

На базе ГорКВД организован «Пункт профилактики ИППП/ВИЧ и других социальнозначимых заболеваний», куда обращаются лица из групп риска, в том числе ЖЗКС. Спектр оказываемых услуг - консультирование, диагностика, лечение, профилактика ИППП/ВИЧ, экстренная контрацепция, обмен шприцев, выдача презервативов. Основа оказания помощи — бесплатность, анонимность.

Разработанная нами модель оказания специализированной медицинской помощи ЖЗКС на базе ГорКВД является оптимальной и востребованной на сегодняшний день для Санкт-Петербурга и РФ в целом.

Работа с ЖЗКС должна проводиться постоянно, вне зависимости от решений государственной власти и общественного мнения.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА А К ХЛАМИДИЯМ В СЛИЗИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА И ЭЯКУЛЯТЕ В ДИАГНОСТИКЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

С.В. Рищук, Д.Ф. Костючек, А.Г. Бойцов, А.С. Есипов

Государственная Медицинская академия им. И.И. Мечникова, НИИ АГ им. Д.О.Отта, Санкт-Петербург

Предмет изучения: Определение специфических IgA к *Chlamydia trachomatis* в слизи цервикального канала у женщин и эякуляте у мужчин в возрасте от 18 до 45 лет с заболеваниями мочеполовой системы.

Материалы и методы: Специфические IgA в слизи цервикального канала и эякуляте определялись соответственно у 65 женщин и 75 мужчин в тест-системе ИФА (Orgenics-Биоград). Определялись IgG и IgA к хламидиям в сыворотке крови, а также ДНК возбудителя в цервикальном канале, мужской уретре и секрете предстательной железы в ПЦР. В указанной группе пациентов проанализированы 53 половые пары.

Результаты: У пациенток с сочетанием IgG и IgA в сыворотке крови воспалительные процессы гениталий встречались в 5 раз реже, чем в группе с изолированным определением IgA в цервикальном канале. У жен-

щин с подтвержденным хламидиозом только по IgA в цервикальном канале в 100% случаев был диагностирован хламидиоз у их половых партнеров. В группе мужчин с IgA только в эякуляте частота воспалительных процессов в простате и уретре была в 1,7 раза реже, чем в группе с установленным хламидиозом традиционными тестами ($P < 0,05$). У мужчин с подтвержденным заболеванием только по IgA в эякуляте и по IgA в эякуляте и крови соответственно в 62,5% и 100% случаев был диагностирован хламидиоз у партнеров.

Заключение: определение IgA в цервикальном канале у женщин и эякуляте у мужчин высоко информативно наряду с другими подтверждающими тестами в диагностике хламидиоза. Определение секреторных глобулинов повышает эффективность постановки диагноза у женщин и мужчин соответственно на 20% и 30%.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА

Р.А. Раводин, И.Н. Теличко, Н.В. Раздольская

Российская Военно-медицинская академия

В мире отмечается рост заболеваемости ИППП. По данным ВОЗ, в 1995 году в мире зарегистрировано 167,2 миллиона новых случаев урогенитального трихомониаза. Значимость трихомонадной инфекции обусловлена не только ее широкой распространенностью, но и способностью вызывать такие серьезные осложнения как бесплодие, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин, преждевременный разрыв околоплодных оболочек, рождение детей с пониженной массой тела, а также облегчать передачу ВИЧ-инфекции и повышать риск возникновения рака шейки матки. Клиническая картина заболевания часто неспецифична, что приводит к диагностическим ошибкам. Существующие методы лабораторной диагностики трихомониаза являются ведущими в постановке правильного диагноза. Вместе с тем необходимо отметить, что

чувствительность и специфичность различных методов колеблется в широких пределах. На наш взгляд, при этом недостаточно четко определена роль ПЦР в диагностике трихомонадной инфекции. Одни авторы считают, что ПЦР-диагностике принадлежит незначительная роль, другие, напротив, полагают, что она может использоваться как метод выбора при постановке диагноза «мочеполовой трихомониаз».

Под нашим наблюдением находилось 36 больных с установленным клинико-лабораторным диагнозом урогенитального трихомониаза. Из них у 15 длительность заболевания составила менее двух месяцев, что позволило их отнести к группе больных со свежей формой трихомонадной инфекции. Остальные пациенты составили группу больных с хроническим урогенитальным трихомониазом. У пациентов в зависимо-

сти от половой принадлежности производился забор отделяемого из уретры, влагалища, цервикального канала, секрета простаты и эякулята для микроскопии окрашенного мазка (эякулят микроскопировался нативно) и выполнение культурального исследования и ПЦР.

У больных со свежей формой мочеполювого трихомониаза чувствительность ПЦР составила 46,7%. При этом чувствительность культурального и микроскопического методов была 73,3% и 86,7% соответственно. При хронической форме чувствительность ПЦР составила 66,7%, культурального метода — 52,4%, а микроскопического — 66,7%.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что классические методы диагностики (микроскопия и культуральный метод) при свежей форме урогенитального трихомониаза обладают большей чувствительностью, чем ПЦР. Причины более низкой чувствительности ПЦР, при свежей трихомонадной инфекции, требуют дальнейшего изучения. Учитывая полученные результаты, ПЦР, на наш взгляд, не может использоваться в качестве предпочтительного диагностического метода при постановке диагноза урогенитальный трихомониаз с давностью заболевания менее двух месяцев.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ И СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ

С.В. Ключарева, С.И. Данилов, В.А. Пирятинская, А.А. Ядыкин

Кафедра дерматовенерологии СПб Государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова

Кафедра дерматовенерологии СПб Государственной педиатрической медицинской академии

Актуальность проблемы диагностики и лечения остроконечных кондилом (ОК) продиктована повсеместно регистрируемым ростом числа случаев этого заболевания и относительно невысокой эффективностью традиционных методов его терапии. Эффективность использования неинвазивных локальных методов лечения — химио- и цитотоксических препаратов (трихлоруксусная кислота, солкодерм, подофиллин, подофиллотоксин и пр.) составляет не более 50%. Количество рецидивов, наблюдаемых при применении инвазивных мероприятий (жидкий азот, крио- электрокоагуляция) достигает не менее 40%. Системная противовирусная и иммунокорректирующая терапия зачастую не вписывается в общую схему лечения тех инфекционных воспалительных заболеваний гениталий и малого таза (уретрит, простатит, аднексит цистит и пр.), на фоне которых выявляются ОК.

На базе клиники дерматовенерологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова в течение 8-и лет проводится обследование и лечение больных с самыми разнообразными по происхождению и характеру новообразованиями кожи (НОК). Общее число наблюдений на сегодняшний день составляет более 20 000. Согласно нашим данным, частота встречаемости ОК среди прочих опухолей кожи у взрослого неорганизованного населения составляет 11,6% (568 эпизодов наблюдения), в организованных контингентах достигает 8,2% (1 176 эпизодов наблюдения), что соответствует 4–5 месту в общей структуре регистрации НОК. Частота выявления ОК у лиц женского пола несколько выше (64,1%), вследствие относительно более организованной диспансеризации женского населения. Пик заболеваемости, по вполне понятным причинам, приходится на возраст 16–35 лет (82,2% случаев регистрации). В абсолютном большинстве наблюдений (90,4%) ОК выявляются (по результатам ПЦР) на фоне сопутствующих ИППП-хламидиоза,

уреаплазмоза, микоплазмоза, трихомоноза, генитального герпеса, кандидоза, ВИЧ.

Идентификация вирусной ДНК и определение типа вируса папилломы человека (ВПЧ), проводимая посредством флуоресцентной гибридизации в биопсийном материале показывает, что наиболее часто ОК вызываются ВПЧ 11 типа (38,6%), значительно реже ВПЧ 6,16,18 типов (8,4%; 6,4%; 3,2% соответственно) и лишь в исключительных случаях ВПЧ 31 и 33 типов высокого онкогенного риска. Более чем 40% случаев вирус не идентифицируется, либо не обнаруживается. В 59,6% случаев очаги кондиломатоза имеют множественный, в 32,1% случаев сливной и, лишь в 8,3% случаев единственный характер. Клинически более распространен гиперпластический (папилломатозный) (>30% случаев наблюдения), сидячий (папулезный) »20% случаев наблюдения) и смешанный (>25% случаев наблюдения) типы поражения. Для ОК веррукозного типа, встречающихся значительно реже (>10% случаев наблюдения), характерно экстрагенитальное расположение (паховые складки, промежность, аноректальная зона и пр.) либо внутренняя локализация (шейка матки, мочевого пузыря, уретра). В этих областях ОК приобретают плоскую форму. Кроме того, отличительной их особенностью является выраженный эндофитный рост. По результатам наших совместных с кафедрой урологии наблюдений у 6–8% мужчин с ОК наружной локализации выявляются единичные, и у 0,4% — множественные внутренние очаги поражения (дистальный и проксимальный отделы уретры, шейка мочевого пузыря, треугольник Льебто). Анализ скрининговых показателей клеточного (общее число лимфоцитов, CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, РБТЛ на ФГА), неспецифического (CD20, sIgA, M, G, ЦИК, РБТЛ на В-клеточный митоген) иммунитета и факторов естественной резистентности (ИФН-статус) не выявил каких бы то ни было специфических, либо статистически достоверных нарушений иммунного статуса у больных ОК по сравнению с группой контроля, включавшей в себя пациентов с прочими ИППП бактери-