

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ, ОБРАТИВШИХСЯ В КАБИНЕТ АНОНИМНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Н.Г. Иншакова, А.И. Якубович, А.Е. Чуприн, Э.З. Дмитриева.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедры дерматовенерологии, зав. – проф. Н.П. Кузнецова; областной кожно-венерологический диспансер г. Иркутска, гл. врач – Н.А. Долженицина; городской кожно-венерологический диспансер г. Иркутска, гл. врач – В.Г. Кочеткова)

Резюме. Прослежены результаты лечения 95 больных ранними формами сифилиса, обратившихся в кабинет анонимного обследования и лечения, с использованием препаратов бензатинпенициллина G (экстенциллина и ретарпена) и сумамеда. Все три препарата показали высокую эффективность. Не отмечено различий в сроках регресса сифилидов в зависимости от препарата. У 90 больных негативация серологических реакций наблюдалась в первые 6-12 месяцев. У 5 больных отмечена задержка негативации серологических реакций, что потребовало проведения дополнительного специфического и неспецифического лечения. У одного больного была получена стойкая серорезистентность.

Сифилис по-прежнему остается одной из инфекций, представляющих угрозу для общества, так как за последние годы рост заболеваемости сифилисом принял в России эпидемический характер [11]. Наибольший удельный вес в структуре инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), стали составлять трихомониаз (24,3%) и сифилис (20,5%) [13]. Особую тревогу вызывает то обстоятельство, что все меньше людей “стремятся” попасть на прием к венерологу в кожно-венерологический диспансер, а активность выявления ими сексуальных контактов больных сифилисом ежегодно снижается [13]. А между тем считается, что длительно текущий леченный и нелеченный сифилис является основным кофактором, влияющим на заражение и активацию СПИДа [14].

Актуальной проблемой современной дерматовенерологии остается лечение больных сифилисом. На сегодняшний день препаратом номер один в лечении сифилиса остается пенициллин и его производные. До появления пролонгированных пенициллинов больные вынуждены были получать инъекции пенициллина каждые три часа в течение 14-28 дней. Методики лечения сифилиса с использованием растворимого пенициллина громоздки, связаны с введением больших доз пенициллина и необходимостью пребывания больного в стационаре. Кроме того, это частые болезненные инъекции и аллергические реакции. В последние десятилетия в нашей стране, наряду с водорастворимым пенициллином, при лечении сифилиса применяют бициллины. Лечение можно проводить амбулаторно по 1 инъекции в 3-5 дней. На курс от 4 до 14 инъекций [6].

За рубежом уже около 40 лет используется бензатинпенициллин G [1]. Особенность этого

пролонгированного пенициллина в том, что после одной внутримышечной инъекции в дозе 2 400 000 ЕД он сохраняет свою трепонемацидную концентрацию в крови около 30 дней [7]. Всемирная организация здравоохранения [15], изучив действие бензатинпенициллина G, рекомендовала в 1980 году лечить ранние формы сифилиса (давностью до 2 лет) 1-2 инъекциями по 2 400 000 ЕД на инъекцию. При глубокой внутримышечной инъекции препарат очень медленно гидролизует, высвобождая бензатинпенициллин. Пик концентрации в сыворотке крови достигается через 12-24 часа после инъекции. На 21 день после введения 1 200 000 ЕД в 89-97,4% случаев наблюдается концентрация 0,06 мкг/мл [12]. А концентрация 0,01 мкг/мл *in vitro* уже дает трепонемацидный эффект. Одной из важных особенностей является то, что препарат проникает через плацентарный барьер и в молоко матери [12].

Бензатинпенициллин G выпускается в разных странах и имеет коммерческие названия: экстенциллин (Франция), тердоциллин (Германия), бициллин (США, Австралия), ретарпен (Австрия), пенадур (Бельгия, Швейцария), диаминоциллин (Италия), пен-ди-бен (Аргентина). В России получили распространение два препарата: экстенциллин фирмы RHONE-POULENC RORER (Франция) и ретарпен фирмы BIOCHIMIE (Австрия).

Имеющийся опыт использования бензатинпенициллина G при лечении ранних форм сифилиса в мире и России свидетельствует о высокой его эффективности [1,3,7]. Противопоказанием к назначению бензатинпенициллина G является непереносимость препаратов пенициллинового ряда. Нецелесообразным является его использование в

тех случаях, когда у больного, наряду с сифилисом, выявляются другие ИППП, в частности уrogenитальный хламидиоз, который не чувствителен к действию бензатинпенициллина G. В таких случаях целесообразнее использовать препараты более широкого спектра действия, такие, как сумамед, эффективность которого показана в ряде публикаций [2,9,10]. Отдаленные результаты использования бензатинпенициллина G и сумамеда также достаточно оптимистичны [4,5].

Материалы и методы

Нами проведен анализ больных сифилисом, обратившихся в кабинет анонимного обследования и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. За 5 лет под наблюдением находилось 95 мужчин. По возрасту больные распределились следующим образом: до 20 лет – 10 больных; от 21 до 30 – 58; от 31 до 40 – 19; от 41 до 50 – 6; от 51 до 60 – 1; старше 60 – 1. Холостых мужчин было 48, женатых – 46, разведенных – 1. По социальному положению работники коммерческих структур составили 19 человек; лица рабочих профессий – 19, служащие – 13, учащиеся – 11, военнослужащие – 7; пенсионеры – 2; безработные – 24.

Диагноз сифилис выставлялся на основании характерной клинической картины заболевания, обнаружения бледной трепонемы с поверхности высыпаний, данных КСР, РПГА и ИФА. С диагнозом первичный серонегативный сифилис было 26 мужчин; первичный серопозитивный – 23; вторичный свежий – 22; вторичный рецидивный – 18 и скрытый сифилис – 6 больных. Сифилис выявлялся у 76 мужчин как моноинфекция, у 19 – в сочетании с другими ИППП. Наряду с сифилисом диагностированы хламидиоз у 11 больных; гонорея – у 8; гарднереллез – у 5; трихомониаз – у 4; уреаплазмоз – у 1 и остроконечные кондиломы – у 1.

Результаты и обсуждение

После постановки окончательного диагноза больные были раскодированы и направлялись на амбулаторное лечение в городской или областной кожно-венерологические диспансеры. Больных лечили согласно существующих инструкций. Лечение экстенциллином или ретарпеном получали 83 больных на основании существующих инструкций [8] с одной дополнительной инъекцией препарата. Больные первичным серонегативным сифилисом получали две внутримышечные инъекции бензатинпенициллина, больные первичным серопозитивным – три, вторичным свежим и рецидивным – четыре инъекции по 2 400 000 ЕД препарата с интервалом 7 дней. Больным вторичным рецидивным сифилисом с массой тела более 85 кг и с ранним скрытым сифилисом делали 4-5 инъекций с недельными интервалами. Каждый флакон, содержащий 2 400 000 ЕД препарата, растворяли в 8 мл воды для инъекций или 8 мл 0,25% раствора новокаина. Однократную дозу препарата делили поровну на 2 инъекции и вводили двухмоментным способом в обе ягодицы. За 30 мин до

инъекции больной принимал таблетку одного из антигистаминных препаратов (диазолин, супрастин, фенкарал). Реакция обострения Лукашевича-Яриша-Герксгеймера наблюдалась у 28 больных, преимущественно с диагнозом вторичного свежего сифилиса. Она начиналась обычно через 3-5 часов после инъекции и длилась 6-9 часов.

Двенадцати больным с сифилисом (первичный, вторичный свежий) с хламидийной и уреаплазменной инфекцией лечение было проведено сумамедом [6] в курсовой дозе 5 г (по 0,5 г в день, в течение 10 дней). По поводу других ИППП, выявленных у больных сифилисом, также проводилось соответствующее лечение с использованием современных препаратов.

Сравнение средних сроков исчезновения сифилидов под влиянием лечения бензатинпенициллином и сумамедом не показало существенных различий (табл.1.). Большинство больных (78) проводимое лечение перенесли без каких-либо побочных явлений и осложнений. Болезненность при введении препарата отмечали 17 больных, которые получали инъекции экстенциллина или ретарпена разведенные водой для инъекций.

Таблица 1
Сроки исчезновения сифилидов под влиянием бензатинпенициллина и сумамеда

Клинические проявления	сроки исчезновения (дни)
Эрозивный шанкр	2-10
Язвенный шанкр	6-17
Регионарный склераденит	10-60
Полиаденит	15-45
Розеола	2-11
Папулы туловища	2-13
Папулы ладоней, подошв	4-20
Папулы в области ануса	5-8
Папулы на гениталиях	6-14
Эритематозная ангина	2-11
Папулы слизистой рта	3-15
Широкие кондиломы	12-14

Следует подчеркнуть, что все наблюдаемые нами больные были социально адаптированы и с должной ответственностью отнеслись к проводимому лечению. Диспансерное наблюдение в течение 6-24 и более месяцев за лицами, получившими лечение, не выявило симптомов сифилиса. У 94 больных за этот период наблюдалась негативация КСР, РПГА и ИФА. У подавляющего большинства больных (90) негативация серологических реакций отмечена в течение 6-12 месяцев. С замедленными темпами негативации серологических реакций 5 больным проводилось дополнительное специфическое (антибиотик цефтриаксон-лендацин) и неспецифическое (иммуномодуляторы – циклоферон или метилурацил, витамины группы В) лечение. После дополнительного лечения у 4 больных в сроки от 6 до 9 месяцев наблюдалась негативация серологических реакций. Только у

одного больного была получена стойкая серорезистентность, которая сохранялась в течение 5 лет, несмотря на проводимые дополнительные курсы специфического и неспецифического лечения.

Таким образом, организация приема в условиях кабинета анонимного обследования и лечения позволяет расширить оказание квалифицированной медицинской помощи некоторым группам населения и повысить эффективность выявления больных сифилисом. Последующая передача больных сифилисом для лечения в кожно-вене-

рологический диспансер позволяет своевременно провести эффективное лечение, работу с контактными лицами с обеспечением их последующего диспансерного наблюдения и предотвратить дальнейшее распространение сифилитической инфекции. Используемые лекарственные препараты (экстенциллин, ретарпен и сумамед) показали высокую эффективность при лечении свежих форм сифилиса.

TREATMENT RESULTS OF SYPHILIS PATIENTS APPLIED FOR ANONYMOUS EXAMINATION AND TREATMENT OF DISEASES SEXUALLY TRANSMITTED

N.G. Inshakova, A.I. Yakubovich, A.E. Chuprin, E.Z. Dmitrieva

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk regional dermatological and venereological dispensary, Dermatological and venereological dispensary of Irkutsk-city)

Treatment results of 95 patients with early syphilis, applied for anonymous examination and treatment, with benzatinpenicillin G (Extencillin and Retarpene) and Sumamed were observed. All three drugs demonstrated high efficacy. There was no difference revealed in terms of regress of syphilids depending on drug. In 90 patients serological reactions were negative within the first 6-12 months. In 5-patients retardation of negative serological reactions was marked that required additional specific and non-specific treatments. One patient had stable serological resistance.

Литература

1. Аковбян В.А., Кубанова А.А., Шахтмейстер И.Я. и др. Экстенциллин в лечении больных ранними формами сифилиса // Вестн. дерматол. – 1995. – №3. – С.50-52.
2. Баткаев Э.А., Шапаренко М.В., Топоровский Л.М. и др. Азитромицин в терапии больных ранними формами сифилиса // Мат-лы 3-го симп. “Новое в дерматовенерологии, андрологии, гинекологии: наука и практика”. – М., 1998. – С.21.
3. Бутов Ю.С., Волкова Е.Н., Дуплина Н.М. и др. Опыт лечения больных ранними формами сифилиса ретарпеном // Сб. тр. юбил. конф РГМУ. – М., 1997. – С.46-47.
4. Василенко Т.И., Перламутров Ю.Н., Быстрицкая Т.Ф., Пивоварова В.И. Отдаленные результаты лечения больных сифилисом экстенциллином // Российск. журн. кожн. и венерич. болезней. – 1999. – №4. – С.57-59.
5. Кунгуров И.В., Сурганова В.И. Отдаленные результаты лечения экстенциллином больных сифилисом // Там же. – С.48-50.
6. Лечение и профилактика сифилиса: Метод. рекоменд. – М., 1993. – 31с.
7. Машкиллейсон А.Л., Кутин С.А., Гомберг М.А. и др. Амбулаторное лечение экстенциллином больных ранними формами сифилиса // Вестн. дерматол. – 1994. – №4. – С.25-28.
8. Машкиллейсон А.Л., Кубанова А.А., Шахтмейстер И.Я. и др. Временная инструкция (регламент) по лечению больных ранними формами сифилиса экстенциллином (бензатин-пенициллин) // Вестн. дерматол. – 1994. – №4. – С.50-51.
9. Машкиллейсон А.Л., Кутин С.А., Гомберг М.А. и др. Результаты четырехлетнего опыта применения сумамеда при раннем сифилисе // ЗППП. – 1996. – №3. – С.39-43.
10. Петренко Л.А., Устенко Н.С., Дорохина О.В., Аковбян Г.В. Сравнительные данные амбулаторного лечения больных сифилисом различными дюранными препаратами пенициллина и азитромицином (сумамедом) // Вест. дерматол. – 1997. – №6. – С.28-32.
11. Скрипник Ю.К., Самсонов В.А., Селицкий Г.Д., Гомберг М.А. Современные проблемы дерматовенерологии // Вест. дерматол. – 1997. – №6. – С.4-8.
12. Справочник Видаль. – Лекарственные препараты в России: Справочник. – М., АстраФармСервис, 1999. – С.768.
13. Тихонова Л.И. Обзор ситуации с ИППП. Анализ заболеваемости врожденным сифилисом в Российской Федерации // ИППП. – 1999. – №1. – С.15-19.
14. Scythes J.B. Do co-factors impact AIDS progression? // IUVDT World STD/AIDS Congress 1995, 19th-23rd March 1995, Singapore 1995. – P.45.
15. Treponemal Infections // WHO Techn. Rep. Ser. №674. – Geneva, 1982.