

9. Мокрецов С.Е. Клинико-этиотропные особенности урогенитальных инфекций у женщин //Журнал дерматовенерологии и косметологии им. Н.А.Торсуева. - 2002.-№ 3-4.-С.69-23.
10. Рыжко П.П. Комплексное лечение урогенитальных инфекций //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2003. – № 1-4 (6). - С.181-183.
11. Темник Н.И., Рыженко С.А., Волынец А.В. Урогенитальный микоплазмоз. Сравнительная характеристика диагностических тестов при урогенитальных инфекциях //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2002. - № 1-2 (5). – С. 149-153.
12. Bowie WR. Antibiotics and sexually transmitted diseases //Infect. Dis. Clin. North. Am. - 1994. – Vol.8. - №4.- P.841-857.
13. Francis J and Geoffrey P Garnett (2000) Trichomonas vaginalis epidemiology: parameterising and analysing a model of treatment interventions. Sexually Transmitted Infections,76: 248- 256.
14. Quinn T.C. Sexually transmitted diseases (Advances in host defense mechanisms). - New York., 1992 - 952 pp.
15. Willcox R. R. The Management of sexually transmitted diseases (A guide for the general practitioner), 1979. - 79 pp.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА І НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК

Р.Ф.Айзятұлов, Н.В.Єрмілова, В.В.Юхименко

Подана клінічна характеристика хворих на асоційовані інфекції, що передаються статевим шляхом. Запропонована комплексна терапія із застосуванням медикаментозних препаратів системної і місцевої дії, яка є ефективною і сприяє видужанню у більшості пацієнтів.

CLINICAL DESCRIPTION AND NEW APPROACHES TO MEDICAL TREATMENT UROGENITALNIH INFECTIONS AT MEN AND WOMEN

R.F.Aizyatulov, N.V.Yermilova, V.V.Yukhymenko

Clinical description of patients with the associated infections transmissible by a sexual way is presented. The offered complex therapy with the use of medicinal preparations of system and local action is effective and is instrumental in recovery at most patients.

УДК 616-006.62-002.6-002.18+001.891.57:618.1+616.64/.69]:616.5-006-52

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАПІЛОМАВІРУСНИХ ПРОЛІФЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ (НА МОДЕЛІ ГЕНІТАЛЬНИХ БОРОДАВОК)

Г.Ф.Лобанов, Л.І.Шелюженко, Н.М.Руденко

Київський обласний шкірно-венерологічний диспансер

Ключові слова: папіломавірусна інфекція, генітальні бородавки, проліферація, епідеміологія

Актуальні питання не вирішеної проблеми

Багаторічні дослідження інфекційної уrogenітальної патології, розробка методів терапії та реабілітації, переконали нас у відносній правомірності узагальнення, на основі схожості розвитку захворювань, обумовлених принаймні трьома видами збудників інфекції: вірусної, хламідійної, уреоплазмової та визначення особливостей їх перебігу, зокрема у осіб, які мешкають на територіях підвищеного потенційного екологічного ризику. Загальною рисою перебігу зазначених інфекцій є: довготривале хронічне запалення, полісимптомність проявів, тяжкість ушкоджень, трансплацентарна передача збудників плоду. У вірусних, хламідійних, уреоплазмових інфекцій відмічається тенденція до формування латентності, персистенції, рецидивності, атиповості, безсимптомності, тривалого носійства та відсутності стійкого імунітету, обумовлюючих їх високу агресивну епідемічність [1, 3]. Такі особливості розвитку захворювання відносяться до дієвих чинників, провокуючих безпліддя, ранне або пізнє самовільне переривання вагітності, мертвонароджуваність, народження дітей з прихованими та явними вадами розвитку, нервово-психічними захворюваннями, високим ризиком розвитку преанцерозних та канцерозних уражень шкіри і слизових оболонок, частіше аногенітальної області, сечостатевих органів, порожнини рота, обличчя та шиї. Проблема вивчення ролі папіломавірусів людини (ПВЛ), як одного з унікальних класів епітеліотропних потенційно онкогенних вірусів, до яких відноситься близько 60 типів (веруциформна епідермоплазія Левандовського-Лутца, різні вірусні бородавки: генітальні, вульгарні, подошвові, кератоми і кератоакантоми, лейкоплакії і кондиломи слизових, меланоми, хвороба Бовена, бо-

венозний папульоз, аногенітальні раки тощо), вийшла за рамки інтересів дерматовенерологів, визиваючи професійну зацікавленість фахівців різних спеціальностей: гінекологів, урологів, онкологів [1, 6]. Для папіломавірусного інфікування аногенітальної області характерна наявність гострокінцевих кондилом, діагностованих, як самостійні захворювання, однак і у чоловіків і у жінок та у дітей аногенітальне ураження може поєднуватись з екстрагенітальним і інфікуватись певними типами ПВЛ: низького онкологічного ризику (6, 11), середнього (31, 33, 35) і високого (16, 18), проте у одного хворого може бути ідентифіковано декілька типів вірусів одночасно, та ще й в асоціації з іншими інфекційними агентами, що визивають хвороби, які передаються статевим шляхом [1, 3, 6]. Кондиломатоз клініко-морфологічно ділиться на гострокінцеві, папілярні (з вираженим екзофітним ростом), а також плескати, інвертовані з ендофітним ростом. Останні найбільш складні для діагностики, так-як відсутні чіткі макроскопічні зміни і для визначення проліферативного процесу, його кордонів необхідно спеціальне обладнання. Суто морфологічна картина новоутворень визваних ПВЛ характеризується папіломатозом, гіпер- та паракератозом, де клітини шиповатого та зернистого прошарків вакуалізуються і не спроможні утримувати гранули кератогіаліну, а їх ядра обведені світлим ободком (койлоцити). Відмічаються також багатоядерні клітини та екзоцитоз лімфоїдних елементів. Саме наявність койлоцитів і є патогномонічним маркером папіломавірусних проліферацій де процес дедиференціації клітин супроводжуються порушеними супресивними механізмами [4, 8]. Актуальність розробки системи медичної реабілітації інфікованих осіб ПВЛ, які проживають в умовах потенційно-екологічного ризику, з урахуванням перебігу хвороби, а також необхідності індивідуального підходу до планування діагностико-лікувального процесу, обумовлена зростаючою складністю визначення ак-

тивно діючих чинників розвитку патології, її медичного, психологічного, соціального та економічного характеру. Наслідком обставин є збільшення питомої ваги різновидів захворювання з подовженим або скороченим інкубаційним періодом, пересуваючих форм. До об'єктивних факторів, що не сприяють розробці і впровадженню ефективних діагностико-епідеміологічних і лікувально-профілактичних заходів слід віднести обмеженість використання в системі реабілітації хворих адекватних уявлень про виникнення та перебіг папіломавірусних проліферативних процесів на фоні специфічного феномену-загальної дезрегуляції організму в наслідок дисфункції нервової, ендокринної, імунної систем, формування мікроекологічних зрушень в організмі та тих чи інших варіантів подальшого негативного розвитку цих явищ у формі стохастичних або не стохастичних проявів під постійним впливом токсичного навантаження [2, 7, 9]. Механізм порушення імунітету при інфікуванні ПВЛ залишається до кінця не з'ясованим. Гіпотетично ПВЛ можна розглядати у площині складних біохімічних диференційованих її антигенних частин, кожна з яких потребує окремого дослідження, як потенційна причина утворення антитіл, на що макроорганізм відповідає неоднозначними реакціями клітинного і гуморального імунітету, формуючи, вірогідно, варіанти клінічних проявів перебігу, особливо за умов порушених взаємовідносин у ланці "збудник-організм-середовище" [6]. Незважаючи на дискусійний характер питання, яке торкається ролі дисбіозів у розвитку багатьох патологічних станів, роль симбіотної мікрофлори у підтримці гомеостазу організму важко переоцінити. Загально визнано, що мікробні біоценози, сформовані еволюційно, та заселяють всі без винятку біотопи, виконують найважливішу роль у реалізації кононізаційної резистентності організму (антиінфекційний захист), що здійснюється як прямим, так і не прямим впливом на умовно-або патогенні мікроорганізми. На су-

часних етапах наукових досліджень доведена кореляційна залежність між ступенем дисбіотичних порушень, тривалістю інфекційного захворювання, тяжкістю ускладнень і агресивністю інфекційного агента або їх груп, які самі по собі, та особливо, в асоціативному варіанті схильні до посилення аутоімунотоксичних реакцій і за їх патогенетичною участю до формування подовжених у часі різнобічних уражень органів і систем [5]. Проте вітчизняна медична спільнота традиційно відносить аногенітальні бородавки до відносно небезпечних хвороб людства і як наслідок інформація, щодо захворюваності, носить обмежений характер. Однак, згідно даних світової літератури, гострокінцеві кондиломи займають одне із ведучих місць в структурі шкірних хвороб, причому з явною тенденцією до щорічного їх зростання.

Мета роботи

Вивчення частоти та структури захворюваності кондиломатозом у Київському регіоні та визначення факторів ризику (імунологічних та біотичних порушень) на розвиток патологічних процесів з екзофітним або ендофітним характером проліферативного росту.

Матеріали і методи дослідження

Була проведена експертна оцінка 3000 історій хвороби дерматологічних, гінекологічних, урологічних, проктологічних та онкологічних закладів області. Вивчалась звітно-облікова документація в архівах вище зазначених відділень, вкопіровка статистичних талонів на хворих з гострокінцевими кондиломами, а також проведені цільові медичні огляди різних контингентів населення (вибірково). Розрахунки необхідного об'єму вибіркової сукупності (1020 обстежених) проводився за формулою простої випадкової вибірки:

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{\Delta}$$

де n – необхідний об'єм вибірки;

t - коефіцієнт рівний 2;

p – інтенсивний показник захворюваності;

q = 100 – p;

Δ - гранична похибка показника, рівна $2.3.m$; m – середня похибка показника.

При узагальненні відповідних даних, матеріал розташовували в алфавітному порядку з послідувачим усуненням дублікатів діагнозів. При розрахунках інтенсивних показників використовували дані перепису населення. Відбір хворих для імунологічних та мікробіологічних досліджень здійснювали за апробованими принципами, посилюючими кінцеві результати формування однорідності груп досліджених, що склали одну із гарантій підвищення вірогідності отримання об'єктивізованих критеріїв ефективності. До складу, як основної, так і контрольної групи входили особи, які за віком, давністю захворювання, частотою загострень, клінічними проявами та супутніми захворюваннями практично не відрізнялись поміж собою. Імунологічне обстеження включало визначення кількості Т-лімфоцитів за допомогою тесту моноклональних актитів СДЗ +, субпопуляційного складу Т-лімфоцитів за СД4+ та СД8+, кількості натуральних кілерів СД16+ [6]. Ступінь порушень мікробіоцинозу кишечника оцінювали якісним та кількісним бактеріологічним методом. Сахаролітичні, протеолітичні та умовно патогенні ентеробактерії, гриби *Candida* досліджувались за вимогами наказів МОЗ України [5]. Для

виявлення клініко-морфологічних ознак проліфераційних процесів використовували епілюмінисцентну діагностику на рівні дермоепідермального контакту (дерматоскоп HEINE-20) [4].

Результати та їх обговорення

За даними звернень, аногенітальні бородавки становлять в загальній структурі хвороб шкіри та слизових оболонок $2,82 \pm 0,09\%$ (серед хворих чоловічої статі $4,67 \pm 0,27\%$, жіночої – $2,80 \pm 0,09\%$). В дійсності гострокінцеві кондиломи зустрічаються значно частіше – $12,94 \pm 0,37\%$ обстежених (серед чоловіків $15,76 \pm 0,02\%$; серед жінок $11,31 \pm 0,04\%$). Відмічаються також вікові і статеві коливання рівня захворюваності. У дітей раннього віку гострокінцеві кондиломи майже не зустрічаються. Проте частота їх невпинно підвищується серед підлітків і досягає максимуму у віці 20-25 років, а потім поступово зменшується. Чоловіки більш схильні до інфікування, ніж жінки. Однак у вікових групах 15-20 років, рівень захворюваності вищий у жіночої статі і пік показників у них припадає на більш ранній період життя 15-17 років, ніж у чоловіків 19-20 років. Згідно соціального статусу населення на першому місці по частоті захворюваності стоять студенти учбових закладів.

Таблиця 1

Рівень захворюваності гострокінцевими кондиломами в окремих групах.

Група населення	Кількість хворих		Рівень захворюваності (1:1000)
	абс.	%	
Діти дошкільного віку	2	$0,2 \pm 0,2$	$0,03 \pm 0,0005$
Учні старших класів	358	$12,5 \pm 0,38$	$4,26 \pm 0,05$
Студенти	2083	$19,46 \pm 0,15$	$45,46 \pm 0,95$
Працюючі	919	$3,45 \pm 0,01$	$3,06 \pm 0,01$
Пенсіонери	90	$0,96 \pm 0,01$	$1,27 \pm 0,02$
Всього	3452	$6,83 \pm 0,01$	$6,11 \pm 0,01$

Аналізуючи контингент хворих з гострокінцевими кондиломами, які звер-

нулись самостійно до лікувальних закладів, дерматологічного профілю, то треба

підкреслити, що рівень захворюваності у жінок досягає $45,57\% \pm 1,68\%$, тоді як серед чоловіків – $47,41 \pm 2,15\%$. Згідно представлених даних частота відповідної патології, у тих хворих, які звернулись самостійно до медичних закладів нижче, ніж за результатами медичних оглядів. Цю невідповідність, на наш погляд, можна пояснити тим, що по-перше простежується занадто низька медична активність населення, по-друге не ведеться статистичний облік, на достатньому рівні, даного захворювання, за рахунок недооцінки його значення медичними працівниками. Загалом інтенсивний показник захворюваності за 2006–2010 рр. становить $6,11 \pm 0,01\%$ випадків на 1000 населення. Також реєструється не однакова частота ураження різних анатомічних зон. Так на долю генітальних бородавок припадає $59,32\%$ від загальної кількості зареєстрованих. Патологічний процес в ділянці анального отвору спостерігається в $33,68\%$ випадків, а аногенітальні гострокінцеві кондиломи зустрічаються в $6,32\%$. Інтенсивний показник на 1000 населення по даним нозологіям становить відповідно $3,68 \pm 0,06$; $2 \pm 0,004\%$; $0,39 \pm 0,001\%$. У сту-

дентів гострокінцеві кондиломи зустрічаються у 2 рази частіше ($29,37 \pm 0,62\%$ випадків на 1000 населення) на статевих органах, ніж в області ректум ($13,86 \pm 0,3\%$). Показники захворюваності змішаних аногенітальних форм ще нижчі ($1,96 \pm 0,04\%$), причому зареєстровано хворих більше серед осіб чоловічої статі ($3,9 \pm 0,2\%$). Розглядаючи імунну систему як складне контролююче утворення, здатне відрізняти свої структури від генетично чужорідних з їх подальшою нейтралізацією та елімінацією, ми звертали увагу на стан регуляторних механізмів у зв'язку з її багатоланковістю та здатністю до збалансованості гомеостазу. Кооперація Т-В-лімфоцитів (Тк, Тс, Т-ефектори кілери) і стільки ж зрілих В-лімфоцитів беруть участь в імунній відповіді. Отримані результати (табл. 2), свідчили, що у хворих інфікованих ПВЛ, у порівнянні з групою здорових осіб відмічались виражені ознаки перерозподілу у Т-клітинній ланці імунітету, що характеризувалось зменшенням загального пулу та лімфоцитів, дисбалансу імунорегулюючих субпопуляцій коефіцієнту Тх/Тс.

Таблиця 2

Показники Т-ланки імунітету у хворих інфікованих ПВЛ в дебюті реабілітаційного процесу

Показники Групи	СД3+, %	СД4+, %	СД8+, %	СД4+/ СД8+	СД16+
Умовно здорові (n=14)	$6,2 \pm 1,7$	$36,2 \pm 1,3$	$28,1 \pm 1,4$	$1,18 \pm 0,15$	$12,2 \pm 1,2$
Хворі з екзофітним ростом (n=18)	$38,7 \pm 0,7^*$	$19,7 \pm 0,6^*$	$13,0 \pm 0,4^*$	$1,27 \pm 0,7^*$	$8,7 \pm 0,4^*$
Хворі з ендофітним ростом (n=4)	$34,6 \pm 1,2^*$	$19,7 \pm 0,7^*$	$12,5 \pm 0,5^*$	$12,3 \pm 0,07^*$	$8,7 \pm 0,7^*$

* - різниця між групою здорових осіб та обстеженими хворими достовірно ($p < 0,05$).

Дані про результати досліджень мікробного пейзажу кишківника, як видно з таблиці 3, інфікованих ПВЛ підкреслювало статистично достовірну меншу долю ($p < 0,05$) сахаролітичної та протеолітичної флори, і більше – умовно патогенної.

Таблиця 3

Показники мікробіоценозу (КУО/Г) інфікованих ПВЛ в дебюті реабілітаційного процесу

Групи	Умовно здорові (n=14)	Хворі з екзофітним ростом (n=18)	Хворі з ендофітним ростом (n=4)
Показники			
Лактобацили	7,2±0,2	6,7±0,3	7,2±0,2
Біфідобактерії	9,9±0,2	7,2±0,6	7,8±0,3
Кишкова паличка	7,5±0,3	6,2±0,7	5,3±0,1
Стафілокок	1,4±0,5	3,3±0,4	3,1±0,2
Дріжжеподібні гриби	0,9±0,3	1,2±0,6	2,5±0,6

Висновки

Гострокінцеві кондиломи зустрічаються частіше, ніж реєструються, з причин низької медичної активності населення. Пік захворюваності, як у чоловіків, так і жінок припадає на 20-25 років, проте чоловіки хворіють частіше, ніж жінки. Найбільш часто зустрічаються ураження статевих органів, на другому місці зона ана-

льного отвору і не значна кількість змішаних аногенітальних форм. Виявлені дисфункції імунної системи, а також дизбіотичні порушення призводить до інфікування ПВЛ, відображаючи клінікоморфологічний характер розвитку та перебігу проліферативного процесу у вигляді екзофітного або ендофітного характеру росту новоутворень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Козлова В.И. Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. - М.: Медицина, 2003.-438 с.
2. Верхулецкий И.Е. /Использование лазеров в хирургии аноректальной области //Материалы XXXIII международной научно-практической конференции, - Ужгород, 2010. –С.19-20.
3. Лобанов Г.Ф. Високо інтенсивне інфрачервоне випромінювання в комплексному лікуванні папіловірусних уражень жіночих статевих органів // Фотобіологія та фотомедицина. – 2007. - №1, 2. – С. 22-27.
4. Лобанов Г.Ф. Лобанова О.К., Гич Н.Н.. Епильюминисцентная микроскопия как метод диагностики и мониторинга пролиферативных процессов в коже и слизистых // Материалы XXVIII Меж. нар. научно-практ. конференции «Применение лазеров в медицине и биологии». -Ялта, 2007.-С 132-133.
5. Лобанов Г.Ф. Спосіб профілактики порушень мікробіоценозу обумовлених антибактеріальною терапією асоційованих ускладнених форм урогенітального хламідіозу // Бюл. „Промислова властність”. – 2007. - №5, кн.2 – С. 56.

6. Проценко Т.В. Иммуноterapia при папилломавирусной инфекции:// Журнал дерматовенерологии і косметологии ім. М.О. Торсуєва. - 2006. - № 1-2(12). - С 251.
7. Тактика терапии манифестных форм папилломавирусной инфекции урогенитального тракта и аногенитальной области у женщин. Методические рекомендации / Н.В.Кунгуров, Ю.Н.Кузнецова, Н.В.Зильберберг, Н.П. Евстигнеева-Екатеринбург, 2010.-24с.
8. Genital warts, human papillomaviruses, and cervical cancer // Lancet - 1985. - Vol. 2, №8463. - P. 1045-1046.
9. Hasler W.L.The irritable bovel syndrome during pregnancy//Gastroenter. Clin. North Amer. – 2003.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНЫХ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ (НА МОДЕЛИ ГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК)

Г.Ф.Лобанов, Л.И.Шелюженко, Н.Н.Руденко

Приведены клинико-эпидемиологические особенности развития и течения пролиферативных процессов, как с экзофитным, так и с эндофитным характером роста, вызванных папилломавирусной инфекцией, на модели генитальных бородавок в Киевском регионе.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF PAPILOMA-VIRAL PROLIFERATIVE PROCESSES (ON MODEL OF GENITAL WARTS)

G.F.Lobanov, L.I.Shelyuzhenko, N.N.Rudenko

Clinical and epidemiological features of development and course of proliferative processes both with exophytic and endophytic nature of growth caused by papilloma-viral infection, on model of genital warts, in Kyiv region, have been specified.

УДК 579.882//044 615.33.015.8

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕФЕРЕНС-ШТАММА CHLAMYDIA TRACHOMATIS К ЛИПОСОМАЛЬНЫМ ФОРМАМ АНТИБИОТИКА

Г.И.Мавров, В.В.Кутовая, Н.Н.Иванова, О.Н.Белоконь

ДУ «Институт дерматологии и венерологии АМН Украины»

Ключевые слова: антибиотики, чувствительность, *S.trachomatis*

Введение

Несмотря на значительные успехи клинической микробиологии этиотропная терапия хламидийной инфекции, по крайней мере, на начальном этапе остается эмпирической, и, вероятно, будет таковой в