

висят общий уровень врачебного мышления, своевременность и правильность диагностики и лечения многих заболеваний.

СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИХ СНИЖЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ

*В.А. Молочков, Т.М. Шувалова, А.Г. Туманян, К.В. Шаврова,
Р.Х. Чилингиров, И.В. Гостева*

МОНИКИ, ГУЗМО, Московский областной КВД

В Российской Федерации с 1989 года продолжается беспрецедентный рост заболеваемости болезнями, передающимися половым путем (БППП), такими, как сифилис, уrogenитальный хламидиоз, трихомониаз, микoureapлазмоз, гарднереллез, уrogenитальный кандидоз, аноурогенитальный герпес, острокoнечные кондиломы. Широкое распространение БППП в Московской области, как и в России в целом, обусловлено влиянием различных факторов социально-экономического, медицинского, биологического и экологического характера [15]. В частности, произошедшие в последние годы изменения социально-экономических отношений не только привели к социальному расслоению общества, но и повлияли на характер поведения людей, обуславливая раннее начало половой жизни, частую смену половых партнеров, коммерциализацию интимных отношений.

Галопирующему росту частоты БППП также способствовали ухудшение физического и морального состояния молодежи, пьянство, наркомания, проституция, распад семьи, безудержная пропаганда секса и порнографии через средства массовой информации, неспособность медицинской службы быстро перестроиться в отношении методов профилактики и лечения БППП. Сложившаяся чрезвычайно неблагоприятная обстановка по заболеваемости БППП обусловлена также отсутствием правовой основы защиты населения от этих болезней и прекращением помощи кожно-венерологическим учреждениям со стороны правоохранительных органов [2, 10, 16, 17]. Кроме того, этому способствовали недостатки в работе лечебно-профилактических учреждений, в частности ошибки диагностики, тактики ведения больных БППП и эпидработы в очагах инфекции. Так, специалистами разных специальностей широко, не всегда оправдано назначаются антибиотики при отсутствии серологического контроля на сифилис, не обследуются половые партнеры при лечении БППП акушерами-гинекологами и урологами. Кажущаяся легкость излечения от БППП в связи с применением антибиотиков нового поколения приводит к ошибочному мнению о возможности заниматься этой проблемой без специальной подготовки и без соблюдения основных венерологических принципов комплексного подхода, включающего, наряду с диагностикой и лечением, контроль излеченности, эпидработу по обсле-

дованию контактов, санацию очага инфекции. Врачи общего профиля, как правило, ограничиваются диагностикой и лечением, пренебрегая контролем излеченности, а главное, не занимаются эпидработой в очаге, что является совершенно недопустимым.

В условиях кризиса доверия населения к государственным кожно-венерологическим учреждениям как в стране, так и в Московской области, пациенты устремляются в коммерческие структуры, где лечение БППП нередко осуществляется не имеющими лицензии или даже медицинского образования лицами. Все это при отсутствии должного контроля за безрецептурным отпуском антибиотиков ведет к увеличению продолжительности периода контагиозности больных ЗППП в связи с отсутствием лечения или его неэффективностью [5].

За последние 5 лет заболеваемость БППП в Московской области выросла в 2,8 раза и приняла эпидемический характер. В 1996 году в области зарегистрировано более 80 тыс. больных БППП, причем эти данные не отражают истинных масштабов заболеваемости, так как очень много больных БППП не регистрируются (в первую очередь при обращении в негосударственные медицинские учреждения) или вообще не обращаются за медицинской помощью, продолжая служить источником распространения инфекции. Как видно из табл. 1, в Московской области чрезвычайно высока заболеваемость сифилисом. Она увеличилась в 55 раз по сравнению с 1987 годом (годом минимальной заболеваемости) и в 10 раз по сравнению с предыдущим пиком заболеваемости 1976 года.

Таблица 1

Интенсивные показатели заболеваемости ЗППП на 100 тыс. населения в Московской области

Заболевание	1993 г.	1994г.	1995г.	1996г.	1997г.
Сифилис	40,5	105,5	201,6	266,4	245,7
Гонорея	219,7	175,9	137,1	98,8	75,3
Трихомониаз	114,7	306,4	310,6	287,5	291,9
Хламидиоз	24,2	64,3	84,5	125,7	160,4
Кандидоз	24,3	147,3	133,4	239,7	389,2

Также высок в области уровень заболеваемости трихомониазом, уrogenитальным кандидозом, гонореей. Что касается уrogenитального хламидиоза, то данные о его пятикратном увеличении за последние 5 лет также далеко не отражают истинных масштабов распространенности инфекции в области, прежде всего из-за недостаточной лабораторной базы по ее выявлению почти в 50% регионов Подмосковья, а также сложности и высокой стоимости современных диагностических методов исследования: в частности иммунофлюоресцентных (метод прямой иммунофлюоресценции с моноклональными антителами к антигенам хламидий) и молекулярно-биологических (полимеразная цепная реакция и др.).

Хотя уровень заболеваемости сифилисом в Московской области в 1997 году стабилизировался, высокие ее показатели отмечаются практически во всех районах области с максимумом на периферии области и минимумом в ближнем Подмоскowie. Более высокий уровень заболеваемости зарегистрирован среди сельского населения – 282,9 на 100 тыс. населения, тогда как среди горожан он составил 261,5 на 100 тыс. населения. Эти цифры, по видимому, отражают тенденцию к более частому обращению больных сифилисом из ближнего Подмоскowie по сравнению с больными этим заболеванием из глубинных районов области в медицинские учреждения и коммерческие структуры г. Москвы, занимающиеся диагностикой и лечением ЗППП.

Наиболее пораженной сифилисом оказалась группа населения в возрасте от 18-19 лет, мужчины – 1080 на 100 тыс. населения, женщины – 1591 на 100 тыс. населения (т.е. в 1996г сифилисом заболела каждая 64-я женщина в возрасте 18-19 лет). В возрастной группе 20-29 лет интенсивный показатель составил 905 на 100 тыс. населения, в группе 15-17 лет – 517, 4 на 100 тыс. населения. Опережающими темпами возросла область заболеваемость сифилисом среди детей (с 1 случая в 1987 году до 131 в 1996 году) и подростков (с 4 случаев в 1986 году до 1340 в 1996 году). В 1996г. возросла по сравнению с 1995 годом заболеваемость сифилисом среди учащихся лицеев и колледжей (на 42%), ПТУ (на 26,6%), ВУЗов (на 26,6%), школ (на 25,9%), техникумов (на 5%). Число случаев полового заражения сифилисом детей увеличилось на 70,7%, бытового – на 36,4%. Бытовое заражение сифилисом детей регистрировалось, как правило, в неблагополучных семьях; лишь в 5 (17%) случаях родители или родственники сами заметили проявления сифилиса у детей и в связи с этим обратились за помощью к врачу. В остальных 83% случаев заболевание было выявлено активно, при обследовании детей по контакту с больными родственниками или в стационарах дерматовенерологического профиля, куда дети госпитализировались по поводу интеркуррентных заболеваний, а также при обследовании для помещения в детские дома, интернаты и т. д. Как правило, при этом регистрировались запущенные формы сифилиса.

Анализ 70 случаев полового заражения детей свидетельствует о том, что минимальный возраст заболевших среди девочек составил 9 лет, среди мальчиков – 12 лет. Заражение сифилисом в большинстве случаев явилось результатом беспорядочной половой жизни, при этом отмечались случаи сексуального насилия над детьми как в семье, так и вне ее (в том числе и гомосексуального).

В 1996 году в 3,8 раза, по сравнению с 1995 годом увеличилось количество врожденного сифилиса, что обусловлено ростом заболеваемости сифилисом беременных. В 1996 году зарегистрировано 769 случаев сифилиса беременных. Это на 30% больше, чем в 1995 году и в 6,2 раза больше, чем в 1993 году. За этот период пораженность сифилисом беременных возросла с 1‰ до 6‰. Известно, что сифилитическая инфекция крайне неблагоприятно

влияет на течение и исход беременности. Помимо большого количества выкидышей, у этих женщин в 1996 году родились мертвыми или умерли в первые часы (дни) жизни 26 детей. Перинатальная смертность этого контингента составила 119 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, что в 8 раз выше среднеобластного показателя по всем родившимся. Причиной врожденного сифилиса в большинстве случаев явилось несвоевременное выявление (или невыявление) сифилиса у беременных, которые не состояли на учете по беременности в женской консультации, а при выявлении у них сифилиса уклонялись от лечения, продолжая вести беспорядочную половую жизнь и злоупотреблять алкоголем.

О низкой санитарной культуре и безответственном отношении к своему здоровью определенной части населения свидетельствует возрастающее из года в год число случаев повторного заражения сифилисом (реинфекций) как взрослых (218 случаев), так и детей (5 случаев).

В 1997 году произошла стабилизация заболеваемости сифилисом и по отдельным показателям наметилась тенденция к ее снижению.

Деятельность лечебно-профилактических учреждений по профилактике распространения сифилиса заключается в максимально раннем активном выявлении больных и привлечении их к лечению для предупреждения дальнейшего распространения инфекции. В различные годы активно выявлялось от 60 до 80% больных сифилисом. Данные о структуре и эффективности мероприятий по активному выявлению сифилиса в области в 1997 г. представлены в табл. 2.

Представленные в таблице данные позволяют выделить наиболее эпидзначимые контингенты, среди которых особенно велика выявляемость сифилиса – половые контакты больных сифилисом, доноры крови, беременные, состоящие на учете больные сифилисом (реинфекция) и гонореей. Существенный вклад в активное выявление сифилиса вносят такие виды массовых обследований, как вассерманизация стационарных больных, обеспечивающая 17,4% активного выявления, причем особой пораженностью отличаются пациенты инфекционных, туберкулезных и детских отделений.

В области предпринимаются меры по повышению эффективности различных видов активного выявления: расширяются показания к профосмотрам на сифилис эпидзначимых контингентов (пациенты детских отделений больниц, закрытых детских учреждений, больные различных профилей с подозрительной на сифилис патологией – лимфадениты, стоматиты, ларингиты, атипичные ангины, сыпи и субфебрилитет неясной этиологии, геморрой и т. д.), увеличивается кратность лабораторных обследований лиц декретированных профессий и т. д.

Таблица 2

Пути и структура активного выявления сифилиса

Характер обследования	Число обследованных	Выявлено больных сифилисом		
		абсолютное количество	относительное количество (%)	на 1000 обследованных
Обследование половых партнеров больных сифилисом	11171	3693	35,0	324,3
Вассерманизация соматических больных	794223	1836	17,4	2,3
Обследование беременных акушерами-гинекологами	126039	528	5,0	6,1
Обследование в системе службы крови (доноры)	-	548	5,2	20,0
Амбулаторный прием врачами разных специальностей	-	2541	24,1	-
Проведение предварительных медицинских осмотров	218148	589	5,6	2,7
Проведение периодических медицинских осмотров работников декретированных профессий	169140	356	3,4	1,9
Контроль излеченности сифилиса (реинфекция)	37759	173	1,6	4,6
Контроль излеченности гонореи	8820	63	0,6	7,2
Прочие виды активного выявления	-	324	2,2	-
Всего выявлено активно	-	10561	100	-

Большим резервом в активном выявлении больных сифилисом является повышение уровня квалификации и противовенерической настороженности врачей разных специальностей, сталкивающихся в своей повседневной деятельности с больными сифилисом и допускающими большое количество диагностических и тактических ошибок. Ошибки в диагностике и тактике ведения сифилиса можно разделить на 3 группы: 1. Нераспознавание сифилитических высыпаний, установление неправильных диагнозов, назначение неадекватной терапии, переоценка однократного отрицательного результата реакции Вассермана, непроведение клинико-серологического контроля при наличии высыпаний на половых органах.

2.Нераспознавание специфических поражений внутренних органов и нервной системы. 3.Безосновательные попытки трактовки различной, в том числе тяжелой системной патологии как сифилитической при получении однократно положительного результата исследования крови на сифилис.

С целью предупреждения ошибок 1-й группы нами были разработаны и распространены среди соответствующих специалистов памятки с разбором наиболее типичных диагностических ошибок, допускаемых врачами различных специальностей. Ошибки 2-й и 3-й групп обсуждались на конференциях и заседаниях областных научно-практических обществ дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, терапевтов, невропатологов, окулистов, стоматологов, инфекционистов, педиатров и т.д. Принято решение о включении данного вопроса в программы всех отделов ФУВ МОНИКИ.

С целью повышения качества и доступности экстренной диагностики БППП, проведения более полноценного лечения соответствующих инфекций, преодоления социально-негативной мотивации, препятствующей обращению населения в кожно-венерологические учреждения, а также снижения частоты случаев самолечения в Московской области организованы и функционируют 22 кабинета анонимного обследования и лечения (КАОЛ) БППП. В 1997 году в них обратилось 10 тысяч человек, у 4733 из них обнаружены БППП, в том числе в одном случае – ВИЧ-инфекция.

Таблица 3

Выявление БППП в кабинетах анонимного обследования и лечения

Характер инфекции	Абсолютное количество выявленных больных	Относительное количество выявленных больных ко всем зарегистрированным случаям данной инфекции лицам, %
Сифилис	1332	7,7
Гонорея	1039	16
Хламидиоз	742	9
Трихомониаз	518	5,8
Урогенитальный кандидоз	360	4,4

Как видно из табл. 3, среди обследованных в КАОЛ у 1332 был выявлен сифилис, что составило 7,7% по отношению к общему количеству лиц, зарегистрированных в этом году с данной патологией.

Хотя КАОЛ не способны решать основные проблемы, связанные с эпидситуацией по БППП в области, тем не менее нельзя не отметить, что они вносят определенный вклад в улучшение качественных показателей выявления БППП. Об этом, в частности, свидетельствует преобладание среди диагностированных в этих кабинетах больных сифилисом ранних форм этой инфекции. В КАОЛ обычно обращаются пациенты, которые не только ответственно

относятся к своему здоровью, но и более требовательны в вопросах конфиденциальности (80% из них настаивали на полной анонимности). Тем не менее, именно обратившиеся в КАОЛ чаще приводили на обследование своих половых партнеров. В частности, 244 (6,6%) больных сифилисом из числа зарегистрированных в области были выявлены при обследовании половых контактов в КАОЛ.

Проблема профилактики трансфузионного сифилиса в области не ограничивается серологическими исследованиями на сифилис донорской крови и выбраковкой серопозитивных порций. Для ее решения необходимо использовать современные методы непосредственного выявления возбудителя инфекции (полимеразную цепную реакцию и др.), создание банка крови, а также взаимное своевременное информирование кожно-венерологической и трансфузиологической служб области о всех случаях сифилиса. С этой целью начато создание единой информационной сети кожно-венерологических учреждений и службы крови на основе современных информационных и телекоммуникационных технологий в рамках единого информационного пространства служб здравоохранения Московской области.

Важной проблемой в области остается качество обследований больных сифилисом с целью выявления у них других БППП, в частности гонореи, уrogenитального хламидиоза, уреаплазмоза и т.д., что имеет важное значение как в плане повышения качества медицинской помощи этим больным, так и в профилактике БППП в целом.

Среди БППП, наряду с сифилисом, наибольшую опасность по распространенности, частоте осложнений и последствий представляет уrogenитальный хламидиоз (УХ), являющийся самой частой причиной неgonококковых уретритов у мужчин [6,21], хронических воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин [7], острого эпидидимита у мужчин моложе 35 лет [19,24], болезни Рейтера [19], трубного бесплодия и большого процента внематочной беременности [25], перинатальной инфекции конъюнктивы и носоглотки [20].

Преимущественная ассоциация УХ с другими возбудителями БППП, обусловленная общностью путей их передачи, делают проблему УХ неразрывно связанной с проблемой всех других БППП, в том числе и ВИЧ-инфекцией, передачу которой возбудитель УХ может облегчить при половых (вагинальных, ректальных) контактах.

В период с 1989 по 1995 годы количество ежегодно регистрируемых в мире больных УХ увеличилось на 40 млн человек [14,25]. Однако даже представленные на Европейском конгрессе 1997 г. в Вене данные о наличии УХ примерно у 500 млн жителей планеты, по-видимому, не отражают истинных масштабов этой инфекции. Во многом это объясняется низкой обращаемостью больных к врачу в связи с преобладанием в структуре больных УХ лиц с торпидным или даже латентным течением заболевания; сложностью выявле-

ния возбудителя болезни, недостаточной регистрацией инфекции. Без лечения хламидии могут оставаться в уретре неопределенно долго и давать различные осложнения (хронический простатит, острый эпидидимит, сальпингоофорит и др.) и последствия (в первую очередь бесплодие).

Наряду с перечисленными выше последствиями социально-экономических изменений, происшедших в России в последние годы, именно биологические особенности *Chlamydia trachomatis* играют весьма важную роль в чрезвычайной распространенности этой инфекции. Как известно, хламидии обладают уникальным внутриклеточным циклом развития, в котором принимают участие две формы возбудителя: адаптированные к внеклеточному выживанию, но нечувствительные к антибактериальным препаратам элементарные тельца (ЭТ) и внутриклеточные метаболически активные ретикулярные тельца (РТ) хламидий. Лишь РТ, причем расположенные внутриклеточно, могут быть подвержены воздействию антибактериальных препаратов. Однако в последние годы в результате нерациональной антибиотикотерапии УХ и часто ассоциирующихся с ним других БППП (сифилис, гонорея, трихомониаз и др.) все чаще формируются персистирующие штаммы хламидий, резистентные к обычной противохламидийной терапии, а также L-формы возбудителя, не выявляющиеся обычными лабораторными методами, но заразительные для половых партнеров [3,12,18,22].

Весьма важное значение в распространении УХ также имеют существенные недостатки в тактике обследования и лечения больных, страдающих этой патологией. Так, в последние годы, к сожалению, стали утрачиваться адекватные и оправдавшие себя ранее подходы к диагностике УХ, в частности, классификация его на свежий (до 2 мес) и хронический; для исключения очаговых изменений и эндоуретральных осложнений редко проводятся уретроскопические исследования. Все чаще предлагается «упростить» не только диагностику УХ (и других уретрогенных инфекций), но и лечение, проводить его без учета длительности существования патологического процесса в уретре, наличия осложнений и последствий; рекомендуются необоснованно короткие курсы монотерапии антибиотиками и даже однодневные курсы, например, азитромицином (сумамедом) в дозе 1,0 г. В то же время хорошо известно, что только при лечении свежего острого или подострого хламидийного уретрита у мужчин (уретрита, эндоцервицита у женщин) излечения нередко добиваются с помощью только этиотропных средств. При торпидном и хроническом течении и осложнениях необходимо применять средства, стимулирующие развитие защитных реакций организма, а также местные и физиотерапевтические процедуры, характер которых зависит от анатомо-физиологических особенностей пораженного органа и вида возникших в нем изменений [6].

Что касается уровня регистрируемой в Московской области заболеваемости УХ, то в 1996 году она занимала лишь 7-е место, уступая по частоте сифилису, гонорее, трихомониазу, урогенитальному кандидозу. В то же время, по данным ВОЗ и мировой литера-

туры, УХ встречается в 1,7 раза чаще, чем гонорея и в 7,4 раза чаще, чем сифилис [14]. Эти данные свидетельствуют о недостаточном выявлении и учете УХ в Московской области, что во многом связано со слабой лабораторной базой службы, редкой обращаемостью больных к врачу из-за скудности симптоматики УХ, недостаточной работой по активному выявлению больных, нерациональным лечением его хронических (доминирующих в общей структуре УХ) форм.

В связи с чрезвычайной актуальностью проблемы УХ в Московской области Администрацией Московской области с 1997 года впервые в Российской Федерации финансируется целевая программа, направленная на повышение качества медицинской помощи больным УХ на основе совершенствования этиологической и топической диагностики хламидийной и связанной с ней другой уретрогенной инфекции, строгого учета и лечения всех выявленных больных с использованием в комплексном лечении новых высокоэффективных методов, разработанных в МОНИКИ. Реализация программы предполагается в течение трех лет.

Основными задачами целевой программы являются:

- внедрение в районах Московской области и МОКВД системы адекватного комплексного обследования больных УХ и населения «из групп высокого риска», включающей исследования на хламидии и другие возбудители ЗППП (уреаплазмы, микоплазмы, гонококки, трихомонады, гарднереллы) с использованием реакции прямой иммунофлюоресценции, а также топическую диагностику патологического процесса в уретре с помощью уретроскопии, позволяющую выявить эндоуретральные очаговые изменения и осложнения;
- организация контроля за полнотой регистрации всех случаев БППП для установления частоты смешанной с хламидиями уrogenитальной инфекции и сифилиса;
- активное выявление больных УХ среди лиц декретированных профессий и беременных;
- усовершенствование диагностики болезни Рейтера у мужчин, женщин и детей;
- разработка в отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ и внедрение в 3 районах Московской области новых методов лечения больных хроническим УХ и болезнью Рейтера, в том числе метода лимфотропного введения антибиотиков в комплексе с ингибиторами протеолиза; метода фотофереза в комплексной терапии болезни Рейтера;
- создание компьютерной базы данных о больных УХ и болезнью Рейтера.

Исходя из задач целевой программы на 9 месяцев 1997 года с целью создания компьютерной базы данных о больных УХ и болезнью Рейтера в 3 районах Московской области внедрена разработанная ранее первичная форма учета больных свежим, хроническим и осложненным УХ и сочетающимися с ним БППП с учетом

топического диагноза патологического процесса; на основе полученных в процессе выполнения целевой программы данных подготовлен приказ по ГУЗМО "О мерах по повышению качества оказания медицинской помощи больным заболеваниями, передаваемыми половым путем, в Московской области"; издано учебно-методическое пособие «Клиника, классификация, диагностика и лечение урогенитального хламидиоза и болезни Рейтера»; методике тотальной уретроскопии обучены 9 врачей-венерологов области; разработаны и апробированы в трех выполняющих в 1997 году целевую программу районах области новые методы лечения больных УХ и болезнью Рейтера с использованием лимфотропного введения антибиотиков (ровамицина, рифогала, абактала) в комплексе с ингибиторами протеолиза; метод фотофереза в комплексной терапии болезни Рейтера.

Как известно, лечение хронического УХ является одной из сложнейших проблем современной медицины. Обычно оно проводится с использованием комплекса иммуностропных и ферментных препаратов, местной терапии, физиолечения и антибактериальных препаратов. Даже в этих условиях применение больших доз антибиотиков широкого спектра действия далеко не всегда позволяет получить выраженный терапевтический эффект у больных хроническим УХ, но часто приводит к существенным иммунным нарушениям [23] и к замене нормальной урогенитальной микрофлоры патогенными или условно-патогенными видами [8]. У больных, безуспешно получавших курс антибиотикотерапии по поводу УХ, существенно нарушается экобиоциноз кишечника, его иммуногенная, витаминообразующая функции, повышается уровень метаболизма условно-патогенной микрофлоры [4, 11].

Разработанный же нами метод комплексной терапии УХ и болезни Рейтера с применением лимфотропной антибиотикотерапии позволяет максимально приблизить вводимый в малой дозе противохламидийный антибиотик к очагу поражения и снизить вероятность возникновения нежелательных побочных эффектов (дисбактериоза, кандидоза, выраженной иммуносупрессии) [13]. В отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ лечение с использованием этого метода получили 38 больных, в том числе 27 мужчин с хроническим хламидийным простатитом и 11 женщин с хроническим хламидийным уретритом, эндоцервицитом, сальпингоофоритом. У всех больных после проведенной терапии наступило клиническое и этиологическое излечение. Побочные эффекты в виде болевой реакции в месте введения препаратов были кратковременными и проходили после наложения полуспиртового компресса. Аллергические реакции в виде дерматита на вводимые препараты наблюдались у 3 больных (у одного с atopическим дерматитом) и разрешались после назначения антигистаминных препаратов. Метод лимфотропного введения антибиотиков внедрен в 3 районах Московской области и с его применением пролечено 8 больных хроническим хламидийным простатитом.

УХ является одной из самых частых причин болезни Рейтера, клиническим проявлением которой является хронический уретропростатит (в инфекционно-токсической или аутоиммунной стадии), аутоиммунное поражение суставов, нередко – глаз и кожи (слизистых оболочек). Своеобразие проблемы болезни Рейтера заключается в необходимости при ее диагностике согласованных усилий врачей разных специальностей (дерматовенерологов, ревматологов, окулистов и др.), т.е. заболевание в известном смысле является междисциплинарной проблемой современной медицины. Оно чрезвычайно торпидно к проводимой терапии, нередко приводит к инвалидности, а иногда – к летальному исходу. В отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ разработан и апробирован новый высокоэффективный метод комплексной терапии болезни Рейтера с использованием лимфотропного введения противохламидийных антибиотиков и фотофереза. Сущность фотофереза заключается в экстракорпоральном облучении лимфоцитов крови больного, предварительно получившего внутрь фотосенсибилизатор из группы 8-метоксипсоралена; процедуры проводили 2 дня подряд с перерывом в 1 неделю, на курс 4 сеанса. Лечение осуществлялось в комплексе с кортикостероидной терапией, местным лечением, физиотерапией, сосудистыми препаратами. Лечение получали 12 пациентов с болезнью Рейтера (все мужчины), что привело к выраженному терапевтическому эффекту со стороны уретропростатита, суставного, глазного, кожного симптомов и в каждом случае элиминации хламидий.

Для объективизации заболеваемости УХ и учета его свежих, хронических и осложненных форм, а также выявления связанной с ним смешанной инфекции другими возбудителями БППП, в 3 районах Московской области в соответствии с целевой программой были обследованы 1970 человек (в том числе лица декретированных профессий, беременные, а также пациенты, обратившиеся на прием к дерматовенерологам). При этом были выявлены и получали лечение 370 больных хроническим УХ. Анализ полученных при обследовании результатов позволил установить весьма важные в эпидемиологическом отношении данные. В частности, в г. Раменское из 833 подлежащих обследованию с использованием реакции ПИФ с МАТ к *C.trachomatis* УХ был выявлен у 113 больных (16%), в г. Люберцы из 865 – у 175 (21%), в г.Щелково из 272 – у 82 больных (30%).

При этом было установлено, что 54% больных УХ – это лица до 20 лет, 25% – от 20 до 30 лет. Частота хронического УХ составила: по данным Люберецкого КВД – 90%, Раменского КВД – 63%, МОКВД – 95%; при тотальной уретроскопии у всех больных УХ в Щелковском КВД был выявлен хронический УХ.

Частота смешанной с хламидиями уретрогенной инфекции, по данным МОКВД, располагающим более совершенной лабораторной техникой и наиболее квалифицированными кадрами лаборантов, составила 80%. В частности, у 56,5% этих больных обнаруже-

на смешанная хламидийно-микоплазменно-уреаплазменная инфекция.

Приведенные данные уже сейчас позволяют оценить сложившуюся в Московской области ситуацию как чрезвычайно тревожную, а финансирование целевой программы как весьма своевременное и полезное для повышения качества медицинской помощи этой категории больных и снижения заболеваемости УХ в будущем.

В плане дальнейшей работы по выполнению целевой программы планируется проведение конференции по проблемам уrogenитального хламидиоза с главными врачами КВД и акушерами-гинекологами Московской области; с 1998 года – расширение регионов-участников выполнения программы за счет еще трех городов Подмосковья; по итогам двухлетней работы по реализации программы – издание методических рекомендаций по диагностике и лечению хронических и осложненных форм УХ и болезни Рейтера для всех заинтересованных специалистов Московской области.

Таким образом, учитывая вышеизложенное, можно сделать следующие выводы.

Во-первых, наметившаяся в 1997г. стабилизация в регистрации сифилиса по-видимому отражает не улучшение эпидемиологической ситуации, а лишь статистически констатирует отток больных из государственных лечебно-профилактических учреждений в частные и коммерческие структуры. При сохранении чрезвычайно высокого уровня заболеваемости важнейшими задачами дерматовенерологической службы Московской области являются: дальнейшее совершенствование организационной, лечебно-диагностической и профилактической работы по снижению уровня заболеваемости сифилисом в области, повышение качества обследования больных сифилисом на другие БППП, подготовка с этой целью врачей дерматовенерологов на курсе дерматовенерологии факультета усовершенствования врачей МОНИКИ.

Во-вторых, в ходе выполнения целевой программы по повышению качества медицинской помощи больным УХ, финансируемой Администрацией Московской области, подтверждены данные научной литературы о преимущественной распространенности УХ среди лиц молодого возраста (80% больных моложе 30 лет), установлена высокая частота ассоциации УХ с другими возбудителями БППП (до 80% случаев) и преобладание в общей структуре УХ хронических форм инфекции (до 95%). Подготовка врачей-дерматологов по проблемам малой урологии с обучением их технике уретроскопии, внедрение в области разработанных в МОНИКИ комплексных методов лечения хронического осложненного УХ с применением лимфотропной антибиотикотерапии, а также болезни Рейтера с использованием фотофереза, позволили существенно повысить качество лечения этой категории больных.

В-третьих, учитывая общность путей передачи, клинических проявлений, характера осложнений, принципов диагностики и лечения УХ и других уrogenенных БППП, опыт, полученный в ре-

зультате выполнения целевой программы по повышению качества медицинской помощи больным УХ, целесообразно распространить на работу с больными гонореей, микоуреаплазменной инфекцией, трихомониазом и другими урогенитальными инфекциями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р. Болезнь Рейтера // Клиническая ревматология. – М., 1989 – С.338-380.
2. Аковбян В.А., Тихонова Л.И. и др. // ЗППП – 1995, №4. –С.22-25.
3. Брагина Е.Е., Дмитриев Г.А., Кисина В.И. // Вестн. дерматол. – 1995, №6 – С.18-21.
4. Воробьев А.А., Абрамов Н.А., Бондаренко В.М., Шендеров Б.А. // Дисбактериозы и эубиотики. – М., 1996. – С.42.
5. Громыко А.И. // ЗППП – 1996, №6 – С.22-25
6. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин. Изд. 3-е. – М., 1991.
7. Ильин И.И., Делекторский В.В. // Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4-х томах. – Т.4./ Под ред. Ю.К.Скрипкина. – М., 1996. – С.219-262.
8. Кисина В.И. Инфекционные урогенитальные заболевания у женщин: Автореф. докт. дис. – М., 1997.
9. Ковалев Ю.Н., Ильин И.И., Болезнь Рейтера. – Челябинск, 1993.
10. Кунгуров Н.В., Герасимова Н.М., Халемин Я.А. и др. Новое в диагностике и лечении ЗППП и болезней кожи / Тез. докл. научно-практич. конф. – М., 1997. – С.178.
11. Лецнер А.А. Дисбактериозы и эубиотики. – М., 1996. – С.23.
12. Машкиллейсон А.Л., Гомберг М.А., Соловьев А.М. // Тез. докл. VII Российского съезда дерматологов и венерологов. – Казань, 1996. – Т. 3 – С.111-112.
13. Молочков В.А., Чилингиров Р.Х., Гостева И.В. // Росс. журн. кожных и венер. болезней. – 1998, №1. – С.55-60.
14. Пресс-релиз ВОЗ, 25.08.95., 1995, №5. – С.81-82.
15. Скрипкин Ю.К. // Кожные и венерические болезни / Сб. научных работ сотрудников ЦКВИ. – М., 1996. – С.3-11.
16. Скрипкин Ю.К., Тихонова Л.И. и др. // Тез. докл. VII Российского съезда дерматологов и венерологов. – Казань, 1996. – С.19-20.
17. Тихонова Л.И. // ЗППП. – 1995, №4. – С.15-21.
18. Beatty W.L., Morrison R.P., Byrne G.I., // Microbiol. Rew. – 1994. – V.58. – P.686-699.
19. Berger R.E., Alexander E.R., Monda G.D., et al. // N. Engl. J. Med. – 1978. – V.298. – P.301-304.
20. Cislakova L., Pospisil R., Holler J. et al. // Epidemiol. Microbiol. Immunol. –1994. – V.43. – P.111-113.
21. Habif T.P., Clinical Dermatology. A color guide to dermatosis and therapy / 3th ed. Copyrinyhg, by Mosly-Year Book Inc. St. Louis. – 1996.
22. Newhall W.J.V. // Infect. Immun. – 1987. – V.55. – P.162-168.
23. Scopinska-Rezovska E. // Immunol. Pol. – 1985. – V.10. – P.81-89.
24. Stamm W.E., Holmes K.K. //Sexualle Transmitted Disease / Ed K.K. Holmes, P.-A. Mardch, P.F.Sparing, P.J.Wiesne et al. New York Mc.Gram-Hill information Services. – 1990. – P.181-194.
25. Westrom L. // 2nd Eur. Congr. ESIDOY and 4th World Congr. Infect. Immunol. Dis. Obstet. Gynecol. and Infect. Dis. Urol. Dermatol., Spain Progr. and abstr. – 1995. – P.91.