

ВИРУСНЫЕ ГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

БОЛЬ Т. Л.

Городской кожно-венерологический диспансер, г. Казань.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К СТАТЬЕ НА ЦВЕТНОЙ ВКЛАДКЕ

В настоящее время не вызывает сомнений приоритетность и значимость проблемы профилактики и лечения вирусных генитальных инфекций. Это связано со следующими факторами:

1. Пожизненное выделение вируса;
2. сложность контроля заболеваемости, т.к. зачастую эти инфекции носят латентный характер;
3. широкий спектр провоцирующих факторов — в первую очередь, это наличие «эпидемического синергизма», т.е. ассоциации вирусных инфекций с другими заболеваниями, передаваемыми половым путем (чаще с хламидийно-микоплазменными); провоцирующими факторами могут быть микротравмы слизистой гениталий, снижение иммунитета при беременности, длительный прием антибиотиков.
4. Большое число сексуальных партнеров и отсутствие культуры интимной гигиены.

Все перечисленное выше и привело к превалированию генитальных вирусных инфекций в структуре ИППП над классическими венерическими заболеваниями. Так, по данным кабинета ЛДК № 4 на одного больного сифилисом в 2004 году зарегистрировано 2,5 больных с ВПЧ и герпесвирусной инфекцией, на одного больного гонореей — 1,8 соответственно.

Герпесвирусы широко распространены в человеческой популяции, они способны поражать все органы и системы.

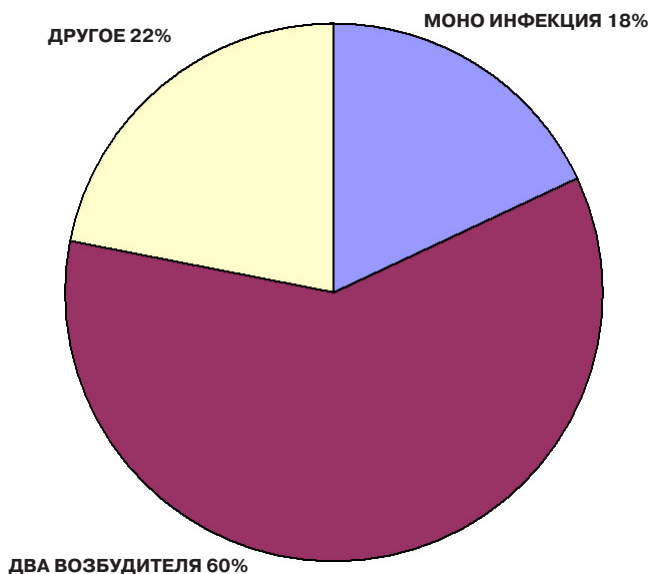
По данным ВОЗ число инфицированных ВПГ составило 90%, а по данным нашего кабинета эта цифра оказалась равна 95%. При обследовании больных на ЦМВИ иммуноглобулины класса G обнаружены в 97,7%. В последнее время точно установлено, что ВПГ в сочетании с ЦМВИ потенцируют процессы атеросклероза.

Длительная персистенция вируса генитального герпеса приводит к формированию аутоиммунных процессов; у беременных осложняет течение беременности угрозой прерывания, развитием врожденных уродств, антенатальной гибелью плода. Существует опасность заражения плода при прохождении по родовому каналу как при манифестной форме, так и при бессимптомном выделении вируса. Установлено прямое и косвенное участие генитальной микрофлоры в индукции родов. Среди женщин фертильного возраста манифестация процесса происходит в 40% случаев, а у 10% беременных выявляется дебют или рецидив генитального герпеса. Вирусы герпеса поражают эритроциты, тромбоциты, лейкоциты и макрофаги, способны длительно персистировать в организме, формируя нестерильный иммунитет. При герпесе формируются иммунодефицитные состояния, обусловленные недостаточностью различных звеньев иммунной системы и ее неспособностью элиминировать вирус из организма. Сохраняющиеся в течение всей жизни, иногда в довольно высоких титрах, вируснейтрализующие антитела хотя и препятствуют распространению вирусных частиц, но не предупреждают возникновение рецидивов.

Из года в год наблюдается рост числа больных с герпесвирусной инфекцией. Вашему вниманию предоставлен анализ наблюдения за 48 больными генитальным герпесом; у 27 из них был первый эпизод болезни, у других 21 — рецидивирующий. Давность заболевания больных этой группы составила от года до 4-х лет. Возрастной диапазон оказался достаточно широк (от 19 до 67 лет). Наиболее тяжелое течение заболевания наблюдалось у 3-х больных с сахарным диабетом в возрасте старше 40 лет, а также у женщин после первичного инфицирования.

Как моноинфекция генитальный герпес протекал лишь у 18% больных, у 60% выявлены микробные ассоциации с 2-мя возбудителями — с хламидиями и грибами рода *Candida*.

В условиях микст-инфекции меняется не только клиника вирусных инфекций, но изменяется тактика врача по лечению и ведению данных больных. В создавшихся условиях ослабленного иммунологического контроля не только становится невозможной полная элиминация внутриклеточно расположенного вируса, но и создаются благоприятные условия для распространения вирусов от клетки к клетке по межклеточным мостикам. Иными словами, создаются условия для распространения и генерализации ГИ.



По характеру возникновения рецидивов наша группа распределась следующим образом:

ГРУППА С РГГ:

- 3 больных провоцирующим фактором считали половой акт, рецидивы отмечали 2-3 раза в месяц;
- у 9-ти женщин рецидивы высыпаний совпадали с менструацией;

- 4 человека связывали обострения с нервными перегрузками;
- 5 пациентов имели рецидивы на фоне респираторных инфекций.

Лечение больных, особенно с первичным эпизодом достаточно ответственно. Бытующий афоризм «Леченый герпес проходит через неделю, а нелеченый через 7 дней» на сегодняшний день неактуален. Принципом лечения считаем индивидуальный подход и комплексную терапию. Из препаратов системного действия назначался ацикловир в дозе 200 мг от 8 до 14 дней, как противовирусный препарат; антибиотикотерапия, при наличии бактериальных инфекций. Обязательны интерферон-продуцирующие препараты системного (неовир) и местного действия ЭПИГЕН, в качестве активного компонента содержащий 0,1% глициризиновую кислоту, обладающую противовирусным и интерферогенным действием.

Эпиген в виде аэрозоля назначался 5-6 раз в день на пораженную поверхность. Все пациенты отмечали выраженный охлаждающий, противозудный и обезболивающий эффект.

У больных сахарным диабетом на фоне применения ЭПИГЕНА наблюдалась абортальная форма рецидивов с сокращением длительности высыпных элементов до 2-3-х дней.

Пациентам после окончания базисного лечения, которые называли причиной рецидива половой акт, назначали применения ЭПИГЕНА до и после полового акта.

Женщинам, у которых причиной рецидивов называлась менструация, назначали ЭПИГЕН с 18-20 дня менструального цикла и до конца менструации, во время которой рекомендовали обработку наружных половых органов и перианальной области. В последующие 6 месяцев наблюдения рецидивов заболевания у лиц данной группы не было.

В сочетании с остроконечными кондиломами генитальный герпес был диагностирован в 14% случаев.

Проблема диагностики и лечения заболеваний, обусловленных папилломавирусом, в последние годы привлекает внимание ввиду резкого роста заболеваемости, значительной контагиозности и доказанной высокой онкогенности ВПЧ. По данным различных исследователей, ВПЧ выявляется при доброкачественных опухолях шейки матки в 30% случаев, дисплазиях шейки матки — 19-89%, а тяжелая дисплазия переходит в инвазивный рак по меньшей мере в 12% случаев.

Простая бородавка или провокатор рака? Этот вопрос должен волновать дерматологов, косметологов, гинекологов всегда, когда они диагностируют остроконечные или плоские кондиломы, простые или подошвенные бородавки!

Кроме того, достоверно установлен факт обнаружения ВПЧ высококонтагиозного типа задолго до появления первых цитологических, а уж тем более клинических признаков онкозаболевания.

Все сказанное выше диктует необходимость своевременной постановки диагноза и проведения адекватной патогенетической терапии.

Последние два десятилетия из года в год увеличивается число больных с проявлениями папилломавирусной инфекции. И это притом, что у основной массы сексуально-активного населения пока еще сохраняется резистентность к ВПЧ и заболевания развивается лишь у половины партнеров с иммунодефицитным состоянием и лиц, пренебрегающих гигиеническими нормами. За 2004 год в кабинете ЛДК было зарегистрировано и пролечено 228 больных с остроконечными кондиломами на коже и слизистых половых органов. Возрастной диапазон значительно уже, чем при генитальном герпесе — от 18 до 35 лет, со значительным преобладанием в возрастной группе от 18 до 23 лет. Соотношение между женщинами и мужчинами составило 3:1 соответственно.

Типичная локализация кондилом представлена на следующей диаграмме:



У наших пациентов чаще поражена венечная борозда, у женщин — слизистая оболочка вульвы. В последнее время наблюдается большая обсемененность гениталий остроконечными кондиломами, их быстрый рост и все более частое поражение сводов влагалища и влагалищной части шейки матки у женщин.

ВПЧ как моноинфекция протекала лишь у 9% больных. По большому счету, это те лица, которые финансово ограничены и не имели возможности провести полное обследование (в частности ПЦР-диагностику).

- В 91% случаев были выявлены микробные ассоциации;
- у 36% лиц выявлен паразитоз, обусловленный двумя возбудителями;
- у 45% — тремя;
- у 19% — четырьмя и более.

В подавляющем большинстве случаев микст-инфекция представлена хламидийно-микоплазменными ассоциациями. Таким образом, с полным основанием можно сказать, что аногенитальные бородавки могут быть маркером других ИППП.

Лечение таких больных должно быть комплексным и не должно ограничиваться только на деструкции ткани бородавки.

Лечение больных начинаем с санирования выявленных ИППП. Исходя из того, что основными клетками-продуцентами факторов воспаления являются лимфоидные элементы эпителия, вполне обоснованно использование для местного лечения остроконечных кондилом препарата ЭПИГЕН, действующее вещество которого — глицирризиновая кислота — обладает противовоспалительным, иммуностимулирующим и противовирусным действием. Эти свойства дают возможность применять Эпиген у больных с контагиозным моллюском. Метод достаточно эффективен и оправдан при локализации процесса на лице, в перианальной области.

Дополнительным свойством Эпигена является безопасность для детей и беременных на любом сроке гестации. Более того, это единственный препарат, направленный на элиминацию вируса при одновременной стимуляции мест-

ного иммунитета. Монотерапия Эпиген-спреем у больных с аногенитальными бородавками (АБ) эффективна лишь при наличии мелких элементов.

В процессе лечения ЭПИГЕНОМ на 3-4 день исчезает гиперемия и зуд вульвы. Через 7-10 дней мелкие кондиломы элиминировались, а оставшиеся удаляли либо криодеструкцией, либо электрохирургическим иссечением. После чего в следующие 10 дней рекомендовали применение ЭПИГЕНА, т.к. глицирризиновая кислота стимулирует регенерацию кожи и слизистых.

Максимально старались обследовать половых партнеров; примерно у половины была диагностирована папилломовирусная инфекция. Спустя месяц после окончания лечения больным с АБ проводили ПЦР-диагностику на присутствие ВПЧ в месте бородавок. Обследованы таким образом 25 больных. Из них у 21 ВПЧ не обнаружен, у 4-х результат оказался положительным (в т.ч. у 2-х женщин, лечение которых заключалось только лишь в деструкции кондилом). Обязательным условием для успешного лечения больных с АБ является привлечение и обследование половых партнеров.

Таким образом, больные с генитальными вирусными инфекциями при **комбинированном** лечении получают стойкий терапевтический эффект.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОРОДАВЧАТОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

МИНУЛЛИН И.К., НИКИТИНА Г.В.

Городской кожно-венерологический диспансер, г. Казань.

Красный плоский лишай — воспалительное заболевание кожи и слизистых, проявляющееся зудящими плоскими (от латинского «planus» — плоский) папулами на коже и молочными высыпаниями на слизистой полости рта.

В настоящее время по данным разных авторов, средний уровень заболеваемости составляет около 1% от всех кожных заболеваний.

Одной из клинических разновидностей красного плоского лишая, наиболее резистентной к лечению, является бородавчатая или гипертрофическая форма, представляющая собой возвышающиеся над уровнем кожи фиолетового или сине-асбестового цвета бляшки с роговыми, гиперкератотическими наслоениями на поверхности сопровождающиеся интенсивным зудом.

ПРОВОДИМ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ.

Больной М., 27 лет обратился на прием к дерматологу с жалобами на стойкие высыпания на нижних конечностях, сопровождающиеся зудом.

Болен около года, лечился седативными, десенсибилизирующими, анагистаминными средствами, наруж-

но-стероидными кремами, длительно, с незначительным эффектом.

Объективно: на передних поверхностях голеней и тыле стоп — розово-синюшные бляшки с бородавчатой поверхностью 0,2- 1 см. в диаметре полигональной формы; множественные гипо-и гиперпигментированные пятна, эскориации линейной формы.

Лечение проводилось на фоне общей комплексной терапии: р-р тиосульфата натрия 30%-10,0 внутривенно №10, внутрь — цетрин 10 мг/сут., диазолин 0,1г/сут.- по 10 дней; внутримышечно витамины В1 и В6 1,0мл №10; Наружно: акридерм СК и белосалик. Криодеструкция проводилась ватным аппликатором с экспозицией 1 — 3 сек., обрабатывались все бляшки с промежутком между процедурами 5 дней, число процедур — 6.

С каждым сеансом лечения наблюдалось уплощение, сглаживание бляшек, зуд уменьшался. В результате, в течение месяца высыпания, мучившие больного около года, практически разрешились, оставив в очагах лишь гиперпигментированные пятна.