

© Бондар С.А., Наліжитий А.А.

УДК: 616.97:616.6-074(045)

Бондар С.А., Наліжитий А.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра шкірних та венеричних хвороб (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

СІМЕЙНИЙ ЛІКАР ТА ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ІНФЕКЦІЯМИ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

Резюме. Наведено основні дані щодо актуальності проблеми захворюваності на патологію, що передається статевим шляхом, клінічного перебігу, методів діагностики, лікування та профілактики гонореї, хламідіозу, трихомоніазу, уrogenітального кандидозу, генітального герпесу. Тактика ведення цього контингенту пацієнтів лікарями "загальної практики-сімейної медицини" в амбулаторній практиці.

Ключові слова: інфекції, що передаються статевим шляхом, лікарі "загальної практики-сімейної медицини", клініка, діагностика, тактика лікування, методи профілактики.

Вступ

За сучасною міжнародною класифікацією нараховується понад 20 інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). У практичній венерології виділяють класичні венеричні хвороби, до яких належать сифіліс, гонорея, м'який шанкр, венеричний пахвинний лімфогранулематоз (хвороба Фавра-Нікола), венерична гранульома.

До іншої групи входять:

1. ІПСШ, що уражають переважно статеві органи: трихомоніаз, хламідіоз, мікоплазмоз, уреаплазмоз, генітальний герпес.

2. ІПСШ, що системно уражають організм: ВІЛ-інфекція, гепатити В та С, цитомегаловірусна інфекція тощо.

Така класифікація патології, що передається статевим шляхом, є дещо умовною. Так, хламідіоз може мати як локалізований перебіг із ураженням геніталій, так і спричиняти системні ураження (реактивний артрит, хвороба Рейтера, атеросклероз, ішемічну хворобу серця тощо) [1, 2].

У світі зараз спостерігають зростання частоти виявлення сифілісу, гонореї, трихомоніазу, хламідіозу, мікоплазмозу, генітального герпесу тощо. Щорічно у світі виявляють більше ніж 250 млн. нових випадків цієї патології, а кількість інфікованих становить понад мільярд. На планеті проживають понад 40 млн. ВІЛ-інфікованих. Зараз часто виявляють мікст-інфекції, тобто 2 та більше збудників ІПСШ у одного пацієнта [3, 4].

З 90-х рр. XX століття в Україні реєструють епідемію ІПСШ, зумовлених збудниками сифілісу, гонореї, трихомоніазу, хламідіозу, ВІЛ-інфекції. Недосконалість системи медичної статистики, проведення лікування ІПСШ без достовірної лабораторної діагностики, лікування пацієнтів у недержавних лікувальних закладах, відсутність стандартизованих підходів до лабораторної діагностики не дають змоги встановити реальну кількість хворих з цією патологією. За офіційними даними, в Україні нараховують близько 60000 ВІЛ-інфікованих, водночас, за даними Програми розвитку ООН, експертів ВООЗ, ця цифра в 8-10 разів більше, і сьогодні Україна посідає одне з перших місць в Європі за швидкістю приросту кількості ВІЛ-інфікованих [5, 6].

Мета роботи - удосконалення діагностики та оптимізація методів лікування хворих на інфекції, що передаються статевим шляхом в практиці лікаря "загальної практики-сімейної медицини".

Матеріали та методи

ІПСШ є серйозною медико-соціальною проблемою. Водночас результати сучасних досліджень вказують, що навіть після проведеного комплексного ефективного лікування не завжди вдається запобігти виникненню ускладнень перенесених уrogenітальних захворювань. Відомо, що перенесений хламідіоз спричинює невиношування вагітності, народження дітей з низькою масою тіла. Серйозні ускладнення спричинює інфікування ВІЛ або вірусними гепатитами. Наявність мікст-інфекцій призводить до прискореного та агресивного, злоякісного їх перебігу. Хламідіоз, трихомоніаз, сифіліс, гонорея, генітальний герпес полегшують інфікування ВІЛ, а також прискорюють перебіг інфекцій з більш ранньою маніфестацією кінцевої фази - СНІДу [2, 4].

Згідно з міжнародними стандартами до компетенції лікаря "загальної практики-сімейної медицини" входять наступні знання та практичні навички стосовно ІПСШ:

1) консультування з питань безпечної сексуальної поведінки, профілактики ІПСШ;

2) скринінг ІПСШ у групах ризику, попередня імунізація певних груп населення проти деяких інфекцій (повії, ін'єкційні наркомани тощо);

3) діагностика ІПСШ, також у випадках безсимптомного перебігу;

4) лікування гострих неускладнених форм ІПСШ;

5) направлення на консультацію до дерматовенеролога, інфекціоніста з подальшим наглядом та лікуванням при ускладненому перебігу сифілісу, уrogenітальних інфекцій, ВІЛ-інфекції, гепатити В, С тощо.

Первинна профілактика ІПСШ передбачає навчання пацієнтів (починаючи з підліткового віку) принципам безпечної сексуальної поведінки, які мають стати складовою здорового способу життя загалом (стратегія АВС):

1. Утримання (Abstinence) - утримуватися від ризикованих сексуальних контактів.

2. Вірність (Being faithful to one partner) - віддавати перевагу підтриманню тривалих моногамних відносин зі здоровим партнером.

3. Захищеність (Condom) - завжди використовувати латексні презервативи.

Екстрена профілактика ІПСШ включає в себе використання антибактеріальних та протівірусних препаратів у строки до 48-72 год. після небезпечного контакту, з'ясування:

1. у перші години після контакту рекомендують перед початком медикаментозної профілактики ІПСШ провести інстиляцію (промивання) уретри 0,05% розчином хлоргексидину біглюконату або 0,01% розчином мірамистину;

2. метронідазол у дозі 2 гр. перорально одноразово;

3. цефтріаксон у дозі 1 гр. в/м одноразово;

4. доксицикліну гідрохлорид у дозі 100 мг. перорально 2 рази на добу протягом 7 днів або азитроміцин у дозі 1 гр. перорально одноразово;

5. якщо пацієнтка вагітна, слід використовувати азитроміцин замість доксицикліну, не призначати метронідазол під час I триместру вагітності;

6. за підозри на наявність у партнера ВІЛ-інфекції: зидовудин у дозі 200 мг. 3 рази на добу перорально протягом 12 тижнів. Якщо партнер із ВІЛ мав високий ступінь вірусемії (понад 50 тис. вірусних копій у 1 мл. плазми крові), ознаки резистентної до лікування форми ВІЛ-інфекції, слід додати до зидовудину індинавір у дозі 800 мг. 3 рази на добу перорально;

7. необхідно провести діагностику ІПСШ у день звернення (протягом доби): виконати бактеріологічне дослідження на виявлення *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* (якщо культуральний метод недоступний, провести тест із використанням ПЛР), обстеження на вірус герпесу, трихомоніаз, бактеріальний вагіноз. Слід виконати повторне обстеження через 2 тижні, тому що під час першого обстеження концентрація збудників могла бути недостатньою для виявлення клініко-лабораторними тестами.

8. серологічне дослідження на сифіліс проводять у перші 24 год після контакту, повторюють - через 6, 12 та 24 тижні (якщо попереднє дослідження дало негативний результат). Антитіла до ВІЛ визначають у день звернення, повторюють через 6 тижнів, 3 та 6 місяців.

9. навіть якщо у пацієнта на момент першого обстеження не визначено HBs-антигену, доцільно провести вакцинацію проти гепатиту В.

Результати. Обговорення

Гонорея є однією з найпоширеніших бактеріальних ІПСШ. За оцінкою ВООЗ, щорічно на гонорею хворіє більш ніж 200 млн. осіб. За даними медичної статистики, в Україні спостерігають поступове зниження захворюваності на гонорею, але це можна пояснити почастищення випадків самолікування та лікування хворих в приватних медичних закладах. Збудником гонореї є

Neisseria gonorrhoeae. Клінічно розвивається уретрит з гноєподібними виділеннями. Небезпечність захворювання полягає в розвитку висхідної інфекції з порушенням репродуктивної функції, особливо у жінок; в деяких випадках розвиваються хронічні форми та системні ураження. Дуже поширені гонорейні фарингіти, тонзиліти, кон'юнктивіти (в новонароджених від хворої жінки), проктити. В 50% випадків гонорея асоціюється з хламідійною інфекцією.

Діагностично використовують:

1. Бактеріоскопічний метод - досить недорогий та швидкий засіб діагностики із забарвленням мазків за Грамом та діагностики типових форм гонокока. Труднощі виникають інколи при мікст-інфекціях.

2. Культуральний (бактеріологічний) метод дає змогу визначити антибіотикочутливість збудника, виявити атипів форми.

3. Визначення антигенів гонокока за допомогою ІФА - чутливий метод діагностики симптомних форм хвороби (87 - 100%), у безсимптомних хворих чутливість методу значно коливається.

4. ПЛР/ЛЛР із осадом першої порції сечі - неінвазивний, чутливий та швидкий метод діагностики.

5. Експрес-діагностика (цито-тест на гонорею) - рекомендують для скринінгового обстеження пацієнтів.

Лікування:

1. Рекомендований режим: цефтріаксон у дозі 1,0 гр. в/м одноразово; ципрофлоксацин - 500 мг. перорально одноразово; офлоксацин - 400 мг. перорально одноразово; левофлоксацин - 250 мг. перорально одноразово.

2. Альтернативний режим: спектиноміцин у дозі 2 гр./в/м одноразово; цефотаксим - 500 мг перорально одноразово.

Враховуючи високу частоту одночасного інфікування гонококовою та хламідійною інфекціями, доцільно проводити курс протихламідійної терапії після лікування гонореї.

Збудником хламідійної інфекції є *Chlamydia trachomatis*. Рід хламідій включає три види, з яких статевим шляхом передається *C. trachomatis*, яка є етіологічним чинником захворювань із ураженням очей (трахоми, кон'юнктивіту), статевих органів (венеричної лімфогранульоми, негонококового уретриту, цервіциту, сальпінгіту), дихальної системи (пневмоніту). Інфекція може бути тригером розвитку системних уражень (артриту, хвороби Рейтера, атеросклерозу, ішемічної хвороби серця). Під час вагітності інфікування в 10-20% випадків призводить до самовільного викидня, внутрішньоматкової загибелі плода, мертвонародженості. Часто інфекція перебігає безсимптомно, що спричинює порушення репродуктивної та сексуальної функції.

Діагностично використовують:

1. Клінічний метод - персистуючі симптоми уретриту після пролікованої гонореї.

2. Мікроскопічний метод діагностики нативного ма-

теріалу (волога крапля), забарвлення за Романовським-Гімзою, із використанням імунофлюоресценції.

3. Культуральний метод - висока точність діагностики, але дорогий та тривалий.

4. Серологічний - визначення антитіл класів Ig M та Ig G, але його не використовують для оцінки ефективності проведеної терапії.

5. ЛЛР (лігазна ланцюгова реакція) із пробою сечі, матеріалом зішкрябу уретри - точний і швидкий метод діагностики та підтвердження ефективності проведеного лікування.

6. Експрес-тести: ферментативні (зміна забарвлення виділень на тампоні під час додавання реактиву), швидкі імунохроматографічні тести з сечею, зішкрябками та мазками - прості у виконанні, але не придатні для кількісного аналізу, визначення ефективності проведеної терапії.

Лікування:

1. Рекомендований режим: азитроміцин у дозі 1 гр. перорально одноразово; доксицикліну гідрохлорид - 100 мг. 2 рази на добу перорально протягом 7 днів.

2. Альтернативний режим: еритроміцин у дозі 500 мг. 4 рази на добу перорально протягом 7 днів; офлоксацин - 300 мг. 2 рази на добу перорально протягом 7 днів; левофлоксацин - 500 мг. раз на добу перорально протягом 7 днів.

Трихомоноз є найпоширенішою ІПСШ у світі, зокрема в Україні. Жінки в 4,5 рази частіше хворіють на трихомоніаз ніж чоловіки, це може бути обумовлено частішим обстеженням жіночого населення в жіночих консультаціях, під час профоглядів, у пологових будинках. Первинно безсимптомний перебіг інфекції мають до 50% хворих. Трихомонас вагіналіс спричинює ураження різних відділів сечостатевої системи (уретрит, цервіцит, вагініт, простатит тощо).

Інкубаційний період в середньому триває 5-15 днів, але може коливатись від 3-х днів до 3-х тижнів. Характерною клінічною ознакою є розвиток уретриту або вагініту з наявністю подразнюючих слизову оболонку значних, пінистих білуватогнійних виділень.

Для діагностики трихомонозу використовують:

1. Світлова мікроскопія нативного або забарвленого мазка виділень - простий, чутливий (80%) метод. Дослідження рухливих форм збудника потрібно проводити відразу після забору матеріалу.

2. Культуральне (бактеріологічне) дослідження трихомоніаза.

3. Виявлення антигенів трихомонад у препаратах методом моноклональних антитіл у прямому та флуорисцентному ІФА - швидкий, точний метод.

4. ПЛР/ЛЛР (лігазна ланцюгова реакція) з осадом сечі - точний та неінвазивний метод.

5. Експресдіагностика - латексна аглютинація.

6. Клінічний метод - персистуючий уретрит, вагініт після пролікованої хламідійної інфекції.

Лікування:

1. Рекомендований режим: метронідазол у дозі 2 гр. перорально одноразово + еритроміцин у дозі 500 мг. 2 рази на добу протягом 7 днів; тинідазол у дозі 2 гр. перорально одноразово протягом 3 днів.

2. Альтернативний режим: метронідазол у дозі 500 мг. 2 рази на добу протягом 7 днів.

Урогенітальний кандидоз складає 35-45% у структурі інфекційної патології у жінок. Збудником є грибок роду *Candida*, сприяючими факторами - безконтрольне використання антибіотиків, стероїдних препаратів, імунодепресантів, цитостатиків тощо. Частіше урогенітальний кандидоз діагностують у жінок у вигляді вагініта, вульвіта, рідше - у чоловіків (уретрит, баланопостит). Клінічно виявляють гіперемію, набряк, свербіж слизових геніталій, білий наліт, папульозну висипку, кришкоподібні подразнюючі виділення.

Діагностично використовують:

1. Клінічний метод за наявності типової симптоматики.

2. Мікроскопічний метод.

3. Культуральний (бактеріологічний метод).

4. Імуноферментний аналіз.

5. Серологічна діагностика.

6. ПЛР (полімеразна ланцюгова реакція).

Лікування:

1. клотримазол вагінальні таблетки по 100 мг. протягом 7 днів, по 500 мг. вагінальні таблетки одноразово, 1% крем 5 гр. вагінально протягом 7-14 днів;

2. міконазол вагінальні свічки по 100 мг. протягом 7 днів, 200 мг. вагінальні свічки протягом 3 днів, 2% крем 5 гр. вагінально протягом 7 днів.

3. ністатин 100.000 ОД вагінальні таблетки протягом 14 днів;

4. флуконазол 150 мг. перорально одноразово;

5. тержинал вагінальні таблетки 1 на добу протягом 7 днів.

Генітальний герпес викликається вірусом простого герпесу 1 та 2 (70-80%) типів. Поширеність вірусу простого герпесу 2 типу в популяції становить 7-40%. Клінічна картина з типовою везикулярною болючою висипкою на геніталіях спостерігається у 10-15% інфікованих. Інфекція має доброякісний перебіг, але на фоні імунодефіцитного стану набуває системного характеру, важкого перебігу з ураженням органів дихання, шлунково-кишкового тракту, центральної та периферичної нервової системи. Завданням лікування є переведення вірусної інфекції у фазу ремісії без клінічних проявів та зменшення частоти рецидивів, так як елімінувати вірус герпесу з організму дуже важко.

До методів діагностики генітального герпесу відносять:

1. Культивування вірусу.

2. Виділення антигенів вірусу:

Імунофлюоресцентний, імунопероксидазний, імуноферментний методи.

3. ПЛР.

4. Електронна мікроскопія.
5. Серологічні методи.
6. Клінічний метод.

Лікування генітального герпесу проводять системними протівірусними препаратами, поєднуючи його з місцевими засобами.

Лікування первинного епізоду:

Ацикловір у дозі 400 мг. 3 рази на добу протягом 7-10 днів або 200 мг. 5 разів на добу протягом 7-10 днів; Фамцикловір - 250 мг. 3 рази на добу протягом 7-10 днів; Валацикловір - 1 гр. 2 рази на добу протягом 7-10 днів.

Протирецидивна терапія: Ацикловір у дозі 400 мг 2 рази на добу протягом 6-12 міс; Фамцикловір - 250 мг. 2 рази на добу; Валацикловір - 500 мг. або 1 гр. на

добу. Протефлазид по 8-10 крапель 3 рази на добу курсами протягом 1,5 - 2 місяці з місячною перервою, кількість курсів 3-4.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У зв'язку із зростанням рівня захворюваності на ІПСШ особлива роль відводиться лікарям "загальної практики-сімейної медицини", які працюють на першому рівні надання медичної допомоги, їх співпраці з лікарями дерматовенерологами.

У подальшому слід приділяти увагу удосконаленню методів діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом та оптимізації засобів комплексного лікування цього специфічного контингенту хворих.

Список літератури

1. Дерматологія, венерологія. Підручник; під ред. В.І. Степаненка. - К.: КНМ. - 2012. - 904 с.
2. Дерматовенерологія. Навчальний посібник; за ред. В.П. Федотова, А.Д. Дюдюна, В.І. Степаненка. - Дніпропетровськ-Київ. - 2008. - 600 с.
3. Клиническая интерпретация результатов микроскопического метода диагностики урогенитальных инфекций: рекомендации для врачей / [Е.В. Соколовский, В.И. Кисина, А.М. Савичева и др.]. - СПб., 2010. - 678 с.
4. Мавров Г.І. Механізм передачі вірусу імунodefіциту людини статевим шляхом - концепції запобігання /Г.І. Мавров, Ю.В. Щербакoвa, Л.В. Івaщенко // Дермaтoлoгія та венерoлoгія. - 2016. - № 3(73). - С. 29-51.
5. Половые болезни; под ред. И.И. Маврова. - Харьков, 2001. - 789 с.
6. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. "UNAIDS/IC2502/1/E". - WHO. - 2013. - 272 p.

Бондарь С.А., Налижитый А.А.

СЕМЕЙНЫЙ ДОКТОР И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

Резюме. Приведены основные данные по актуальности проблемы заболеваемости патологией, передающейся половым путём, клинического течения, методов диагностики, лечения и профилактики гонореи, хламидиоза, трихомониаза, урогенитального кандидоза, генитального герпеса. Тактика ведения этого контингента пациентов докторами "общей практики-семейной медицины" в амбулаторной практике.

Ключевые слова: инфекции, передающиеся половым путём, доктора "общей практики-семейной медицины", клиника, диагностика, тактика лечения, методы профилактики.

Bondar S.A., Nalizhytyy A.A.

FAMILY DOCTOR AND TACTICS MANAGEMENT OF PATIENTS WITH SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

Summary. The basic data on the urgency of the problem of disease pathology, sexually transmitted diseases, clinical course, diagnosis, treatment and prevention of gonorrhea, chlamydia, trichomoniasis, urogenital candidiasis, genital herpes. Tactics of conducting this population of patients doctors' general practice-family medicine in outpatient practice.

Key words: infections, sexually transmitted infections, doctors' "general practice-family medicine", clinic, diagnostics, treatment strategy, methods of prevention.

Рецензент - д.мед.н., проф. Денисенко О.І.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2016 р.

Бондар Сергій Анатолійович - д.мед.н., проф., зав. кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38(067)2808636; vsmuderm@mail.ru

Наліжитий Андрій Андрійович - к.мед.н., асистент кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38(067)1497155; andrunn@gmail.com

© Гончаренко О.В.

УДК: 616.37 - 002.1 - 089.81

Гончаренко О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра хірургії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ШЛЯХИ ЕВОЛЮЦІЇ ПАНКРЕАТОГЕННОГО НЕКРОЗУ І ЇХ ВПЛИВ НА ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ

Резюме. Проведений аналіз хірургічного лікування 42 хворих з гострим деструктивним панкреатитом. Використовувались пункційні, дренажні, лапароскопічні та відкриті методи хірургічної допомоги. Перевагою аспіраційних, дренажних, лапа-