

Disorders. *Annals Academy of Medicine*. 2008; 37:683-688; 5. Lichstein K.L., Wilson N.M., Noe S.L., Aguillard R.N., Bellur S.N. Daytime sleepiness in insomnia: behavioural, biological and subjective indices. *Sleep* 1994; 17:693-702; 6. Stewart J.H. Hypnosis in contemporary medicine. *Mayo Clin. Proc.* 2005; 80:511-24.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

ИНСОМНИЯ КЕЗІНДЕГІ ГИПНОТЕРАПИЯ

М.М. Тулендинов

“Рахат” медициналық орталығы, Алматы қ.

Инсомния гипнотерапиясы мен фармакотерапиясын салыстырмалы зерттеу жүргізілді. 20 емделуші 2 топқа кездейсоқ бөлінді, бірінші топ ұйқысыздықты емдеу ретінде гипнотерапияны, екінші топ зопиклонды алды. Тиімділікті бағалау 10 күнде, 4 аптада және 8 аптада жүргізілді. Нәтижелер гипнотерапия ұйқысыздықты емдеудің тиімді құралы болып табылатындығын көрсетті, оның тиімділігі зерттеудің 8 аптасына дейін сақталды. Фармакотерапия

ұйқысыздықты тиімді басады, бірақ оның тиімділігі дәрілік препаратты қабылдауды тоқтатқаннан кейін төмендейді.

SUMMARY

HYPNOTHERAPY IN INSOMNIA

М.М. Tulendinov

Rakhat Health Centre, Almaty c.

Comparative study of insomnia hypnotherapy and pharmacotherapy was conducted. 20 patients were randomized in two groups, insomnia in one group was treated with hypnotherapy, the second one – with zopiclone. Efficacy was evaluated in day 10, week 4 and 8. Results indicated that hypnotherapy was effective in treatment of insomnia, its efficacy was maintained up to 8 study week. Pharmacotherapy effectively manages insomnia, but its efficacy decreases after drug withdrawal.

Рецензент: Заведующая кафедрой психотерапии и наркологии АГИУВ, д.м.н. профессор Измаилова Н.Т.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Т.Н. ФАКЕЕВА

Областной кожно-венерологический диспансер, г. Караганда

В настоящее время среди инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), особую актуальность представляют диагностика и лечение так называемых «скрытых инфекций»: хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, гарднереллеза, трихомоноза. Их опасность заключается в том, что вышеперечисленные возбудители обуславливают торпидное рецидивирующее течение воспалительных заболеваний мочеполовой и репродуктивных систем. Зачастую скрытое течение этих инфекций ведет к возникновению воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин и мочеполовых органов мужчин. Несвоевременное обращение к специалистам, трудность диагностирования и зачастую неэффективные схемы лечения приводят к формированию вторичного бесплодия, формирующегося в результате воспалительных процессов в органах репродуктивной системы. У женщин хроническое течение ИППП может приводить к нарушению менструального цикла, развитию внематочной беременности и послужить причиной перинатального инфицирования плода. У мужчин они являются причинами воспалительных заболеваний мочеполовой системы, которые с течением времени приводят к снижению потенции, либидо, вторичному бесплодию [1, 2, 3].

Ввиду изменчивости микроорганизмов, приводящих к образованию устойчивых штаммов к применяемым антибиотикам, сохраняется потребность в постоянной разработке все более эффективных схем лечения и применение новых антибактериальных препаратов [4]. До недавнего времени основными группами препаратов являлись производные тетрациклинового ряда и эритромицин. Однако лечение препаратами данных групп требует длительной терапии, что повышает риск развития тяжелых побочных эффектов [5].

Современной тенденцией лечения ИППП является применение препаратов группы фторхинолонов [6]. К

числу новых препаратов этой группы относится моксифлоксацин (Авелокс, 400 мл. Bayer Schering Pharma). Достоинствами препарата являются: высокая биодоступность, низкая связываемость с белками плазмы, быстрое распределение в тканях, что создает бактерицидную концентрацию практически во всех системах организма, хорошая переносимость, длительный период полувыведения (12-14 часов) и, как следствие, простота дозирования – достаточно однократного применения в сутки [6].

Уникальность действия препарата заключается в ингибировании ферментов, ответственных за биосинтез ДНК клетки (топиомеразы – 2 и топиомеразы – 4).

Наиболее важными в молекуле фторхинолонов, отвечающими за их антимикробные свойства, являются группы, занимающие позиции 1, 7 и 8. Циклопропиловая группа в положении 1 обеспечивает активность (рис. 1) [7]. Присоединение дополнительного кольца в позиции 7 придает высокую активность по отношению к грамположительной микрофлоре, включая пневмококки. Добавление в структуру молекулы метоксигруппы в положении 8 привело к повышению активности в отношении анаэробов без увеличения риска потенциальной фототоксичности [7].

Механизм действия

Моксифлоксацин, как и все фторхинолоны, действует бактерицидно благодаря ингибированию ферментов класса топоизомераз – ДНК-гиразы (топиомеразы II) и топоизомеразы IV (рис. 2). Эти ферменты выполняют строго определенные функции в процессе формирования пространственной структуры молекулы ДНК при ее репликации: ДНК-гираза катализирует расплетение (отрицательную суперспирализацию) нитей ДНК, а топоизомераза IV участвует в разъединении (декатенации) ковалентно-замкнутых кольцевых молекул ДНК. Ингибирование этих ферментов нарушает процессы роста и деления бактериальной клетки, что приводит к ее гибели.

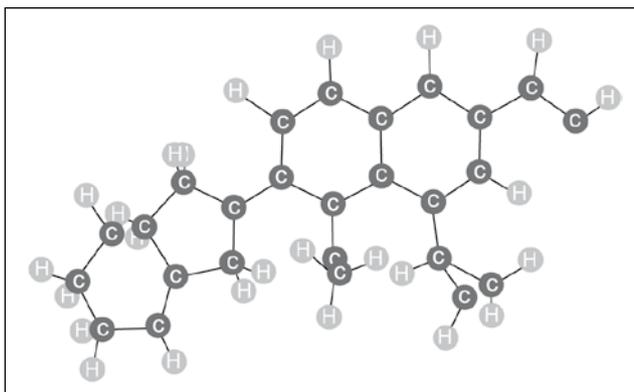


Рисунок 1. Пространственное строение 1- Циклопропил -7 (3,3)- 2,8-диаза-бицикло (4.3.0)- 8 ил]- 6 фтор-1,4-дигидро-4-оксо- 3-хинолонкарбоновой кислоты (Авелокс)

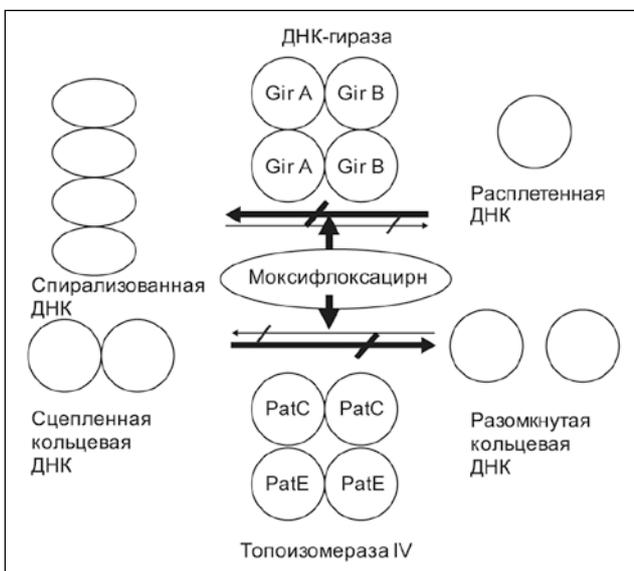


Рисунок 2. Механизм действия моксифлоксацина

Основной мишенью моксифлоксацина в грам положительных микроорганизмах преимущественно является топоизомераза IV, а в грамотрицательных – ДНК-гираза [7].

Распределение урогенитальных инфекций по видам

За период июня по декабрь 2007 года нам в кожно-венерическом диспансере г. Караганды было обследовано и назначено лечение 208 пациента. Из них было 112 мужчин и 96 женщин в возрасте от 18 до 40 лет. Распределение возбудителей УГИ представлено на графике 1.

Как видно из рисунка 2, моноинфекция хламидиоза была диагностирована только у 81 пациентов (39%), а уреоплазмоза у 15 пациентов (7%). Две инфекции были обнаружены у 27 пациентов (13%), в остальных случаях наблюдались три инфекции и более в виде сочетания хламидийной инфекции с уреоплазмозом, микоплазмозом, гарднереллезом и сопутствующим кандидозом. Представленная схема показывает заметное преобладание хламидиоза среди других УГИ, что и определяет актуальность эффективных схем его лечения.

Диагностика УГИ

В процессе выполнения работы придерживался алгоритм диагностики ассоциированной урогенитальной инфекции (УГИ) [1]:

1. Обязательное консультирование половых партнеров с использованием единых лабораторных методов.

2. Подробный анализ настоящих жалоб, времени и остроты проявления признаков воспаления (принимались во внимание особенности половой жизни менструального цикла).

3. Анамнез заболеваний: ранее перенесенные урогенитальные инфекции, состояние здоровья полового партнера, особенности акушерско-гинекологического анамнеза женщин, ранее проведенное лечение.

4. Результат гинекологического обследования, урологического обследования.

5. Результаты методов лабораторной диагностики:

- Бактериоскопия мазков: Vg, Ur, Cr.
- РИФ, ИФА.

Лечение больных УГИ

Лечение больных УГИ проводилось комплексно, при этом принимались во внимание как выявленные возбудители, так и клинические проявления. Терапия состояла из антибактериального, иммунокорректирующего и симптоматического компонентов. При этом лечение складывалось из нескольких стадий. В первую стадию входит лечение трихомоноза. Во вторую проводилось лечение хламидиоза, уреоплазмоза, микоплазмоза, гарднереллеза. Антибактериальные препараты выбирались с учетом их воздействия на нескольких возбудителей. К таковым относится фторхинолон IV поколения – Авелокс, который проявляет высокую

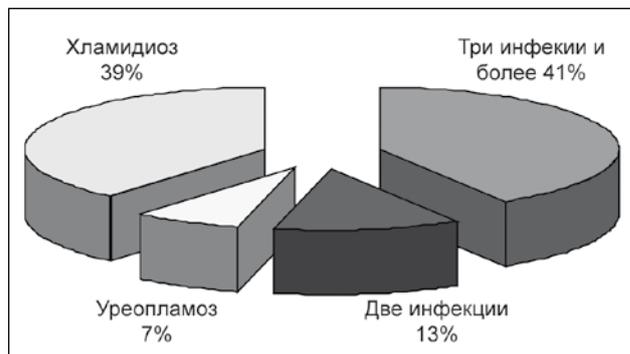


График 1. Распределение возбудителей УГИ

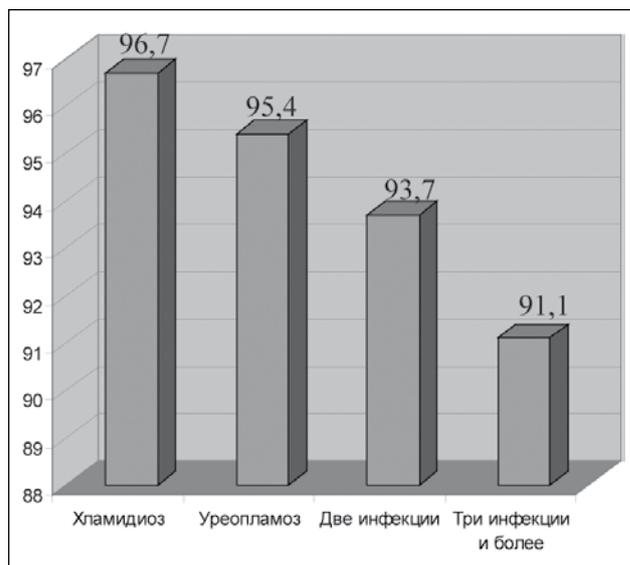


График 2. Эффективность терапии после 1-го курса лечения

СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

Препарат	Трихомо- ниаз	Гарднере- лез	Урогенитальный				
			Хламидиоз острый неослож- ненный	хронический неослож- ненный	канди- доз	урео- плазмоз	мико- плазмоз
Противопротозой- ный препарат	Ноксдажин 2 т на первый прием, за- тем 1 т 2 раза в день, 6 дней или Макмирор 1 т 2 р в день 10 дней или Орнисид по 2 т 2 р в день 5 дней или Атрикан, 1 т 2 р в день, 8 дней						
Антибиотик	Авелокс 400 мг, 1 таблетка, 1 раз в сутки, с 6 дня лечения, 10 дней						
Местная терапия	Свечи Гексикон, 2 раза в день, 10 дней		Свечи Гексикон 1 свеча, вагинально, 2 раза в день 10 дней Свечи Виферон, 3 млн ЕД, ректально, 10 дней Свечи Витапрост 1 свеча ректально, 10 дней				
Противогрибковый	–		Дифлюкан, 150 мг, на 7, 14 день или Микосист, 150 мг, на 7, 14 день или Орунгал, 100 мг, 1 капсула 2 раза в день, 7 дней				
Иммунокорриги- рующие	А. 1) Циклоферрон по схеме или Неовир по 2 мл, в/м, через день №5 2) Т-активин 1 мл, в/м, через день №10 Б. 1) Вобензим, 3 т 3 раза в день, 10 дней						
Инстилляции уретры	Миромистин или 2%-ный раствор Проторгола						
Витамины	Мультивитамины, 1 месяц после проведенной терапии						

активность не только против хламидий, микоплазмы, уреоплазмы, гонореи. Также он эффективен против неспецифической флоры (синегнойная палочка, кишечная группа бактерий, стафилококки).

Выбор Авелокса был обусловлен рядом преимуществ [6]:

- Широкий спектр действия (грамотрицательные, грамположительные, атипичные микроорганизмы).
- Высокий биодоступностью (не менее 90% после однократного применения). Достижение максимальной концентрации через 2-3 часа.
- Быстрое распределение в тканях.
- Бактерицидным эффектом, поддерживающимся в течение суток.
- Низким процентом связывания с белками плазмы около 40%, в основном с альбуминами.
- Периодом полувыведения – 12 часов.
- Отсутствием фотосенсибилизации.

Необходимо заметить, что частота развития побочных эффектов (тошноты, головокружения, боли в животе), характерных для препаратов фторхинолонового ряда, при применении Авелокса ниже, чем у его предшественников.

Результаты лечения

Клиническая оценка результатов лечения проводилась в зависимости от степени исчезновения клинических проявлений и по результатам лабораторной диагностики.

Как видно из графика 2, приведенные выше схемы терапии продемонстрировали высокую эффективность Авелокса при лечении пациентов с УГИ после 1 курса лечения. В короткие сроки наступило излечение или переход в моноинфекционную форму заболевания.

Контрольные лабораторные методы исследования при УГИ свидетельствовали о высокой суммарной эффективности Авелокса (97,5%). У остальных 2,5%

пациентов был проведен повторный курс лечения Авелоксом, что позволило добиться полной эррадикации возбудителя.

Выводы

Таким образом, следует отметить, что в настоящее время наиболее перспективным в лечении урогенитальных инфекций является фторхинолон нового поколения моксифлоксацин (Авелокс, Bayer Schering Pharma). Однократное применение препарата в сутки, что особенно удобно в амбулаторных условиях, хорошая переносимость пациентами, позволяют его рекомендовать для лечения ИППП.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Коркан А.И., Коркан И.П. Диагностика и лечение урогенитальной инфекции у женщин // Вестник акушера-гинеколога, 2002. – №1. – С. 1-40;
2. Абоян И.А., Павлов С.В., Мирошниченко В.И., Шестель А.Н. Лечение негонорейных уретритов у мужчин препаратом Авелокс (Моксифлоксацин) // Урология, 2007. №1. – С. 24-28;
3. Доброхотова Ю.А., Дубнер Е.Ю. Моксифлоксацин в лечении воспалительных заболеваний органов малого таза // журнал «Фарматека», 2005. – №1;
4. Альберт А. Избирательная токсичность. М., «Медицина», 1989., Т.1, – С. 292-303;
5. Ворник Б.М., Талаев К.А. Использование препаратов заноцин и клабакс в лечении урогенитального хламидиоза // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии, 2001. №1. – С.55-57;
6. Халдин А.А. Негонорейные урогенитальные инфекции и заболевания репродуктивной системы: терапевтическое применение Моксифлоксацина // Фарматека. 2004. – №1. – С. 32-35;
7. Страчунский Л.С., Кречиков В.А. Моксифлоксацин фторхинолон нового поколения с широким спектром активности (обзор литературы) // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2001. Том 3. – №3.

**ТҰЖЫРЫМ
ЖЫНЫСТЫҚ ЖОЛМЕН БЕРІЛЕТІН АУРУЛАРДЫ
ЕМДЕУДЕГІ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛ**

Т.Н. Факеева
*Облыстық тері-венерологиялық диспансер,
Қарағанды қ.*

Мақалада Қарағанды облыстық тері-венерологиялық диспансері негізінде жасырын несеп-жыныстық инфекцияларды емдеуге моксифлоксацинді (Авелокс, 400 мг, Bayer Schering Pharma) қолдану тәжірибесі сипатталған. Жұмыста 208 емделушіні амбулаториялық емдеудің талдауы көрсетілген. Емдеудің қарапайым схемасы толық сипатталған.

**SUMMARY
MODERN TREATMENT APPROACH IN SEXUALLY
TRANSMITTED DISEASES**

T.N. Fakeyeva
*Regional Dermatovenerologic Dispensary,
Karaganda c.*

The article has description of moxifloxacin- use (Avelox.400 mg. Bayer Schering Pharma) fortreatment of latent urogenitaly infections in Karaganda regional Dermatovenerologic clinic. The article has analysis of out-patient therapy of 208 patients is presented. The original scheme of treatment is in detail described.

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

Н.С. КУЛЯШБЕКОВА

Жамбылский областной кожно-венерологический диспансер

Согласно отчетам ВОЗ, ежегодно в мире фиксируется более 330 млн случаев заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП) [1]. Причем эта цифра не включает обособленно регистрируемые, случаи ВИЧ-инфицирования, число которых превышает 40 миллионов. Более половины населения земного шара рано или поздно, хоть раз в жизни, но сталкивался с ЗППП.

ЗППП и их последствия имеют громадное социальное и экономическое значение, оказывает влияние практически на все стороны жизни современного общества [2].

Социальные и экономические перемены в обществе влияют на социальные и поведенческие факторы, способствующие росту заболеваемости ЗППП. Эпидемиологическая ситуация во многом обусловлена тем, что в обществе имеются социальные группы (проститутки, гомосексуалисты, наркоманы и токсикоманы), для которых «нормой» интимной жизни являются частые половые связи с постоянной сменой половых партнеров. При этом происходит расширение путей передачи возбудителя инфекции. Коммерческий секс, употребление алкоголя и наркотиков порождают рост различных преступлений на сексуальной почве, что также ведет к увеличению заболеваемости ЗППП. Стигмами социальных изменений, ведущих к повышению риска заражения ЗППП и реинфицированию, являются: изменение стандартов полового поведения в обществе, сексуальная свобода, падение нравов, раннее начало половой жизни, внебрачные и добрачные связи [3].

Важно помнить, что ЗППП не оставляют иммунитета, а поэтому болеть сифилисом, гонореей и другими ЗППП можно несколько раз, а иногда несколькими инфекциями сразу. Проведенная широкомасштабная наглядная агитация по использованию презервативов в Швеции и др. была одной из причин сокращения заболеваемости хламидиозом и др. ЗППП [4, 5].

Современные профилактические мероприятия включают как обучение, так и изменение мотиваций и поведения. Они подразумевают ряд общих шагов, включающих осознание угрозы того или иного ЗППП, формирования определенного отношения к поведению, риска, веру и позитивное отношение к тому, что каждый в состоянии осуществлять превентивные действия, а также приобретение социальных и поведенческих навыков, направленных на снижение риска заражения. При проведении

профилактических мероприятий необходимо учитывать тот контингент, с которым ведется работа, то есть профилактическая работа должна быть адресной.

Профилактические мероприятия подразделяются на первичные и вторичные.

Первичная профилактика ЗППП

Первичная профилактика предполагает осуществление теоретически обоснованных вмешательств, направленных на изменение поведения в популяциях высокого риска для предотвращения заражения ЗППП. В настоящее время профилактические мероприятия, проводимые в обществе, включают в основном медико-санитарную пропаганду сексуального здоровья и информирование населения на страницах периодической печати, в СМИ, в школах и других учебных заведениях, а также в лечебных учреждениях, прежде всего – дерматовенерологического профиля. Население должно знать особенности ранних и поздних клинических проявлений ЗППП, пути заражения и способы их профилактики, необходимо создавать в различных слоях общества положительную мотивацию на обращение к специалистам дерматовенерологического профиля.

Особо следует отметить такую группу, как подростки и молодежь.

При осуществлении мер по профилактике ЗППП среди подростков следует учитывать «феномен неприятия авторитетов», характерный для лиц этого возраста. В связи с этим наиболее действенными являются программы по профилактике ЗППП, которые проводятся самими подростками, прошедшими специальную подготовку. Имеется также необходимость расширения и профилизации подготовки педагогов школ и других учебных заведений, а также психологов по вопросам профилактики ЗППП и контрацепции, которые создают так называемый «климат мнений».

Вторичная профилактика

Вторичная профилактика направлена на лиц с диагностированными ЗППП для снижения вероятности передачи инфекции партнерам при половом контакте или через общие с ними инъекционные иглы. Вторичная профилактика должна быть нацелена на снижение риска повторного заражения ЗППП среди больных ЗППП и уже переболевших лиц. Для того, чтобы рекомендации оказались эффективными, в беседе с пациентом врачу