

Сравнительный анализ сдвигов показателей иммунограмм показал, что терапия, включавшая иммуномодулятор иммуномакс, была более эффективной как у пациентов с АБ, так и у пациентов с АБ в сочетании с УТ, чем стандартное лечение. Это коррелировало с быстрым регрессом объективной клинической симптоматики и отсутствием лабораторно подтвержденных рецидивов указанных инфекций у значительного числа пациентов в течение длительного периода наблюдения.

Литература

1. Клеточные механизмы иммуномодулирующего действия препарата иммуномакс / Р.И. Атауллаханов [и др.] // Иммунология. – 2005. – № 2. – С. 15–17.
2. Баткаев, Э.А. Терапевтическая эффективность препарата Иммуномакс при комплексном лечении урогенитального хламидиоза, осложненного хроническим простатитом в стадии обострения / Э.А. Баткаев, Д.В. Рюмин, Л.М. Топоровский // Вестн. последипломного мед. образования. – 2005. – № 1. – С. 56–59.
3. Буданов, П.В. Проблемы терапии рецидивирующего генитального герпеса / П.В. Буданов // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3. – № 4. – С. 94–98.
4. Гомберг, М.А. Алгоритмы диагностики и лечения наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем / М.А. Гомберг, А.М. Соловьев // Трудный пациент. – 2004. – № 5. – С. 3–8.
5. Гомберг, М.А. Лечение уреоплазменной инфекции урогенитального тракта / М.А. Гомберг, А.М. Соловьев // Леч. врач. – 2004. – № 10. – С. 39–42.
6. Применение активатора противовирусного иммунитета в комплексной терапии рецидивирующих острых конических кондилом / Ю.Н. Перламутров [и др.] // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2003. – № 3. – С. 138–141.
7. Centers for Disease Control and Prevention STD Guidelines, 2006. MMWP. – 2006. – Vol. 55. – P. 97

DYNAMICS OF SYSTEMIC IMMUNITY INDEXES UNDER THE EFFECT OF DIFFERENT FORMS OF THERAPY IN PATIENTS WITH ISOLATED HPV-INFECTION AND IN COMBINATION WITH UROGENITAL TRICHOMONIASIS

A.A. ZIKKEVA, T.V. BIBICHEVA, L.V. SILINA, A.I. LAZAREV

*Polyclinic of RF Federal Taxation Service, Moscow;
Kursk State Medical University, Chair of Skin and Venereal Diseases*

The article highlights the results of studying the systemic immunity at 110 men (1st group – 61 patient with anogenital warts, 2nd group – 49 men with anogenital warts combined with urogenital trichomoniasis).

Key words: men, anogenital warts, urogenital trichomoniasis, immunomodulator Immunomax, radiodestruction, «Surgitron».

УДК 616.352 – 007.254 – 085.281

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НА ФОНЕ ПРОКТИТА

Е.А. МАЛЕВА*

В настоящей работе проанализированы клинические результаты лечения 84 пациентов с хронической анальной трещиной и сопутствующим проктитом с использованием топической этиотропной антибактериальной терапии. Установлено, что местное применение антибактериальных средств имеет быстрый обезболивающий эффект, ускоряет эпителизацию трещины заднего прохода, позволяет проводить лечение в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: анальная трещина, проктит, антибактериальная терапия.

Хроническая анальная трещина (ХАТ) – это раневой дефект анодермы, который расположен между линией Хилтона дистально и гребешковой линией проксимально, существующий более 6 недель. Анальная трещина является одним из частых заболеваний прямой кишки, составляющих 10–15% в структуре всех проктологических нозологий [1,5,6]. Эта проблема имеет важное медицинское и социально – экономическое значение, так

как большинство пациентов находится в трудоспособном возрасте, а качество их жизни значительно страдает из-за выраженного болевого синдрома при дефекации и ректальных кровотечениях [2,3,4,10].

Общепринятые методы консервативной терапии хронической анальной трещины в большинстве своем малоэффективны. Различные виды хирургического вмешательства считались «золотым стандартом» лечения в течение многих десятилетий [9]. Однако в настоящее время широкие показания к оперативному лечению трещин заднего прохода подвергнуты ревизии, так как этот вид лечения представляет потенциальный риск послеоперационной инконтиненции [2,5,9]. Кроме того, существующие методы лечения не всегда имеют патогенетическое обоснование, в результате чего часто возникают рецидивы заболевания [3]. Поэтому, несмотря на значительные результаты уже имеющихся методов лечения, продолжается поиск эффективных способов местной терапии с учетом патогенетических факторов формирования ХАТ [2,4].

Выбор метода лечения ХАТ до сих пор остается сложной задачей. Хотя и проведено большое количество исследований, но этиология и патогенез трещины заднего прохода до сих пор считаются не изученными до конца [8].

По данным литературы в большинстве случаев анальные трещины образуются на фоне хронического воспаления слизистой оболочки толстой кишки и аноректальной зоны (хронический неинфекционный колит, проктосигмоидит, проктит, папиллит, криптит) [1,4,7,9]. В результате хронического воспаления нарушаются эластические свойства слизистой оболочки, изменяется нервная структура в области пораженного участка, что приводит к появлению выраженного болевого синдрома, рефлекторного спазма внутреннего анального сфинктера и нарушению процесса заживления. Также эпителизации анальной трещины препятствует местная ишемия анодермы, возникающая из-за спазма внутреннего анального сфинктера, и фиброз, образующийся вследствие постоянных механических повреждений и абразивного действия фекального болюса [1,4,5,11].

Трещина, образовавшаяся в результате первоначального механического повреждения, представляет собой рану, которая постоянно соприкасаясь с фекальной флорой, достаточно быстро колонизируется микроорганизмами [4]. Тем не менее, роль микробного фактора в развитии хронической анальной трещины и основных ее симптомов до сих пор не рассматривалась.

Цель исследования – исследовать спектр микроорганизмов, колонизирующих анальную трещину, и их чувствительность к антибактериальным препаратам; изучить клинические результаты лечения ХАТ с помощью этиотропной топической антибактериальной терапии.

Материалы и методы исследования. Получено положительное решение этического комитета на проведение клинического исследования. В исследование включено 84 пациента, находившихся на консервативном амбулаторном лечении, с диагнозом хроническая анальная трещина. Критерием включения было наличие хронической анальной трещины на фоне проктита. Критериями исключения являлись острая анальная трещина, ХАТ без сопутствующего проктита, пектенос анального канала, тяжелое соматическое заболевание в стадии декомпенсации, сахарный диабет, отягощенный анамнез, отказ пациента от исследования.

Среди больных было 45 (53,57%) женщин и 39 (46,43%) мужчин. Средний возраст составил 33,7 лет (от 20 до 60 лет).

Единичная анальная трещина выявлена у 73 (86,90 %) человек, множественные – у 11 (13,10 %). Задняя трещина была у 59 (70,24 %) больных. У 17 (20,24 %) – передняя анальная трещина, у 8 (9,52 %) – боковая. Длину трещины ≤ 10 мм мы нашли в 9,52 % (8 чел.) случаях, от 10 мм до 15 мм – в 69,05 % (58 чел.), ≥ 15 мм – у 21,43% (18 чел.).

Диагноз проктита выставляли при проводившейся под местной анестезией (спрей лидокаин 10%) аноскопии разовым стерильным проктоскопом фирмы «Suyun». Учитывали 3 и более эндоскопических критерия: гиперемия слизистой оболочки, отек, мелкоочаговые геморрагии, контактную ранимость, очаговое, либо диффузное обеднение или отсутствие сосудистого рисунка, наличие слизи, фибрина, наличие папиллита и/или криптита. Длину трещины измеряли в миллиметрах.

Микрофлору, колонизирующую анальную трещину, исследовали при первичном осмотре до начала лечения. Посев брали

* ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64.

из глубины трещины вращательными движениями стерильным тампоном. Полученный материал помещали в транспортную систему со средой Амиса с углем (STERILE TRANSPORT SWAB, AMIES W/CH, COPAN innovation, Италия). Микробиологическое исследование на аэробную флору включало идентификацию микроорганизмов по стандартным методикам с использованием номенклатуры Д.Х. Берги и определение их чувствительности к антибактериальным препаратам в соответствии с методическими указаниями МУК 4.2.1890-04.

Индикацию и идентификацию анаэробных бактерий осуществляли с помощью диагностических планшет MIKRO-LA-TEST, ANAEROTest 23 (PLIVA-LachemaDiagnostika, Чехия) на бактериологическом анализаторе iEMS Reader (THERMO LABSYSTEM, Финляндия). Также проводили тест на азотолерантность микроорганизмов.

Статистическая обработка данных проведена с использованием прикладного статистического пакета Statistica 5.5.

В таблицах указаны абсолютное количество больных, выборочная оценка доли и ошибка выборочной оценки доли. Для проверки статистической значимости различий частоты симптомов заболевания до лечения и на различных сроках терапии использован критерий χ^2 . Критический уровень значимости принимали 0,05.

Результаты и их обсуждение. При исследовании материала, взятого из анальной трещины, у всех пациентов выявлены аэробные микроорганизмы, которые представлены E.coli в 55 (65,48%) случаях, Enterococcus spp. – в 43 (51,19%), Streptococcus spp. – 22 (26,19%), Staphylococcus spp. – 16 (19,05%), Enterobacter spp. – 11 (13,1%), Proteus vulgaris – 7 (8,33%), Pseudomonas aeruginosa – 7 (8,33%), Klebsiella pneumoniae – 4 (4,76%).

Чувствительность аэробных микроорганизмов была определена к следующим антибактериальным средствам: в подавляющем большинстве случаев (93,5%) – к ципрофлоксацину, в 89,7 % случаев – к гентамицину, к ампицилину – в 86,5%, цефтриаксону – 83,1%, цефуроксиму – 80,7%, амикацину – 78,8% и азитромицину – 73,4%.

У 41 (48,8%) больного в трещине была обнаружена анаэробная флора в ассоциации с аэробами. Среди анаэробных микроорганизмов выделены Bacteroides spp. у 24 (28,57%) пациентов, Clostridium spp. – у 10 (11,9%), Eubacterium spp. – у 4 (4,76%), Peptostreptococcus spp. – у 3 (3,57%).

Всем пациентам при выявлении аэробной флоры назначали предложенные нами ректальные суппозитории с антибактериальными компонентами с учетом обнаруженной чувствительности, при идентификации анаэробной микрофлоры – с метронидазолом (заявка на патент № 2010124446, приоритет от 15.06.2010). Помимо этого, назначалась базовая терапия, включающая диету с высоким содержанием пищевых волокон, масляные микроклизмы перед стулом, «Дюспаталин».

Для определения субъективного ощущения пациентом боли в момент исследования и оценки ее интенсивности мы использовали визуальную аналоговую шкалу (Visual Analog Scale, VAS). Также мы предлагали пациентам разработанный нами опросник, с помощью которого больной указывал локализацию, интенсивность, динамические характеристики боли в течение суток, всего периода лечения.

До начала лечения интенсивность болевых ощущений составляла 7-8 баллов. Выраженный обезболивающий эффект был отмечен на 5 день лечения, интенсивность боли снизилась до 2-3 баллов. На 10 день лечения болевой синдром был купирован у большинства пациентов.

Эффективность лечения оценивали по клиническим признакам: спазм анального сфинктера, боль при дефекации, кровотечение во время стула, «стулбоязнь». Выраженность этих симптомов определяли до начала терапии, на 5 и на 10 дни курса лечения (табл. 1). Наличие или отсутствие полной эпителизации анальной трещины отмечали на 28 день терапии. При отсутствии заживления больным предлагали оперативное лечение.

Этиотропная топическая антибактериальная терапия оказалась эффективной у значительного числа пациентов. Так, если до начала лечения спазм сфинктера был отмечен у 70 пациентов, боль при дефекации – у 68 и кровотечение при дефекации – у 61 человека, то уже к 5 дню обезболивающий эффект, прекращение кровотечений, купирование спазма сфинктера и явлений проктита были выявлены у большинства исследованных. К 10 дню боязнь дефекации исчезла практически у всех пациентов.

Доля полностью заживших трещин на разные сроки наблюдения представлена в табл. 2.

Таблица 1

Клинические результаты лечения анальной трещины

Признак	Количество больных, N = 84					
	до лечения		на 5 сутки		на 10 сутки	
	п	%	п	%	п	%
Наличие спазма сфинктера	70	83,33±4,07	31	36,9±5,27*	11	13,1±3,68*
Наличие боли при дефекации	68	80,95±4,28	16	19,05±4,28*	7	8,33±3,02*
Кровотечения при дефекации	61	72,62±4,87	15	17,86±4,18*	5	5,95±2,58*
Наличие «стулбоязни»	51	60,71±5,33	13	15,48±3,95*	6	7,14±2,81*

Примечание: p<0,05 при сравнении с частотой данного симптома до лечения (критерий χ^2)

Таблица 2

Кумулятивная частота заживления трещины

Срок лечения	Количество больных, N=84
5 день	46,43% (39)
10 день	69,05% (58)
14 день	77,38% (65)
21 день	91,67% (77)
28 день	95,24% (80)

Полная эпителизация трещины через 28 дней была отмечена у 80 (95,24±2,32%) больных в среднем к 9,7±0,8 дню лечения. Явления проктита были купированы у 81 (96,43±2,03%) пациента. У 4 (4,76±2,32%) человек заживление не наступило. Им была произведена фиссурэктомия со сфинктеротомией.

Хорошим результатом лечения мы считали отсутствие всех клинических симптомов и эндоскопических признаков проктита, удовлетворительным – периодическое появление крови во время стула, неудовлетворительным – сохранение боли при дефекации и спазма сфинктера.

Из 84 пациентов хорошие результаты были отмечены у 80 (95,24%) пациентов, удовлетворительные – у 3 (3,57±2,03%) и неудовлетворительные – у одного (1,19%) больного.

Повторные осмотры пациентов с целью выявления рецидивов заболевания проводили через 6, 12 и 18 месяцев после окончания лечения. Рецидивы через 6 месяцев выявлены у 3 (3,57±2,03%) больных, не выполнявших рекомендации, у которых сохранились явления проктита. У них удалось достичь заживления хронической трещины заднего прохода и ликвидировать явления проктита консервативной терапией по той же схеме длительно до 4 недель. У оперированных пациентов рецидива ХАТ не было.

Таким образом, этиотропная топическая антибактериальная терапия может служить альтернативой оперативному лечению хронической анальной трещины.

Выводы: 1. Хроническая анальная трещина колонизирована микроорганизмами и представлена аэробной флорой или ассоциацией аэробов и анаэробов.

2. Местное применение антибактериальных средств способствует быстрому заживлению хронической анальной трещины.

3. Предложенный способ лечения позволяет проводить лечение амбулаторно без выдачи листа нетрудоспособности.

Литература

1. Благодарный, Л.А. Выбор метода лечения анальной трещины // Л.А. Благодарный // Русский медицинский журнал. – 2002. – Т. 10, № 28. – С. 1327–1330.
2. Грошин, В.С. Комплексное лечение анальных трещин (клинико-анатомо-экспериментальные исследования): автореф. дис. ... д-ра мед.наук / В.С. Грошин. – Ростов-на-Дону, 2010. – 43 с.
3. Жарков, Е.Е. Комплексное лечение хронической анальной трещины: дис. ... канд. мед. Наук / Е.Е. Жарков. – М., 2009. – 120 с.
4. Колоректальная хирургия / под ред. Р.К.С. Филлипса; пер. с англ. под ред. Г.И. Воробьева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 268–276.
5. Крылов, Н.Н. Хроническая анальная трещина // Н.Н. Крылов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. –

2008.– № 1.– С. 5–11.

6. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.– С. 94–104.

7. Шахрай, С.В. Лечение анальной трещины в амбулаторных условиях – современное состояние проблемы / С.В. Шахрай // Военная медицина.– 2010.– №2.– http://www.bsmu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=3836:2010-09-10-07-04-57&catid=272:22010-&Itemid=196

8. Chong, P.S. Hemorrhoids and fissure in ano / P.S. Chong, D.C.C. Bartolo // Gastroenterol. Clin. N. Am.– 2008.– V. 37.– P. 627–644.

9. Collins, E.E. A review of chronic anal fissure management / E.E. Collins, J.N. Lund // Tech. Coloproctol.– 2007.– V. 11, № 3.– P. 209–213.

10. Quality of life in patients with chronic anal fissure / Griffin N.[et al] // Colorectal Dis.– 2004.– V. 6.– P. 39–44.

11. Practice parameters for the management of anal fissures (revised) / Orsay Ch. [et al.]// Dis. Colon Rectum.– 2004.– V. 47.– P. 2003–2007.

NEW METHOD OF TREATMENT OF CHRONIC ANAL FISSURE ASSOCIATED WITH PROCTITIS

E.A. MALEVA

Chelyabinsk State Medical Academy

In this paper we analyzed the clinical results of treating 84 patients with chronic anal fissure associated with proctitis using topical etiotropic antibiotic therapy. It is established that topical application of antibacterial agents is of fast analgesic effect, accelerate epithelization of anal fissure, makes it possible to provide treatment on an outpatient basis.

Key words: anal fissure, proctitis, antibacterial therapy.

УДК 612.663.5

ПРИРОДНЫЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В ОБЩЕМ КОМПЛЕКСЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОК С ОТНОСИТЕЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Е.Ф. ФИЛИППОВ*

За последние пять лет актуализируется проблема медико-социальной культуры у женщин с относительным бесплодием и взаимовлияние аспектов своевременной профилактики инфекции герпесвирусной этиологии у них. Здесь уместно адресоваться к позитивному опыту, так называемых, «школ здоровья для женщин», которые возрождаются при отечественных крупных перинатальных центрах. Это является мощным стимулом для решения такой значимой социально-педагогической проблемы здравоохранения как повышение первичных медицинских знаний у женщин, стремящихся к материнству.

Ключевые слова: относительное бесплодие, герпесвирусная инфекция.

Актуальность поставленной проблемы обусловлена тем, что, по свидетельству М.Е.Уквальберга (2009) сочетанные герпетические аногенитальные поражения (включая герпетический вульвовагинит) занимают у женщин, страдающих относительным бесплодием, ведущее место в структуре сопутствующих заболеваний. По данным разных авторов [2] частота герпетических вульвовагинитов колеблется от 9 до 14% в общей структуре первичной обращаемости по поводу относительного бесплодия (N96 по МКБ-X), обусловленного воспалительными болезнями женских тазовых органов. Данные зарубежных авторов D.E. Dwyer, A.L. Cunningham также отличаются высокой вариабельностью, поскольку в Испании герпетическим вульвовагинитом страдают 12,7% обратившихся первично за консультативной помощью по поводу относительного бесплодия, в Великобритании – 13,2%, в Греции и США – 16,3% обследованных. Г.Т.Сухих и Л.В.Ванько указывают, что среди пациенток с относительным бесплодием распространенность герпетических вульвовагинитов составляет в России 2,62-3,17 на 1000 женщин, причем более 60% вирусных вульвовагинитов имеют рецидивирующий характер. В ряде регионов (в Краснодарском крае, Поволжье, Карелии) этот показатель по данным Минздрава РФ несколько ниже феде-

ральных значений, но сохраняется на уровне 38,5-42,4% от общего числа обращений пациенток, страдающих относительным бесплодием за первичной помощью в женские консультации. Согласно существующей международной классификации (M.J.Pena, M.I.Campos-Herrero, M.C.Ruiz, H.Rodriguez, 2008), различают первичный и рецидивирующий генитальный герпес, а последний подразделяется как на типичную, так и атипичную клинические формы и бессимптомное вирусовыделение. Как отмечают О.Б. Фролова и Л.У.Асаналиева (2008), сам термин «генитальный герпес» возник в начале XX века для обозначения очага поражения на коже и слизистых оболочках наружных половых органов. С развитием современных вирусологических методов исследования стали появляться сведения об «атипичных» формах этой болезни. По утверждению Ю.А.Куркина и Л.Е.Михайловой, диагноз «атипичная форма генитального герпеса» ставится для обозначения хронического воспалительного процесса внутренних гениталий (кольпит, вульвовагинит, эндоцервицит и т.д.) при наличии лабораторно-подтвержденной герпетической природы заболевания, в отличие от «типичной» картины болезни, при которой на слизистой оболочке этих органов эпизодически возникают очаги поражения с везикулезно-эрозивными элементами. В этой связи актуализируется проблема медико-социальной культуры у женщин с относительным бесплодием и взаимовлияние аспектов своевременной профилактики инфекции герпесвирусной этиологии у них. Здесь уместно адресоваться к позитивному опыту, так называемых, «школ здоровья для женщин», которые возрождаются при отечественных крупных перинатальных центрах. Это является мощным стимулом для решения такой значимой социально-педагогической проблемы здравоохранения как повышение первичных медицинских знаний у женщин, стремящихся к материнству. Последнее имеет отношение к проблеме относительного бесплодия, поскольку заболевания герпесвирусной этиологии выступают в качестве одной из причин, снижающих репродуктивную функцию женщины. Соотношение банальной инфекции в микробно-вирусных ассоциатах представлено в табл. [5,6,7,9,10].

Обсуждая данные табл., следует указать на то, что для проведения эксперимента, т.е. диагностики с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) использовался амплификатор МС-2 (производство «НПФ ДНК-технология», г. Москва, Россия). Продукты ПЦР анализировали методом электрофоретического разделения в 1,5 %-ных агарозных гелях. В качестве внешних молекулярных стандартов использовались положительные контроли, прилагаемые к наборам реагентов. По окончании процесса электрофоретического разделения агарозные гели просматривали в ультрафиолетовом свете (длина волны 254 или 302 нм) на трансиллюминаторе.

Таблица

Данные полимеразной цепной реакции (ПЦР-диагностики) у женщин с относительным бесплодием при идентификации соотношения наличия банальной инфекции и возбудителей герпесвирусной этиологии*

Полученные данные полимеразной цепной реакции (p<0,05)	Основная группа**		Контрольная группа	
	до лечения	после	до лечения	после
1. Корреляция показателей ПЦР-диагностики и данных иммунограмм: активация NK-клеток (естественных киллеров) N=9-16%	79,15±0,27	15,26±0,12	79,18±0,22	39,04±0,13
2. Взаимосочетаемость herpes simplex с другими инфекциями, обнаруженными при ПЦР-диагностике в микробно-вирусных ассоциатах (инфекционный агент):	суммарно обнаружено:			
	у 100% (279) пациенток в т.ч.:	у 11,4% (32) пациенток в т.ч.:	у 100% (279) пациенток в т.ч.:	у 51,6% (144) пациенток в т.ч.:
	- Tr. vaginalis	36,6%(102)	6,1%(17)	36,2%
	- Neisseria gonorrhoeal	7,2%(20)	нет	6,8%(19)
	- хламидийная инфекция	27,2%(76)	3,1%(9)	28,3%(79)
- микоплазма	29,0%(81)	2,1%(6)	28,7%(80)	14,3%(40)

Примечание: * по результатам совместных исследований с О.Б. Фроловой в период 2006-2010 гг., ** – основная и контрольная группа по n=279 каждая

Взаимосочетаемость herpes simplex с другими инфекциями, обнаруженными при ПЦР-диагностике в микробно-вирусных ассоциатах, была достаточно высока, и до лечения идентифицировалась (по данным микроскопирования соскобов и серозных выделений, а также по непосредственным результатам полимеразной цепной реакции) у 100% пациенток из обеих групп на-

* Кубанский государственный медицинский университет, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС