

— *внутривенное введение озонированного физиологического раствора* (при проведении этой методики стерильный физиологический раствор в количестве 200—400 мл предварительно озонируют, пропуская через него кислородно-озоновую смесь до достижения концентрации озона в жидкости 2—3 мг/л, после чего вводят пациенту внутривенно капельно);

— *аутогемотерапию с озоном* (в шприц, содержащий 5—10 мл кислородно-озоновой смеси, производят забор 5—15 мл венозной крови; забранную кровь в шприце перемешивают с озоном и затем вводят пациенту внутримышечно);

— *подкожное введение кислородно-озоновой газовой смеси* (осуществляют непосредственно в области очага поражения; концентрация озона в смеси составляет от 1—2 до 8—10 мг/л, количество вводимой смеси от 1—2 до 5—6 мл в одну точку).

У нас имеется положительный опыт применения внутривенного введения озонированного физиологического раствора в комплексном лечении 20 больных красной волчанкой, красным плоским лишаем и псевдопелладой Брока с проявлениями РА на волосистой части головы различной степени распространенности и тяжести. Процедуры проводили на фоне традиционного медикаментозного лечения (аминохинолиновые препараты, сосудистые препараты, витаминотерапия, местно — кортикостероидные средства). Результаты сравнивали с таковыми у пациентов, которым кислородно-озоновую терапию не назначали (группа сравнения, в которую вошли 30 пациентов с теми же нозологиями). Предварительные итоги свидетельствуют о высокой эффективности кислородно-озоновой терапии. У получавших ее больных отмечали большее, чем в группе сравнения, уменьшение воспалительных явлений и выпадения волос или приостановление процесса, удлинение срока ремиссии. Эффективность метода подтверждалась также данными дерматоскопии: после курса комплексного лечения, включавшего 5—10 сеансов кислородно-озоновой терапии в очагах РА на волосистой части головы наблюдали уменьшение воспаления, а также явлений гиперкератоза. По периферии очагов поражения разветвляющиеся красные линии сосудов подсосочкового слоя дермы становились более узкими, менее яркими. Красные петли поверхностных сосудов по краям очагов выглядели более структурированными, по очертаниям они приближались к сосудистым петлям, характерным для неповрежденной кожи волосистой части головы, причем на отдельных участках их плотность (количество волос на 1 см<sup>2</sup>) увеличивалась, что свидетельствует о значительном улучшении трофики пораженных тканей.

Таким образом, для лечения РА в настоящее время существует много возможностей, как медикаментозных, так и физиотерапевтических. С одной стороны, это свидетельствует о том, что одного надежного и верного способа борьбы с этой патологией, к сожалению, не существует, с другой — многообразие и разнообразие методов

терапии и механизмов их действия не может не внушать определенного оптимизма. И среди новейших методов лечения рубцовых алопеций кислородно-озоновая терапия занимает достойное место и выглядит вполне перспективно. Следует также помнить о том, что для косметической маскировки дефектов можно рекомендовать пациентам использование париков и шиньонов. Операция по пересадке волос возможна лишь тогда, когда больной имеет подходящего донора затылочной области, и РА достигла «выгоревшей» стадии, что означает отсутствие признаков воспаления или прогрессии без какого-либо лечения не менее 2 лет [9].

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Алехина С. П., Щербатюк Т. Г.* Озонотерапия: клинические и экспериментальные аспекты. — Н. Новгород: Литтерра; 2003. — С. 72—93.
2. *Иванов О. Л., Кошелева И. В.* // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 2000. — №4. — С. 37—45.
3. *Кошелева И. В., Петинати Я. А.* Современная корригирующая комплексная терапия гнездовой алопеции // Тезисы 1-го Российского конгресса дерматовенерологов, 23—26 сентября 2003 г., Санкт-Петербург. — 2003. — Т. 1. — С. 56.
4. *Gerdson R., Wenzel J., Uerlich M. et al.* // *Dermatology*. — 2002. — Vol. 205, N 4. — P. 416—418.
5. *Goyal S., Nousari H.* // *J. Am. Acad. Dermatol.* — 2001. — Vol. 45, N 1. — P. 142—144.
6. *Harries M.J., Sinclair R.D., MacDonald-Hull S. et al.* // *Br. J. Dermatol.* — 2008. — Vol. 159, N 1. — P. 1—22.
7. *Hemmi H., Kaisho T., Takeuchi O. et al.* // *Nat. Immunol.* — 2002. — Vol. 3, N 2. — P. 196—200.
8. *Otberg N., Wu W.Y., McElwee K.J., Shapiro J.* // *Skinmed.* — 2008. — Vol. 7, N 1. — P. 19—26.
9. *Roenigk H.H. Jr., Martin J.S., Eichorn P., Gilliam J.N.* // *Cutis.* — 1980. — Vol. 25, N3. — P. 281—285.
10. *Ross E. K., Tan E., Shapiro J.* // *J. Am. Acad. Dermatol.* — 2005. — Vol. 53, N 1. — P. 1-37.
11. *Tlacuilo-Parra A., Guevara-Gutierrez E., Gutierrez-Murillo F. et al.* // *Rheumatology (Oxford)*. — 2005. — Vol. 44, N 12. — P. 1564—1568.
12. *Usmani N., Goodfield M.* // *Arch. Dermatol.* — 2007. — Vol. 143, N 7. — P. 873—877.
13. *Walker S., Kirby B., Chalmers R.* // *Br. J. Dermatol.* — 2002. — Vol. 147, N 2. — P. 405—406.
14. *Wollina U., Looks A.* // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* — 1999. — Vol. 13, N 2. — P. 127—130.

Поступила 20.10.11

## СИФИЛИС И УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

© В.В. ЧЕБОТАРЕВ, Н.А. АМИРДЖАХАН, 2012

УДК 616.972-022.36-084

### Превентивное лечение лиц, контактных с больными заразной формой сифилиса

*В.В. Чеботарев, Н.А. Амирджахан*

Кафедра дерматовенерологии и косметологии (зав. — проф. В.В. Чеботарев) ГОУ ВПО Ставропольская государственная медицинская академия

*Разработаны схемы дифференцированного превентивного лечения азитромицином пациентов, имевших половой или тесный бытовой контакт с больными заразной формой сифилиса. При сроках инкубации до 14 дней — 1 г, до 1 мес — 1,5 г, до 2 мес — 2 г однократно перорально. Клинико-серологический контроль в течение 6 мес показал отсутствие признаков сифилиса у всех контактных лиц. Схема может быть использована в практическом здравоохранении.*

Ключевые слова: сифилис, половые бытовые контакты, превентивное лечение

## PREVENTIVE TREATMENT OF INDIVIDUALS WHO HAD CONTACTS WITH PATIENTS WITH CONTAGIOUS SYPHILIS

*V.V.Chebotaryov, N.A.Amirdzhakhan*

*Protocols of differentiated preventive azitromycin therapy have been developed for patients with a history of sexual intercourse or close communal contacts with patients with contagious syphilis. Single oral drug doses for incubation periods of up to 14 days were 1 g, up to 1 month 1.5 g, and up to 2 months 2 g. Clinical and serological testing throughout 6 months showed no signs of syphilis in all subjects with a history of contacts. The protocol can be used in practical public health.*

*Key words: syphilis, sexual intercourse and communal contacts, preventive treatment*

С целью предупреждения сифилиса у лиц, находившихся в половом или тесном бытовом контакте с больным(ми) заразными формами сифилиса, включая ранний скрытый, в России назначают превентивное лечение.

В настоящее время срок его проведения определен до 2 мес с момента указанных видов контактов, что позволяло и позволяет предотвратить заражение сифилисом [7].

В последние 15 лет препаратом выбора в превентивном лечении, проводимом амбулаторно, был бензатин-бензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен), однократная инъекция которого в дозе 2 400 000 ЕД взрослым позволяла справиться с указанной задачей. Неудач лечения не описано, в то же время препарат обладает наибольшей комплаентностью [4]. Однако в настоящее время он отсутствует в аптечной сети.

Назначение отечественных дюрантных препаратов пенициллина требует повторного посещения лечебного учреждения, новокаиновой соли — госпитализации, что не всегда целесообразно.

Возникают сложности в амбулаторном лечении и при наличии аллергических реакций на пенициллин.

Согласно последнему нормативному документу, при указании в анамнезе на аллергические реакции на препараты пенициллина могут быть использованы другие, обладающие сходной клинической активностью [7]. Среди них перечислены ампициллин, оксациллин, цефтриаксон, которые требуют госпитализации пациентов, а также тетрациклин, доксициклин, эритромицин, азитромицин, применяемые перорально, что позволяет назначать их амбулаторно. Следует отметить, что у препаратов тетрациклинового ряда побочные эффекты достигают 15—18% [1]. Эритромицин необходимо применять 4 раза в сутки, часто возникают диспептические расстройства. Что касается азитромицина, то он отличается минимальными побочными действиями (2,5—3,5%), не требующими его отмены.

Достаточный опыт лечения больных азитромицином имел В. М. Иванов [5]. Он наблюдал 75 пациентов: серорезистентность возникла у 22,2% со вторичным свежим сифилисом и у 60% со вторичным рецидивным. По данным Ю. С. Бутова и соавт. [3], пролечивших 184 больных, при раннем скрытом сифилисе серорезистентность отмечена у 22,2%.

Как видно из публикаций, серорезистентность наблюдали у каждого 5-го пациента, принимавшего данный препарат.

К.К. Борисенко и соавт. [2], хотя пролечили всего 26 пациентов, но установили серорезистентность у 2, а клинико-серологический рецидив у 4. Объяснение неудач лечения азитромицином может быть связано прежде всего с тем, что он не проникает в спинномозговую жидкость. Однако следует учитывать и нерациональную схему его назначения. Известен принцип лечения больных сифилисом, отраженный во всех нормативных документах: курсовая доза зависит от стадии сифилиса. Что касается азитромицина, то непонятно, по какой причине его рекомендовали назначать по 0,5 г ежедневно продолжительностью 10 дней (курсовая доза 5 г) при любой ранней форме инфекции, что также повлияло на результаты терапии.

Заинтересовались в указанные годы азитромицином и зарубежные авторы. Так, Е. Ноок и соавт. [9] провели пилотное исследование эффективности однократного или двукратного с интервалом в 1 нед приема 2 г азитромицина для лечения раннего сифилиса. Контрольную группу составили пациенты, получившие парентерально 2 400 000 ЕД бензатин-пенициллина. Всего под наблюдением находились 42 больных: первичный сифилис зарегистрирован у 17 (40%), вторичный — у 15 (36%), ранний скрытый — у 10 (24%). Контрольное наблюдение проводили в течение 3 мес и более.

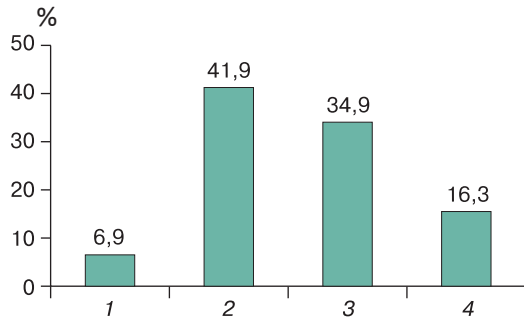
По данным серологических исследований ответ на бензатинпенициллин получен у 10 (83%) из 12 пациентов. Применение однократного и двукратного приема азитромицина оказалось эффективным соответственно у 9 (82%) из 11 и у 14 (74%) из 19. Авторы делают выводы о том, что пероральный прием азитромицина может стать альтернативой парентеральному введению бензилпенициллина при лечении раннего сифилиса.

В России неопределена доза азитромицина при проведении превентивного лечения. Какой она должна быть: аналогичной специфической терапии или меньшей? Если соотнести к дозе бензатин-бензилпенициллина, то при лечении первичного сифилиса назначают 2 400 000 ЕД внутримышечно (в/м) 2 инъекции с интервалом 7 дней, а при проведении превентивного лечения — однократная инъекция [7].

Е. Ноок и соавт. [10] в параллельном исследовании показали, что при назначении бензатин-бензилпенициллина (2 400 000 ЕД в/м) или азитромицина (1 г однократно) лицам, имевшим за 30 дней до этого половой контакт с больными сифилисом, в течение 3-месячного наблюдения ни у одного из них не развились клинические признаки инфекции, и они были серонегативными: реакция быстрого выявления

Сведения об авторах:

Чеботарёв В. В. — д-р мед. наук, проф. (sgmakvd@mail.ru); Амурджакхан Н.А. — аспирант.



Клинические формы сифилиса у потенциальных источников заражения.

1 — ранний скрытый; 2 — вторичный рецидивный; 3 — вторичный свежий; 4 — первичный серопозитивный.

реагинов плазмы (РПР) и реакция иммунофлюоресценции (РИФ<sub>абс</sub>). Авторы сделали вывод о том, что прием 1 г азитромицина — эффективный метод превентивного лечения сифилиса.

В связи с тем что в зарубежной литературе имеются лишь единичные наблюдения по превентивному лечению взрослых азитромицином, а в отечественной они вообще отсутствуют, целью нашего исследования стала разработка схем терапии данного контингента пациентов.

Необходимость назначения азитромицина возникает чаще всего в двух случаях: при непереносимости препаратов пенициллинового ряда и отказе больного от инъекционной формы лекарств.

Обследованы 43 пациента. Из них 36 с непереносимостью препаратов пенициллинового ряда, а 7 выбрали пероральный прием азитромицина.

Среди пролеченных было 23 (53,5%) мужчины и 20 (46,5%) женщины в возрасте от 18 до 55 лет. Все они были социально адаптированными. Холостых (не замужних) — 17 (39,5%), женатых (замужних) — 14 (32,6%), разведенных — 12 (27,9%). Работающих — 38 (88,4%), не работающих — 5 (11,6%).

Никто из больных не предъявлял жалоб на выделения из уретры или цервикального канала. В мазках, взятых со слизистой из указанных мест, гонококки и трихомонады не обнаружили. Полимеразная цепная реакция на *Chlamydia trachomatis* отрицательная. Перед назначением превентивного лечения у всех пациентов были отрицательными реакция микропреципитации (РМП), иммуноферментный анализ (ИФА), реакция прямой гемагглютинации (РПГА).

Доза азитромицина зависела от сроков, прошедших с момента полового контакта.

Средний срок инкубации составляет 30 дней. В течение первых 10—14 дней данная категория больных практически не может послужить источником заражения другого лица. В связи с этим доза составила 1 г азитромицина, принимаемого перорально однократно.

Что касается сроков инкубационного периода до 1 мес, то заражение возможно после 14 дней инкубации [8]. С учетом возможности инфицирования доза определена 1,5 г однократно. Наконец, в максимальные сроки инкубации от 1 до 2 мес выбрана доза 2 г однократно. Учтено, что при "затянувшемся" инкубационном периоде не исключено развитие скрытой формы сифилиса.

Клинические проявления у больных сифилисом (потенциальные источники заражения)

Таблица 1

Форма сифилиса	Клинические проявления	Количество больных	
		абс.	%
Первичный сероположительный	Твердый шанкр единичный, регионарный лимфаденит	4	9,3
	Осложненный твердый шанкр (фимоз, парафимоз), регионарный лимфаденит	1	2,3
	Множественные твердые шанкры (2—3), регионарный лимфаденит	1	2,3
	Множественные твердые шанкры (2—3), осложненные (фимоз, парафимоз, регионарный лимфаденит)	1	2,3
Вторичный свежий	Множественная мелкая розеола, полиаденит (умеренный регионарный лимфаденит)	4	9,3
	Множественная мелкая розеола, полиаденит, регионарный лимфаденит, остатки язвенного твердого шанкра	5	11,6
	Множественная мелкая розеола, папулы туловища, слизистой полости рта	6	14
Вторичный рецидивный	Розеола крупная единичная, папулы туловища, широкие кондиломы	6	14
	Розеола крупная единичная, папулы ладоней, подошв, слизистой полости рта	5	11,6
	Розеола крупная единичная, папулы туловища, ладоней, подошв	7	16,3
Ранний скрытый	—	3	7
Всего...		43	100

Таблица 2

**Форма сифилиса, сроки инкубации и дозы азитромицина (сумамед), используемые в превентивном лечении контактных лиц**

Форма сифилиса	Срок инкубации (доза азитромицина)							
	до 14 дней (1 г)		до 1 мес (1,5 г)		до 2 мес (2 г)		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первичный сероположительный	3	42,9	1	14,3	3	42,8	7	16,3
Вторичный свежий	4	26,6	7	46,8	4	26,6	15	34,8
Вторичный рецидивный	4	22,2	8	44,6	6	33,2	18	41,9
Ранний скрытый	-	-	2	66,7	1	33,3	3	7
Всего...	11	25,6	18	41,9	14	32,6	43	100

Известно, что возможность инфицирования полового партнера зависит от стадии сифилиса (наибольшая у больных вторичным сифилисом с эрозивными папулами, широкими кондиломами), но в среднем она составляет 60% [6].

Среди больных заразными формами сифилиса, которые могли послужить источником заражения половых партнеров, 7 (16,3%) страдали первичным серопозитивным сифилисом, 15 (34,9%) — вторичным свежим, 18 (41,9%) — вторичным рецидивным, 3 (6,9%) — ранним скрытым; давность заболевания, предполагаем, составила от 2 до 6 мес.

Клинические проявления инфекции у данной категории больных представлены в **табл. 1**, а клинические формы — на **рисунке**.

Диагноз сифилиса был установлен на основании анамнеза, клинических проявлений, обнаружения *Treponema pallidum* с поверхности твердого шанкра или эрозивных папул слизистой полости рта, гениталий, а также положительных серологических реакций (РМП, ИФА, РПГА). При раннем скрытом сифилисе — анамнез, положительные серологические реакции, отсутствие специфических поражений (консультации окулиста, терапевта, невропатолога) висцеральных органов, нервной системы.

В **табл. 2** отражены число пациентов, получивших превентивное лечение различными дозами азитромицина, и форма сифилиса у потенциальных источников заражения.

Контактные лица, получившие превентивное лечение, находились на диспансерном наблюдении в течение 6 мес. Первое клинико-лабораторное обследование через 1 мес после приема препарата, второе — через 3 мес, третье — через 6 мес.

При обследовании через 1—3 мес после приема азитромицина, а также через 6 мес после окончания лечения при снятии с диспансерного учета проводили постановку РМП, ИФА, РПГА.

За указанный период диспансерного наблюдения ни у одного из пролеченных контактных по сифилису лиц не отметили клинических проявлений инфекции. Серологические реакции были отрицательными.

Переносимость азитромицина оценена как хорошая, лишь 2 (4,7%) больных указали на тошноту при приеме 2 г препарата, которая исчезла спустя 6 ч.

Таким образом, разработанные схемы превентивного лечения азитромицином взрослых, которые имели половой контакт с больными различными формами сифилиса, его однократным приемом в дозе, определяемой сроком с момента возможного инфицирования, могут быть использованы для лиц с непереносимостью препаратов пенициллинового ряда или при отказе от инъекционной формы лекарств.

#### Выводы

1. Азитромицин может быть назначен с целью превентивного лечения лиц, находившихся в половом или тесном бытовом контакте с больными заразной формой сифилиса.

2. Препарат комплаентен, отличается хорошей переносимостью.

3. Доза азитромицина должна быть дифференцирована: при сроке инкубации до 14 дней — 1 г, до 1 мес — 1,5 г, до 2 мес — 2 г перорально однократно.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Антибактериальная терапия: Практик. руководство / Под ред. Л.С. Страчунского и др. — М.: Боргес; 2000.
2. Борисенко К.К., Лосева О.К., Бондаренко Т.Ф. // Вестн. дерматол. и венерол. — 1997. — № 2. — С. 42—44.
3. Бутов Ю.С., Волкова Е.Н., Школьников М.М., Дуплина Н.М. // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 1998. — № 7. — С. 51—54.
3. Дерматовенерология: Клинические рекомендации / Под ред. А.А. Кубановой. — М.: ДЭКС-Пресс; 2008.
4. Иванов В.М. Динамика клинико-серологических показателей у больных ранними формами сифилиса при лечении различными антибиотиками: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М.; 1998.
5. Милч М.В. Эволюция сифилиса. — М.: Медицина; 1987.
6. Приказ Минздрава РФ от 25.07.03 № 327 "Об утверждении протокола ведения больных "Сифилис". — М., 2003.
7. Чеботарев В.В. Сифилис. — Ставрополь: Седьмое небо; 2010.
8. Hook E.W. 3<sup>rd</sup>, Stephens J., Ennis D.M. // International Congress STD, 12<sup>th</sup> Meeting ISSTD, 14<sup>th</sup> Red Meeting IUSTI, 1997, Seville, Spain. — 1997. <http://www.iusti.org>.
9. Hook E.W. 3<sup>rd</sup>, Stephens J., Ennis D.M. Azithromycin compared with penicillin G benzathine for treatment of incubating syphilis. Dept of Med, Univ of Alabama at Birmingham School of Med, 35294 — 0006, USA. Ann. Intern. Med. 1999 Sep 21; 131(6): 434—437.

Поступила 12.07.11

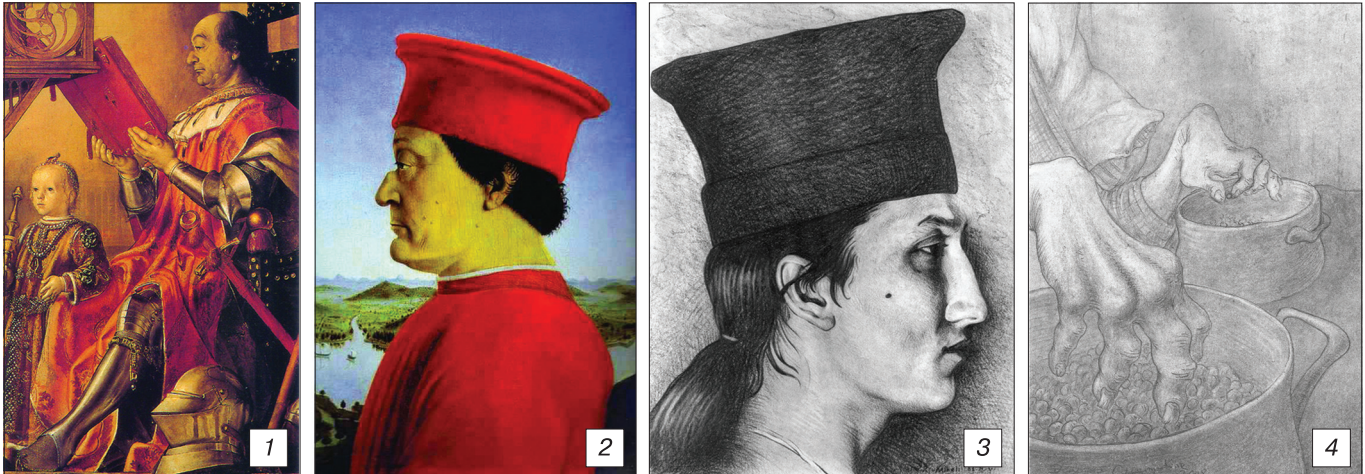
## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ В ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЕ И ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОМ ИСКУССТВЕ

© С. А. МОНАХОВ, Н. Г. ШИЛОВА, 2012  
УДК 616.5:75

### Загадка двух профилей

С. А. Монахов, Н. Г. Шилова

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. О. Л. Иванов) лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздравсоцразвития России



Двойной портрет "Федерико да Монтефельтро и его сын Гвидобальдо" (ок. 1477) кисти П. Берругете украшал стены дворца герцога Федерико де Монтефельтро из Урбино, одного из самых образованных и знатных людей своего времени. Он начинал свою деятельность как энергичный воин на службе других итальянских государей. Достигнув власти, Монтефельтро поставил себе целью сделать из Урбино новые Афины, для чего пригласил в свой дворец лучших писателей и художников. На портрете герцог облачен в доспехи и с книгой. Портрет выполнен строго в профиль, поскольку Монтефельтро желал скрыть правую часть лица. В 1450 г. он получил глубокую рану на турнире. Копье противника пробило забрало, попав прямо в глаз и навсегда изуродовав лицо [1]. Обращают внимания изменения межфаланговых суставов у герцога и его сына (рис. 1). На другом портрете кисти П. Франческа на лице герцога Федерико да Монтефельтро (ок. 1470) видны множественные мелкие изменения кожи (рис. 2) [4].

Темное образование в правой скуловой области запечатлел у своего персонажа Р. Крихели на полотне "Портрет М. Шемякина" (1982; рис. 3) [3, 4]. Дочь М. Шемякина, знаменитая художница Доротея Шемякина, иллюстрируя роман А. Камю "Чума", на

одной из иллюстраций изобразила изменения межфаланговых суставов кистей главного героя (рис. 4) [2], укладывающиеся в клиническую картину заболевания Федерико да Монтефельтро и его сына Гвидобальдо.

#### Вопросы

1. Каков предположительный диагноз образований на лице Федерико да Монтефельтро с портрета кисти П. Франческа?
2. Каков вид образования на лице М. Шемякина с портрета кисти Р. Крихели?
3. Какое заболевание объединяет Федерико да Монтефельтро, его сына Гвидобальдо и героя романа А. Камю "Чума"?

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Виге Х. Медицина в искусстве: от античности до наших дней. — М.: МЕДпресс-информ; 2009.
2. Камю А. Чума. Пер. с фр. Н.Жаркова. С илл. Доротеи Шемякиной. — СПб.: Проспект, ОСТ; 2009.
3. Михаил Шемякин. В 2 томах. — СПб.: Азбука-классика; 2010.
4. Монахов С. А. Накожные художества. — М.: Ритм; 2012.

Поступила 02.11.11

Сведения об авторах:

Монахов С. А. — канд. мед. наук, ассистент (samskin@yandex.ru); Шилова Н. Г. — ассистент.