

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА

РОКИЦКАЯ В.Н., МИНУЛЛИН И.К., НИЗАМОВА Н.Ю.,
БИЛЬДЮК Е.В., ПЛАТОНОВА О.В. г. Казань.

Почти столетняя история серологической диагностики сифилиса берет свое начало в 1906 году, когда Вассерман, Нейссер и Брук опубликовали первую работу, посвященную этой проблеме. Путь, пройденный серодиагностикой сифилиса, характеризовался поиском новых, более точных методик, более чувствительных тест-систем.

Обсуждаемая проблема приобрела особое значение в последние десятилетия в связи со стремительным ростом заболеваемости сифилисом во всем мире и, особенно, в России. Достаточно сказать, что по данным Всемирной Организации Здравоохранения ежегодно регистрируется более 12 миллионов новых случаев сифилиса. Многие авторы отмечают, что наряду с общим ростом заболеваемости сифилисом происходит изменение структуры его форм, а именно, наблюдается отчетливая тенденция к росту наиболее опасной формы раннего скрытого сифилиса.

Г.А. Дмитриев и Н.Ф. Фриго (2004), подчеркивая сложности диагностики раннего скрытого сифилиса, указывают на недостаточную изученность сравнительной дифференциально-диагностической ценности стандартных и современных серологических реакций на сифилис.

Таким образом, необходимость совершенствования серологической диагностики сифилиса и разработки клинико-серологических критериев не вызывает сомнений. Эта необходимость нашла свое отражение в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации № 87 от 20-го марта 2001 года, в котором предусматривалась замена к 2006 году реакций связывания комплемента (РСК) на более чувствительные и специфические методики: иммуноферментный анализ (ИФА), реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА), реакцию микропреципитации (РМП) с титром реагинов. Тем самым подчеркивается новизна и диагностическая значимость проведения реакции микропреципитации с количественным определением титра реагинов.

В серологической лаборатории городского кожно-венерологического диспансера г. Казани (заведующая лабораторией Наиля Юнусовна Низамова) с 2003 года освоена и внедрена реакция пассивной гемагглютинации (проведено 8 550 исследований). В этом же году внедрен количественный вариант реакции микропреципитации (МРП).

В 2004 году освоены и внедрены различные модификации иммуноферментного анализа (ИФА) и реакции иммунофлюоресценции (РИФ200, РИФаБс.) — тем самым, начиная с апреля прошлого 2004 года, серологическая лаборатория ГКВД г.Казани осуществляет обследование больных на сифилис всеми современными методами, рекомендованными в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации № 87.

За 2004 год выполнено 47 091 серологических исследований МРП, ИФА (Ig.M+ IgG), РПГА, ИФА (Ig.M), РИФ200, РИФаБс. Из них положительными оказались 8147, что составляет 17,3%. Доля впервые обратившихся среди всех сероположительных пациентов составила 21,7%.

Удельный вес больных, у которых специфические реакции (РИФ, ИФА, РПГА) были положительны, среди впервые обратившихся пациентов составил 48% и 68% среди пациентов, находящихся на серологическом контроле и на учете по серорезистентности, что подтверждает высокую чувствительность названных реакций.

В 2003–2004 годах проведено 11 семинаров по отделениям ГКВД и 2 городские конференции для дерматовенерологов по современным методам серологической диагностики сифилиса. На основании литературы вопроса, анализа собственных наблюдений, сопоставления клинических и серологических материалов были разработаны и внедрены в клиническую практику типовые алгоритмы клинико-серологического обследования на сифилис, по основным параметрам полностью совпадающие с таковыми, рекомендованными НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Гамалея Российской академии медицинских наук.

В ста положительных сыворотках проведено параллельное определение титров в реакции микропреципитации и реакции связывания комплемента, что позволило сопоставить средние показатели титров РСК и РМП и представить полученные данные в таблице 1.

Приведенная таблица облегчит практическому врачу дерматовенерологу понимание и оценку пока еще непривычного титра реагинов реакции микропреципитации.

Проведенный анализ наших наблюдений и литературы вопроса позволил сделать следующие выводы:

1. Предложенный в приказе МЗ РФ №87 от 30.03.2001 года новый комплекс серологических реакций, отменяющий реакцию Вассермана, состоящий из высокочувствительных и высокоспецифичных тестов, позволяет более эффективно выявлять больных сифилисом на разных стадиях инфекции (включая инкубационный период).

2. Одновременная постановка двух специфических тестов (РИФ, ИФА или РПГА) позволяет оперативно выявлять латентные формы сифилиса у лиц, впервые обратившихся в ГКВД.

3. Определение специфических антител класса IgM методом ИФА позволяет проводить своевременную диагностику ранних стадий сифилиса, а также врожденного сифилиса и реинфекции.

4. Преимуществами иммуноферментного анализа (ИФА) перед другими серологическими тестами являются возможность автоматизации, сокращение времени поста-



Таблица 1
Примерная корреляция титров РСК и РМП

Титры РСК	Титры РМП
1:5	Без титра или 1:2
1:10	1:2
1:20	1:4
1:40	1:8
1:80	1:16
1:160	1:32
1:320	1:64
1:640	1:128

новки реакции, использование высоко специфичных рекомбинантных бактериальных антигенов-аналогов, что в свою очередь облегчает получение антигенов и снижает стоимость реакции.

5. Количественная модификация РМП позволяет качественно оценивать эффективность проведенного лечения и по стоимости в десятки раз дешевле реакции Вассермана.

6. Обследование населения в соответствии с рекомендациями,

содержащимися в приказе МЗ РФ № 87, позволит сократить использование специфических реакций для скрининга, а современные методы серологической диагностики сифилиса дают возможность отказаться от содержания вивария при КВД, что в свою очередь влечет экономию бюджетных средств.

7. Сопоставление результатов классических и новейших серологических методик, обязательное проведение диагностики на основе анализа клинических и серологических материалов, использование примерных алгоритмов облегчает практическому врачу дерматовенерологу проведение дифференциальной диагностики и выбор оптимальной лечебной тактики при различных формах сифилиса.

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗА У ВЗРОСЛЫХ

ПОТЕКАЕВ Н.С., профессор, ММА имени И.М. Сеченова.

При микозах кожи и ее придатков в настоящее время применяются главным образом гризеофульвин, флуконазол, итраконазол и тербинафин (Ламизил). Из них при лечении онихомикоза наиболее эффективным является тербинафин (Ламизил). Для подтверждения этой точки зрения достаточно сослаться на обширный обзор, опубликованный в минувшем году американскими авторами [1]. Авторы обзора, занимающего 26 страниц журнального текста, обобщили и проанализировали 176 исследований, в том числе многоцентровые и многонациональные исследования при долгосрочном наблюдении. В частности, в исследовании L.I.O.N. [2] (Lamisil vs Itraconazole in Onychomycosis) было продемонстрировано, что у пациентов с онихомикозом стоп через 72 недели долгосрочного наблюдения показатели микологического излечения (76% в сравнении с 38% пациентов после 12 недельного лечения; 81% в сравнении с 49% пациентов после 16-недельной терапии) и показатели полного излечения были примерно вдвое выше после лечения тербинафином (Ламизилом®), чем после лечения итраконазолом (3 или 4 цикла по 400 мг/день в течение 1 недели каждые 4 недели). Кроме того, расширенное исландское исследование, проведенное в рамках L.I.ON. (L.I.ON. Icelandic Extension study — L.I.ON. I.E.S.) [3] продемонстрировало, что лечение тербинафином (Ламизилом®) было клинически эффективнее, со статистически достоверной разницей, чем прерывистый курс итраконазола по истечении 5 лет долгосрочного наблюдения. Тербинафин (Ламизил®) продемонстрировал более высокие, по сравнению с итраконазолом, показатели полного (35% в сравнении с 14%), микологического (46% в сравнении с 13%) и клинического излечения (42% в сравнении с 18%). Показатели микологического и клиниче-

ского рецидивирования составили 23% и 21% в группе тербинафина (Ламизила®), по сравнению с 53% и 48% в группе итраконазола, соответственно. Авторы обзора пришли к следующим выводам:

- Тербинафин обладает выраженным фунгицидным действием в отношении дерматофитов и непостоянным действием в отношении дрожжевых и недерматофитных плесневых грибов *in vitro*.
- После системного применения тербинафин быстро всасывается по тканям организма, включая плохо кровоснабжаемое ногтевое ложе.
- Накопление тербинафина в ногтях отмечается уже через 1 неделю после начала терапии и сохраняется не менее 30 недель после ее окончания.
- Системное применение тербинафина (Ламизила). по 250 мг в день в течение 12 или 16 недель более эффективно, чем применение итраконазола, флуконазола и гризеофульвина в лечении дерматофитного онихомикоза.
- Микологическое излечение отмечается в 80% после окончания приема Ламизила и нарастает в посттерапевтическом периоде, достигая через 6 мес 94%. Подобное нарастание при итраконазоле не выявлено. Оптимальный клинический эффект проявляется через несколько месяцев после завершения лечения Ламизилом и соответствует времени, которое требуется для полного обновления ногтя.

Тербинафин хорошо переносится. По обобщенным данным, побочные эффекты и осложнения не превышают 5%. Они обратимы и имеют отношение, главным образом, к желудочно-кишечному тракту: нарушение вкусовых ощущений, анорексия, чувство переполнения желудка, тошнота, небольшие боли в животе, диспепсия, диарея, транзиторное повышение