

ала отырып жүргізілді. Иммунологиялық зерттеулер барысында иммунды жүйеде бірқатар реактивті өзгешеліктер байқалды оның өзгешілігі жетілген Т-лимфоциттердің (СД3+) салыстырмалы түрде мөлшері төмендейді, Т-хелперлер СД3+СД4+, киллер жасушалары (СД3+, СД16+, СД56+) және Т-цитотоксикалық лимфоциттердің (СД3+, СД8+) мөлшері жоғарылады. Бақылау тобындағы аурулардың, айтарлықтай өзгерістері тіркелмейді. Нақты өсуі анықталмаса да, ем қабылдағаннан кейін, жалпы Т-лимфоциттердің (СД3+) оңтайлы өсуі бақыланды. Т-хелперлердің (СД3+, СД4+) мөлшері ем қабылдағаннан кейін көтерілсе де, қалыптағы жағдайдағыдан төменірек болады. Ал құрамындағы цитотоксикалық Т-лимфоциттердің (СД3+, СД8+) жоғарғы мөлшері сақталды. Иммунореттелу индексында айтарлықтай белгілері білінбеді. Одан басқа, берілген топтағы ауруларда СД19+ лимфоциті мен СД16+ лимфоцитінің төмендеуі тіркелді.

Екі топтағы науқастарда емді жақсы қабылдады, ешқандай кері әсерлері байқалмады. Вирусты инфекция емі аяқталғаннан кейін, орташа 1ай-дан соң, бақылаушы топтағы науқастарда клиникалық жақсару көрсеткіштері оң серрологиялық нәтижемен көрініс берді.

Қанның ВПГ антиденелеріне спецификалық қорытынды зерттеулері көрсетті: негізгі топтың 12 науқасында Ig-M- жоқтығы анықталды, Ig-G классының антиденелерінің титрының төмендеуі 9 науқаста байқалды. Бақылау тобындағы 8-науқаста Ig-M- төмендеуі байқалды. М-классындағы антиденелердің негитивациясы 11науқаста байқалды. 3 науқаста G классының антиденелерінің титры жоғарылады.

Зерттелуші топтағы 2 науқаста Ig-G классының антиденелерінің титрының төмендеуі байқалды.

Біз алған мәліметтер бойынша ронколейкин жыныстық ұшыққа қарсы кешенді емде жоғары нәтижелі иммуностимулятор. Препарат асқыну тудырмайды және науқастар жақсы қабылдады және осы патологияда кеңінен қолдануға ұсынуға болады.

Әдебиеттер:

1. Борисетов К.К. Генитальный герпес. Бюллетень для врачей и фармацевтов. – 1999; 1(21): 3- 11
2. Beutner K.R., Broun Z.A. , Cates W.I. et al. Genital herpes: A Clinicians Guide to Diagnosis and Treatment. JAMA 1997; 40.
3. Гладько О.В. Оптимизация терапии рецидивирующего генитального герпеса// Автореф. Дис.к.м.н. – Санкт – Петербург. 2003. – С.22.
4. Кузовкова Т.В. Клинико–иммунологическая характеристика больных генитальным герпесом клинической и субклинической формами. (Вопросы терапии, профилактики рецидивов) // Автореф. дис. к.м.н. – Екатеринбург. 2000 - С.22.
5. Наби–Заде К.Т. Генитальный герпес. // Инфекции, передаваемые половым путем. 2002. №5. - С.28 – 30.
6. Киселев О.И., Покровский В.В., Юрин О.Г. Практическое руководство. – М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. 2002. С.91.
7. Кубанова А.А. Герпетическая инфекция: особенности течения, диагностика. // Вестник дерматологии. 2000. - №3.- С.10 – 16.
8. Чигвинцева Е.А. и др. Лабораторная идентификация различных типов семейства Herpesviridae и алгоритмы диагностического обследования при генитальном герпесе: Пособие для врачей – Екатеринбург. 2005. - С.28.

УДК 616.974-07

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Н.Е. Аукунов

Государственный медицинский университет города Семей

Резюме

Автором был улучшен микроскопический метод диагностики урогенитального хламидиоза, путем добавления 2% ДМСО, позволивший увеличить чувствительность метода до 30%.

Түжірім

ХЛАМИДИЯ ЖҰҚПАЛЫ АУРУЫНЫҢ ЗЕРТХАНАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

Н.Е. Аукунов

Урогенитальды хламидиозды диагностикасында микроскопиялық әдіс 2% косу жолымен ДМСО, сезімталды әдісті 30% жоғарлату мүмкіндігін авторлармен жетілдірді.

Summary

LABORATORY DIAGNOSTICS CHLAMYDIA INFECTIONS

N.E. Aukenov

Author had been improved a microscopic method of diagnostics urogenital chlamydiosis, by addition of 2 % DMSO, allowed to increase sensitivity of a method to 30 %.

Хламидийная инфекция за последнее время приобрела широкое распространение во всем мире. По данным ВОЗ (1) в мире ежегодно регистрируется около 90 млн. новых случаев урогенитального хламидиоза (УХ). В России уровень инфицированности среди дееспособного населения составляет 18,6% (2). Этот показатель значительно повышается при обследовании групп риска в частности, у пациентов кожно-венерологических учреждений, которые встречаются в 25-50% случаев(3), в гинекологии у 23-45% больных (4). В Казахстане выяв-

ляемость среди обратившихся в кожен. учреждения составляет 31,6%, среди больных с отягощенным акушерским анамнезом частота выявления УХ составляет - 43,4% (5).

В связи с этим актуален вопрос об совершенствовании скрининговых методов диагностики хламидийной инфекции. Недорогим, простым и быстрым в исполнении является микроскопический метод диагностики УХ, заключающийся в обнаружении в мазках окрашенных по

Романовскому-Гимза цитоплазматических включений, образуемых *Ch. trachomatis* в эпителиальных клетках (6).

Целью настоящего исследования явилось сравнения чувствительности двух микроскопических методов диагностики урогенитального хламидиоза.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были 32 больных, обратившихся с жалобами в венерологический кабинет Семейского городского кожно-вендиспансера. Среди них 21 мужчина (65,6%) и 11 женщин (34,4%). По возрастным группам они распределились следующим образом: в возрасте от 18 лет до 30 лет обратилось 21 (65,6%), старше 30 лет 11 (34,4%) человек. У большинства из них (78%) были воспалительные изменения урогенитального тракта: кольпиты, циститы, пиелонефриты, аднекситы, уретриты, простатиты.

Материалом для анализа служили соскобы с уретры и цервикального канала у женщин. Один мазок окрашивался по Граму, второй по Май-Грюнвальду-Романовскому-Гимзе, третий по Папенгейму (Май-Грюнвальду-Романовскому-Гимзе) в нашей модификации с добавлением 2% диметилсульфоксида (ДМСО). Применение ДМСО основано на его способности проникать через биологические мембраны, клетки и клеточных структур.

Таблица №1.

Показатель	Метод окраски по Май-Грюнвальда-Романовскому Гимза	Метод окраски по Май-Грюнвальда-Романовскому Гимза+2% ДМСО
Кол-во обследован. больных	32	32
Кол-во полож. результатов	3	9
% выявляемости	9,4	28,1

Таким образом, данные настоящего исследования показали высокую степень информативности предложенного нами метода микроскопической диагностики хламидийной инфекции. По нашему мнению, с учетом доступности, небольших материальных затрат, легкости выполнения модифицированный микроскопический метод – окраска по Май-Грюнвальду-Романовскому-Гимза с добавлением 2% ДМСО – может быть использован в качестве предварительного на первичном этапе диагностики урогенитального хламидиоза и отбора больных, которым в последующем показаны более специфические методы исследования.

Литература:

1. Заболевания, передаваемые половым путем. Пресс-релиз. ВОЗ. 25.05.1995. Заболевания, передаваемые половым путем. М 1995; 5 81-82.
2. Хрянин А.А., Решетников О.В., Кривенчук Н.А. Эпидемиология хламидийной инфекции в крупном про-

При микроскопии наблюдали клетки цилиндрического эпителия, содержащие специфические цитоплазматические включения (Хальберштеттера-Провачека) в виде элементарных телец розового цвета, ретикулярных телец синего цвета, ядра были бордового, цитоплазма голубого цвета при окрашивании по Романовскому-Гимзе. Верификацию диагноза проводили также в ИФА и ПЦР методами. Весь биоматериал во время исследования нами собирался тщательно, и количество было достаточным для проведения анализа.

При исследовании мазков, окрашенных по Май-Грюнвальду-Романовскому-Гимза, цитоплазматические включения были выявлены у 9,4% обследуемых (n=3), и у 28,1% (n=9) при окраске мазков по Май-Грюнвальду-Романовскому-Гимза в нашей модификации с добавлением 2% ДМСО. У всех 9 больных диагноз микроскопически был подтвержден другими дополнительными методами диагностики хламидиоза. В 100% случаях были обнаружены специфические изменения характерные для урогенитального хламидиоза при исследовании мазков методом ПИФ.

Частота выявления хламидий в зависимости от метода диагностики при использовании различных методов окраски представлены в таблице №1:

мышленном центре Западной Сибири, Вестник дерматологии и венерологии 2001;1:54-57.

3. Редько И.И. Сравнительная характеристика прямых микроскопических методов лабораторной диагностики хламидийной инфекции у новорожденных детей. Клиническая лабораторная диагностика, №8, 1999г. - С.34-35

4. Ниармедик (НИИ ЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН). Руководство для врачей. М 1996; - С. 4-6.

5. Нурушева С.М., Акышбаева К.С., Котлерова Т.Н. и др. Факторы относительного риска развития хламидийной инфекции //Сборник Проблемы инфекции в акушерстве, гинекологии, дерматовенерологии и урологии» Алматы 1998. - С.178-182.

6. Цинзерлинг А.В., Шастина Г.В., Ветров В.В., Цитологическое исследование мазков из уретры и эндоцервикса для диагностики инфекции. Вестник Акушерства и гинекологии 1991 №4. - С.65-68.

УДК 616.974-055.2

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН

Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина
КГКП «Павлодарский областной кожно-венерологический диспансер», г. Павлодар

Тұжырым

ӘЙЕЛ АДАМДАРДЫҢ ХЛАМИДИЯЛЫҚ ЖҰҚПРАЛАРЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ

Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина

Хламидиоз – жыныстық жолмен таралатын жұқпалардың ең таралған дерт. Әлемде жыл сайын 90 млн. адам хламидиоз ауруына шалдығады. Жыныс жолдардың төменгі бөліктерінің барлық қынап қабыну жұқпалары оның үлесінің ½ келеді. Хламидиялық жұқпа процесінің клиникалық бейнесі жасырын азыммен және белгілерінің аз

болуымен сипатталады. Бірегей циклі дамуының және жасуша ішіндегі паразитизм салдарынан хламидиоз созылмалы түрге көшіп, бедеулік сияқты асқынуларға әкеп соқтыруы мүмкін.

Summary

CLINICAL MANIFESTATIONS OF CHLAMYDIA INFECTIONS IN WOMEN

G.V. Baisekenova, S.B. Sarsembayeva, L.K. Kalikova, S.V. Golovanev, E.S. Shilkina

Chlamydia is one of the most widespread diseases, sexually transmitted infections. Every year in the world suffered from chlamydial infection of about 90 million people. It accounts for up to 1/2 of all vulvovaginal'nyh of the lower genital tract infections Division. The clinical picture is characterised by a secretive process of infectious hlamidijного and malosimptomnost'û. Because of the unique development cycle and intracellular parasitism Chlamydia has a tendency to chronic diseases and complications such as infertility.

Хламидии - мелкие грамтрицательные, неподвижные, облигатно паразитические бактерии, ретикулярные тельца (РТ) которых могут быть разнообразной формы – овальной, полулунной, в виде биполярных палочек и коккобацилл и имеют размер от 300 до 1000 нм, а элементарные тельца (ЭТ) овальной формы могут иметь размер в диаметре 250 – 500 нм. ЭТ хламидий обладают инфекционными свойствами, антигеноактивны, способны проникать в чувствительную клетку, где и происходит уникальный цикл развития хламидий. Предшествующие ЭТ хламидий более крупные РТ не имеют постоянного размера и структуры. У них нет нуклеоида. Их еще называют “незрелыми” или вегетативными частицами. Они не обладают инфекционными свойствами. Размножаются хламидии только внутри связанных с мембраной вакуолей в цитоплазме клеток человека, млекопитающих и птиц. Размножение происходит в ходе уникального цикла развития, состоящего в превращении мелких форм ЭТ в более крупные РТ, которые претерпевают деление. Хламидии патогенны.

Цикл развития хламидий:

- 1.Адсорбция элементарного тельца;
2. Проникновение элементарного тельца в клетку;
3. Реорганизация элементарного тельца в ретикулярное тельце;
4. Деление ретикулярного тельца;
5. Созревание ретикулярных телец в элементарные;
6. Накопление ретикулярных телец в эндосоме;
7. Выход хламидий из клетки.

На первом этапе инфекционного процесса происходит адсорбция ЭТ хламидий на плазмалемме чувствительной клетки хозяина при участии электростатических сил. Внедрение хламидий в клетку происходит путем эндоцитоза. Участки плазмалеммы с адсорбированными на них ЭТ инвагинируются в цитоплазму с образованием фагоцитарных вакуолей. Этот этап занимает 7-10 часов. Далее, на втором этапе, в течение 6-8 часов происходит реорганизация инфекционных ЭТ в метаболически активные неинфекционные, вегетативные, внутриклеточные формы - РТ, способные к росту и делению. Эти внутриклеточные формы, представляющие собой микроколонии, называют хламидийными включениями - тельцами Гальбершtedтера-Провачека. В течение 18-24 часов развития они локализованы в цитоплазматическом пузырьке, образованном из мембраны клетки хозяина. Во включении может содержаться от 100 до 500 ЭТ хламидий. На следующем этапе, в течение 36-42 часов происходит процесс созревания, через переходные (промежуточные тельца), и трансформации РТ путем деления в ЭТ. ЭТ путем разрушения инфицированной клетки выходят из нее. Этим заканчивается жизненный цикл хламидий. Освободившиеся ЭТ, и находящиеся внеклеточно, через 48-72 часа снова проникают в новые клетки хозяина, и начинается новый цикл развития хламидий. В случае возникновения неблагоприятных метаболических условий этот процесс может затягиваться на более длительный период. В случае бессимптомного течения хламидийной инфекции происходит высвобождение ЭТ из инфицированной клетки через узкий ободок цито-

плазмы. При этом клетка может сохранять свою жизнеспособность.

Контингенты лиц, которые подлежат исследованию на хламидиоз согласно рекомендациям ВОЗ:

1. Хронические воспалительные заболевания мочеполовой системы
2. Акушерско-гинекологическая патология
3. Беременность
4. Псевдоэрозия шейки матки и др.
5. Реактивный артрит
6. Хронический конъюнктивит
7. Атипичная пневмония
8. Лихорадка неясного генеза
9. Нарушения менструального цикла
10. Самопроизвольные и искусственные аборты
11. Лечебные и диагностические выскабливания слизистой оболочки шейки матки и тела матки
12. Введение и удаление внутриматочных контрацептивов и другие внутриматочные вмешательства
13. Хронический цистит
14. Новорожденные при наличии диагностированной хламидийной инфекции у матери
15. Патология периода новорожденности
16. Наличие ИППП
17. Половые контакты с лицами, инфицированными хламидиями
18. Частая смена половых партнеров
19. Декретированный контингент

Хламидийная инфекция у женщин может протекать от бессимптомного носительства до серьезных проявлений инфекции, в виде: уретрита, цервицита, эндометрита, сальпингита, перигепатита, бартолинита, конъюнктивита, в виде системного поражения или синдрома Рейтера. После проникновения в организм женщины при незащищенном половом контакте, хламидия располагается в уретре, влагалище и шейке матки. Хламидии способны прикрепляться к сперматозоидам, используя моторные функции сперматозоидов в качестве транспортных средств. Далее инфекция распространяется через полость матки в фаллопиевые трубы, где и вызывает проявления ВЗОМТ и их осложнения. Затем инфекция может диссеминировать в печень. Аутоиммунные процессы вызывают реактивный артрит.

Согласно МКБ-10, выделяют следующие клинические формы урогенитального хламидиоза:

- A56.0 Хламидийные инфекции НОМПП
- A56.1 Хламидийные инфекции ВОМПП
- A56.2 Хламидийная инфекция мочеполового тракта, неуточненная
- Хламидийная инфекция аноректальной области
- Хламидийный фарингит
- Хламидийные инфекции, передающиеся половым путем, другой локализации.

Уретрит - характеризуется симптомами дизурии, без гематурии, в мазке из уретры лейкоцитов более 10 в поле зрения.

Слизисто-гнойный цервицит – это наиболее частое проявление хламидийной инфекции. Основные симптомы в виде обильных гнойных или слизисто-

гнозных выделений, видимых в цервикальном канале или на тампоне при эндоцервикальном исследовании (эндоцервицит). Эндоцервикальный канал выстлан однослойным цилиндрическим эпителием. Крипты эндоцервикального канала вырабатывают секрет, который защелачивает среду в просвете канала и, тем самым, создаются оптимальные условия для жизнедеятельности хламидий и любых других инфекционных агентов. Хламидийный эндоцервицит диагностируется у 12-60% женщин с ЗППП и у 9-48% женщин с гинекологическими заболеваниями. Только у трети женщин наблюдаются клинические признаки инфекции. Выделение хламидий из цервикального канала шейки матки в 84% случаев сопровождается появлением слизистых выделений. При наличии смешанной инфекции выделения приобретают мутно-слизистый или слизисто-гноевой характер. Отдельно выделяют эктоцервицит. Поражение эктоцервикса слизистой оболочки, преддверия и влагалища хламидиями нехарактерно. Влагалище и влагалищная порция шейки матки в норме имеют слабощелочную реакцию среды, выстланы функционально активным многослойным плоским эпителием, который хорошо защищен от внедрения инфекционных агентов. В то же время физиологические или патологические изменения многослойного плоского эпителия, приводящие к снижению его защитных свойств – детский возраст, беременность, менопауза, патологическая гипо- или гиперэстрогения, смешанная инфекция и др., могут явиться причиной его инфицирования. Зуд в области вульвы, дизурия. Часто хламидийная инфекция сочетается с эктопией шейки матки, причина этого неясна. Возможно, вследствие того, что - либо эктопия способствует проникновению и распространению хламидий, или сам микроорганизм вызывает ее.

Эндометриит – протекает бессимптомно или с жалобами на меноррагии, метроррагии или пост – коитальные кровотечения.

Восходящая хламидийная инфекция распространяется:

- Каналикулярно – через цервикальный канал, полость матки, маточные трубы на брюшину и органы брюшной полости.
- Лимфогенно.
- Гематогенно.
- Через ВМС и внутриматочные вмешательства.
- В распространении хламидий могут участвовать трихомонады и сперматозоиды.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) объединяет весь спектр воспалительных процессов в области верхних отделов репродуктивного тракта у женщин. В 25-30% случаях ВЗОМТ вызывается хламидийной инфекцией.

Минимальные критерии ВЗОМТ:

- Болезненность при пальпации в нижних отделах живота
- Болезненность в области придатков
- Болезненные тракции шейки матки

Дополнительные критерии ВЗОМТ:

- Температура более 38 градусов
- Повышение СОЭ и С-реактивного белка

- Патологические выделения из шейки матки или влагалища

- Лабораторное подтверждение цервикальной инфекции (гонорея, хламидийная инфекция, трихомоназ)

Определяющие критерии:

- Гистологическое обнаружение эндометрита при биопсии эндометрия

- Сонографическое и бимануальное подтверждение воспалительных tuboоариальных образований

- Лапароскопическая картина ВЗОМТ

Основные факторы, способствующие и защищающие от возникновения ВЗОМТ:

- Возраст – риск наиболее высок в подростковом возрасте в связи с повышенной чувствительностью переходного эпителия шейки матки.

- Сексуальная активность – частота заболевания выше у лиц с высокой сексуальной активностью и большим количеством половых партнеров, а также не пользующихся постоянно барьерными контрацептивными методами.

- Инвазивные процедуры – риск повышается при проведении таких терапевтических процедур выскабливание, индуцированный аборт.

- Внутриматочные устройства.

- Пероральные контрацептивы.

- Орошения – повышение риска.

- Социально-экономические факторы – нищета, ограниченный доступ к медицинской помощи и лечению повышают риск.

Клиническая картина хламидийного инфекционного процесса характеризуется скрытым течением и малосимптомностью. Вследствие уникального цикла развития и внутриклеточного паразитизма хламидиоз имеет тенденцию к хронизации и появлению таких осложнений, как бесплодие (в связи с повторяющимися эпизодическими воспалительными реакциями и рубцевания слизистой оболочки фаллопиевых труб происходит их сужение, стенки труб склеиваются, становятся непроходимыми для яйцеклеток и сперматозоидов), невынашивание беременности, экстрагенитальные поражения. *Chlamydia trachomatis* часто встречаются в ассоциации с другими возбудителями мочеполовых инфекций, такими, как, микоплазмы, уреоплазмы, гонококки, трихомонады.

Литература:

1. Медицинская микробиология.- Москва: Гэотар Медицина.- 1998.

2. Савичева А.М. Урогенитальный хламидиоз и репродуктивное здоровье женщин.// Тез. докл. VII Рес. Съезда дерматологов-венерологов. Казань.- 1996.-ч.3.

3. Пособие для врачей. Роль хламидий в патологии урогенитального тракта (диагностика и методы терапии). – Москва. – 1996.

4. Пособие для врачей. Инфекции в акушерстве и гинекологии: диагностика и антимикробная химиотерапия.-Москва.- 2006

5. Глазкова Л.К., Ютяева Е.В. Новые представления об урогенитальном хламидиозе (методические рекомендации). Екатеринбург: УГМА, 2003

УДК 616.5-006.52-08

ПУТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина

КГКП «Павлодарский областной кожно-венерологический диспансер», г. Павлодар

Тұжырым

ПАПИЛОМОВИРУСТЫҚ ЖҰҚПАЛАРДЫ ЕМДЕУ ЖОЛДАРЫ

Г.В. Байсекенова, С.Б. Сарсембаева, Л.К. Каликова, С.В. Голованев, Е.С. Шилкина

Көп таралған папилломовирустық жұқпалар жоғары жұғымталдық пен бұл аурудың жиі өсу тенденциясымен сипатталады. Жыныс мүшелерінің сүйелдерінің қайталануы көбінесе жыныс серігінің қайта инфекциясымен емес, инфекцияның қайта белсенділігімен байланысты болады. Ем жеке тұлғаларға арнайы жүргізіліп, папилломатозды ошақтарды бұзу үшін бағытталу қажет. Біріктірілген ем әдістерін қолдану оң нәтижелерге жетуге мүмкіндік береді.

Summary

WAY OF TREATMENT A PAPILLOMA OF A VIRUS INFECTION

G.V. Baisekenova, S.B. Sarsembayeva, L.K. Kalikova, S.V. Golovanev, E.S. Shilkina

Prevalence a papilloma of a virus infection speaks high and the tendency to growth of frequency of the given disease, as well as capacity of some versions of a virus of a papilloma of the person to initiate on malignant processes. Relapses warts connected more often not the sexual partner, and with infections. Treatment should be strictly individual and is directed on destruction the centers, as well as on stimulation the immune answer. Application of the combined methods of treatment allows to reach positive results.

В последние годы в Казахстане, как и во многих странах мира, увеличивается заболеваемость папилломовирусной инфекцией. Проблема ее диагностики и лечения привлекает внимание врачей различных специальностей: дерматологов, гинекологов, урологов, онкологов, иммунологов. Это объясняется высокой контагиозностью и тенденцией к росту частоты данного заболевания, а также способностью некоторых разновидностей вируса папилломы человека (ВПЧ) иницировать злокачественные процессы. Последнее большей частью касается генитальных проявлений папилломовирусной инфекции [1].

Наиболее существенным является влияние ассоциированных с ПВЧ-поражениями инфекций урогенитального тракта: урогенитального хламидиоза, микоплазмоза, цитомегаловирусной и герпетической инфекции, дисбиотических состояний. Результатом их влияния на течение ПВЧ-инфекции является хронизация процесса, формирование стойких, как правило уже неспецифических воспалительных изменений со стороны мочеполовой сферы и значительные трудности в проведении терапевтических мероприятий.

В течение многих лет обсуждалась возможность существования взаимосвязи между неоплазиями шейки матки с венерическими заболеваниями. В группе женщин, страдающих инвазивным раком шейки матки (РШМ), отмечена более высокая частота выявления неспецифической микрофлоры, включая трихомонадные и гарднереловые инфекции. Примеры такого влияния обсуждались в отношении *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamidia trachomatis*, вируса простого герпеса типа 2, цитомегаловируса, вируса папилломы человека. Эпидемиологические исследования убедительно показали, что неоспоримым фактором риска возникновения предраковых изменений и рака шейки матки является генитальная ПВЧ-инфекция. [2,3]

Учитывая тот факт, что специфические противовирусные препараты и вакцины, действующие на ПВЧ, пока отсутствуют, принято считать, что полного устранения вируса из организма достичь невозможно. Задача терапии — устранение клинических и субклинических форм ВПЧ-инфекции.

На сегодняшний день в арсенале практикующих врачей имеется множество методов удаления аногенитальных бородавок. Эффективность их варьирует от 30 до 90%, но ни один из методов не является панацеей, так как частота рецидивов достаточно высока при любом способе лечения. Лечение должно быть строго индивидуальным: необходимо подбирать наиболее оптимальное решение в каждом конкретном случае, иногда учитывая пожелания самого пациента. Проблема рецидивов не зависит от выбора терапии. Рецидивы аногенитальных бородавок связаны чаще всего не с реинфекцией от полового партнера, а с реактивацией инфекции. Существуют три пути развития событий при отсутствии лечения:

- бородавки могут излечиваться самостоятельно;
- оставаться без изменений;
- прогрессировать.

При этом всегда нужно принимать во внимание возможность персистенции вируса при отсутствии каких-либо клинических проявлений.

Выбирая наиболее оптимальный в каждом конкретном случае метод, необходимо руководствоваться четырьмя основными характеристиками:

- эффективность при данной патологии;
- частота рецидивов после лечения;
- переносимость (минимум побочных эффектов);
- простота выполнения процедур.

Помимо удаления аногенитальных бородавок необходимо решать следующие немаловажные задачи:

1. Выявлять и лечить у больных с аногенитальными бородавками (и их половых партнеров) другие заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП).

2. Проводить скрининг всех женщин с бородавками аногенитальной области на цервикальную внутриэпителиальную неоплазию (ЦВН) с применением цитологического исследования и кольпоскопии.

3. Поддерживать дальнейшее наблюдение за очагами ЦВН на ранних стадиях для своевременного выявления их прогрессирования или развития микроинвазивной карциномы.

4. Проводить активное лечение аногенитальных бородавок, неоплазий на ранних стадиях, протекающих с развернутой клинической картиной, неоплазий на поздних стадиях и плоскоклеточной карциномы.

5. Давать больным рекомендации по использованию презервативов и ограничению случайных половых контактов для предотвращения инфицирования (и реинфицирования) ВПЧ-инфекцией и другими ЗППП.

По сути, лечение аногенитальных ВПЧ-поражений направлено либо на разрушение папилломатозных очагов тем или иным методом, либо на стимуляцию противовирусного иммунного ответа, возможно сочетание этих подходов.

Деструктивные методы (физические деструктивные методы - хирургическое иссечение, электрохирургические методы, лазерное иссечение, криотерапия). Криотерапия – это достаточно эффективный и безопасный метод, предполагающий использование в качестве хладагента жидкого азота, оксида азота и диоксида углерода. При этом происходит быстрое замораживание как внутри-, так и внеклеточной жидкости, приводящее к лизису и гибели клеток при оттаивании. Проведение криотерапии обычно не требует обезболивания, хотя при необходимости можно использовать местные анестетики. Криотерапию можно применять при лечении не очень больших бородавок различной локализации. Если же бородавки множественные, то удаление должно проводиться в несколько этапов. Для данного метода характерны следующие побочные явления: развитие местного покраснения, припухлости с последующим образованием пузырей и их изъязвлением.

Химические деструктивные методы. Данная группа средств включает в себя растворы кислот, щелочей, солей. Среди них можно упомянуть ферезол, препараты на основе салициловой и молочной кислот, уксусную и азотную кислоты, соки туи и чистотела. Все эти средства легко доступны, однако обладают невысокой, плохо прогнозируемой эффективностью, дают многочисленные побочные эффекты.

Комбинированные методы лечения. Для лечения проявлений ВПЧ-инфекции предлагаются различные методики, основанные на использовании иммунных препаратов в сочетании с лазерным, электрохирургическим и криодеструктивным воздействием.

Получены хорошие результаты при использовании комбинированного метода лечения кондилом, включающего разрушение очагов с помощью криодеструкции (температура воздействия от -160 до -180°C , экспозиция 40–120 с, двукратно) в сочетании со стимуляцией иммунитета. Для стимуляции местного иммунитета область поражения обрабатывали эмульсией, содержащей интерферон (ИФ), а для стимуляции иммунной системы всего организма назначали препарат кемантан по 0,2 г три раза в день внутрь в течение 10 дней.

Солкодерм. Солкодерм — водный раствор, в качестве активной составляющей которого выступают продукты взаимодействия органических кислот (уксусной, щавелевой и молочной) и ионов металлов с азотной кислотой. Раствор содержит нитриты в количестве 0,02 мг/мл.

Ниже перечислены свойства и механизм действия солкодерма, которые выделяют его среди других препаратов этой группы, использующихся в рамках деструктивных методов:

- при местном применении солкодерм вызывает немедленную прижизненную фиксацию ткани, на которую он наносится;
- действие препарата строго ограничивается местом применения;
- признаком немедленного эффекта является изменение окраски обрабатываемого участка;
- девитализированная ткань высыхает и темнеет (эффект мумификации);
- «мумифицированный» струп отторгается самостоятельно;
- процесс заживления непродолжителен, а осложнения (вторичная инфекция или рубцевание) редки.

Общая характеристика лечения солкодермом:

- препарат оказывает точно ограниченное местное действие на патологически измененную ткань, на которую он наносится, окружающая ткань при этом не повреждается;
- метод пригоден для лечения различных новообразований кожи;
- лечение безболезненно;
- быстрое заживление, отсутствие осложнений;
- лечение проводится амбулаторно и не требует специальной аппаратуры;
- отсутствие каких-либо ограничений для больного.

Показания к применению солкодерма: простые бородавки, подошвенные бородавки, аногенитальные бородавки (остроконечные кондиломы), себорейные кератозы, актиникератозы, базально-клеточные эпителиомы (базалиомы).

Солкодерм очень удобен в применении и достаточно эффективен для лечения кондилом любой локализации. В большинстве случаев достаточно однократного применения.

Таким образом, сочетанное применение вышеуказанных методов позволяет уменьшить число рецидивов и тем самым повысить эффективность лечения.

Литература:

1. Аковбян В. А., Анкирская А. С., Богатырева И. И. и соавт. Лечение и профилактика проявлений папилломавирусной инфекции уrogenитального тракта // ЗППП. - 1996. - 1. - С. 73-75.
2. Аполихина И.А. Папиллома-вирусная инфекция гениталий у женщин // - М. - 2002. - 109 1) Baggish M. S. Improved laser techniques for the elimination of genital and extragenital warts. Am. J. Obstet. Gynecol. 1985; 153 (5): 545-550.
3. Baker D. A., Douglas J. M., Buntin D. M. et al. Topical podofilox for the treatment of condyloma acuminata in women. Obstet. Gynecol. 1990; 76 (4): 656-659.
4. Bargman H. Is podophyllini a safe drug to use and can it be used in pregnancy? Arch. Dermatol. 1988; 124: 1718-1720.с. 86) Turing S. K. Treatment of condiloma acuminata with interferon. Semin. Oncol 1988; 15 (5): 35-40.
5. Vernon S. D., Hart C. E., Reeves W. C., Icenogle J. P. The HIV-1 tat protein enhances E2-dependent human papillomavirus 16 transcription. Virus. Res. 1993; 27: 133-145.