при осложненном инфекционном процессе, при параллельном, за 5-6 дней до мenses бетатапейкина, вводимого подкожно ежедневно в течение 5 дней из расчета по 7-8 нг/кг/сутки.