

необходимо проявлять терпение, уважение, сострадание и не высказывать осуждения.

Индивидуальная профилактика ЗППП

Индивидуальная профилактика ЗППП может быть осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения венерическим заболеванием в результате случайной половой связи.

Аутопрофилактика проводится с помощью индивидуальных портативных (карманных) профилактических средств в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией. К числу таких средств относится хлоргексидина биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и др.

Личная профилактика проводится также круглосуточно в пунктах индивидуальной профилактики, имеющих в кожно-венерологических диспансерах. Профилактика проводится мужчинам с помощью 2-3% водного раствора протаргола и вышеупомянутых гибитана, цидипола и др. Для женщин используют 1-2% раствор азотнокислого серебра, гибитан, цидипол. Личная (индивидуальная) профилактика осуществляется как в пунктах профилактики, так и самостоятельно.

Профилактические мероприятия должны оказать влияние на изменение поведения пациента – от проявления желания обратиться за помощью при возникновении симптомов заболевания до долговременного изменения сексуального поведения. Для достижения положительных результатов в профилактике ЗППП врач-дерматовенерологу необходимо привлекать к работе не только психологов, акушеров-гинекологов, урологов, педагогов, но и волонтеров из числа переболевших подростков и взрослых.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Адашкевич В.П., Козин В.М. Кожные и венерические болезни. Москва, 2006;
2. Соколовский Е.В., Савичева А.М., Домейка М., Айламазян Э.К. Беляева Т.В. Инфекции, передаваемые половым путем. Москва, 2006;
3. Доверяй, но надевай. Профилактика ЗППП. <http://popularmedicine.ru/>
4. Есенгараева З.Б., Малдыбаева Н.М. Профилактика ЗППП и ВИЧ/СПИДа. Алматы, 2005;
5. Материалы с сайта <http://unimed-dnk.ru/>

ТҰЖЫРЫМ

ЖЫНЫСТЫҚ ҚАТЫНАС АРҚЫЛЫ ЖҰҒАТЫН АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ӘДІСТЕРІ МЕН МАҢЫЗДЫ ПРИНЦИПТЕРІ

Н.С. Күләшбекова

Жамбыл облысының тері-венерологиялық диспансері

Берілген мақалада жыныстық қатынас арқылы жұғатын аурулардың алдын алу әдістері мен принциптері көрсетілген.

SUMMARY

MAIN PRINCIPLES AND METHODS OF PREVENTIVE MAINTENANCE OF DISEASES, SEXUALLY TRANSMITTED

N.S. Kuliashbekova

Zhambyl regional dermatovenerological dispensary

In given article principles and methods of preventive maintenance of diseases, sexually transmitted are described.

ИНФЕКЦИИ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОРНИДАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН

Г.Т. БИРЖАНОВА

Городской центр репродукции человека, г. Алматы

В последние годы зарегистрирован рост частоты встречаемости урогенитальных инфекций, в т. ч. передаваемых половым путем, имеющих не только медицинскую, но и большую социально-экономическую значимость. Причин роста инфекционных заболеваний урогенитального тракта множество, среди них можно выделить: урбанизацию общества, ухудшение экологической обстановки, раннюю половую жизнь, множество половых партнеров, бесконтрольное применение лекарственных средств (особенно гормональных, антибактериальных), позднюю обращаемость пациентов к врачу, самолечение, недостаточную надежность лабораторных методов исследования, изменение иммунного и гормонального статуса, изменение микробиоценоза и др.

Актуальность проблемы также обусловлена ростом количества субманифестных форм заболевания и наличием резистентных штаммов урогенитальных трихомонад к лекарственным препаратам. Высокая заболеваемость и распространенность урогенитального трихомониаза, частое бессимптомное течение, многоочаговость поражения, значительное число хронических форм и возможные осложнения обуславливают необходимость поиска новых лекарственных препаратов и совершенствования подходов к лечению данного заболевания.

На данный момент современные методы лечения урогенитального трихомониаза основаны на использовании специфических противотрихомонадных препаратов. Одними из наиболее распространенных являются препараты группы 5-нитроимидазола (метронидазол и орнидазол). Препараты данной группы сами по себе не обладают цитотоксичностью, их эффект основан на способности простейших внутриклеточно восстанавливать нитрогруппу препаратов с образованием метаболитов, которые повреждают ДНК, оказывая тем самым бактерицидный эффект. Активация 5-нитроимидазола происходит в гидрогеносомах *Trichomonas vaginalis* (органеллах, заменяющих митохондрии и принимающих участие в синтезе АТФ) с участием пируват-ферредоксин оксидоредуктазы, гидрогеназы и других ферментов.

По мнению некоторых авторов, решение проблемы резистентности к метронидазолу возможно путем повышения дозы вводимого препарата. Однако большинство из них считают, что при лечении осложненных и рецидивирующих форм урогенитального трихомониаза наиболее оптимально применение орнидазола, поскольку многочисленными исследованиями доказано, что *Trichomonas vaginalis*, резистентная к препаратам метронидазола, лучше поддается эрадикация орнидазолом. Более того,

орнидазол имеет меньше побочных явлений по сравнению с метронидазолом.

Цель данного исследования – сравнение метронидазола и орнидазола в лечении урогенитального трихомониаза у женщин.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 65 женщин в возрасте 18-49 лет (средний возраст – 30,5 года) с клиническими проявлениями урогенитального трихомониаза, обратившиеся на обследование и лечение к гинекологу. Давность заболевания варьировала от 1 месяца до 1,5 года. Урогенитальный трихомониаз был подтвержден микроскопическим и культуральным методами диагностики. Жалобы на незначительные слизистые выделения из половых путей у 35 (53,8%) больных, умеренные слизисто-гнойные выделения – 16 (24,6%), дизурические явления – 42 (64,6%), чувство дискомфорта во влагалище – 47 (73,2%) и диспареуния – 6 (9,2%) больных. Все пациентки были случайным образом разделены на две клинические группы (каждый четный и нечетный, по мере обращения). Первая группа состояла из 34 женщин, которым назначался Дазолик (орнидазол, Сан Фармасьютикал Индастриз, Лтд., Индия) по 500 мг 2 раза в день в течение 10 дней. Вторая группа – 31 человек, которые принимали метронидазол (Россия) по 250 мг 3 раза в день в течение 10 дней. Кратность приема препарата определяли с учетом того, что период полувыведения из плазмы метронидазола и орнидазола составляет соответственно 8,4 и 14,4 ч. Местная терапия урогенитального трихомониаза не проводилась.

Эффективность лечения оценивалась по результатам повторных визитов к гинекологу, микроскопического и культурального исследования через 2, 6, 10 недель после окончания терапии.

Критериями включения в исследования были женщины с выявленным урогенитальным трихомониазом, давшие согласие воздержаться от незащищенных половых контактов на протяжении периода лечения и последующего наблюдения для исключения повторного инфицирования. Критериями исключения из исследования были женщины, имеющие в анамнезе непереносимость препаратов группы нитроимидазолов, принимавшие за месяц до обращения антибактериальные препараты, имеющие почечную и печеночную недостаточность. Также не включались в исследования пациенты, у которых наряду с *Trichomonas vaginalis* диагностировались другие ИППП (*N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, *T.pallidum*).

В исследовании были использованы следующие критерии оценки эффективности и безопасности использования препаратов.

1. Критерии клинической оценки эффективности:

- клиническое излечение – полное разрешение клинических симптомов трихомонадной инфекции после окончания лечения;
- улучшение – значительное уменьшение клинических симптомов трихомонадной инфекции;
- отсутствие клинического излечения – сохранение субъективных или объективных клинических симптомов.

2. Критерии оценки побочных реакций от проводимого лечения:

- легкая степень – наличие побочных реакций, не влияющих на ежедневную активность пациента;
- средняя степень – наличие побочных явлений, вызывающих дискомфорт с некоторым влиянием на ежедневную активность;
- тяжелая степень – наличие побочных явлений, приводящих к потере работоспособности и невозможности выполнения обычных ежедневных занятий.

Результаты и обсуждение

В первой группе пациентов, получавших орнидазол (Дазолик), у трех женщин (8,8) через 1-2 недели сохранялись клинические проявления (дискомфорт в уретре и незначительные слизистые выделения из мочеиспускательного канала) после проведенного лечения. Таким образом, клиническая эффективность орнидазола (Дазолика) составила 91,2%. По результатам лабораторных исследований микробиологическая эффективность лечения в первой группе составила 97%.

Во второй группе пациентов, получавших метронидазол, у 35% сохранялись жалобы после лечения. Клиническая и микробиологическая эффективность лечения составила 64% и 74%, соответственно. Кроме того, в нашем исследовании отмечена существенная разница по наличию побочных эффектов между использованными препаратами. Результаты наших исследований сходны с данными литературы: терапевтический эффект при лечении урогенитального трихомониаза у женщин составил 68% при приеме метронидазола и 93% для орнидазола.

Наиболее часто при использовании указанных препаратов больных беспокоили сухость во рту, дискомфорт в эпигастриальной области, тошнота. Побочные реакции были отмечены у 14% пациентов во время лечения Дазоликом (потеря аппетита, тошнота, дискомфорт в эпигастриальной области, головная боль) и у 45% – при лечении метронидазола. Вышеперечисленные побочные явления выражены минимально и не требовали отмены лечения.

Выводы

Проведенное исследование показало, что орнидазол (Дазолик) обладает более выраженной противотрихомонадной активностью, чем метронидазол. Процесс излечения при этом сопровождается не только улучшением клинической картины, но и более эффективной элиминацией возбудителя по сравнению с метронидазолом. Важное преимущество применения орнидазола – низкая частота побочных явлений, что делает орнидазол более предпочтительным в лечении урогенитального трихомониаза, чем метронидазол.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Коган Б.Г., Барабанчик Т.В. Современная этиотропная терапия с трихомониаза. 1999, №10, – С. 30-33;
2. Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и заболеваний кожи. Протоколы ведения больных, лекарственные средства / Под ред. Кубановой А.А. М., 2003. – 448 с.;
3. Кисина В.И. Урогенитальный трихомониаз: проблемы и пути их решения. ИППП, 2001, – №6, – С. 14-17;
4. Копылов В.М., Бокарев Е.Г., Говорун В.М. и др. Урогенитальный трихомониаз: актуальные вопросы диагностики и лечения (пособие для врачей). М., 2001. – 40 с.

ТҰЖЫРЫМ

Орнидазола қолданысының тәжірибесі жыныстық катынастан туатың аурулар соның ішіндегі трихомониаз шипасында бас әйелдердің

Г.Т. Биржанова

Адамның репродукции қалалық орталығы

Жаса-зертте-көргізді, не орнидазол (Дазолик) білдір-трихомонадты келтіру белсенділікпен, еш метронидазол ие болады. Жаз – үдерісі бұл ретте тек жақсарту клиникалық сурет, бірақ және қоздырғыштың тиімді элиминация ша салыстыр- мен Метронидазолом қоса беріледі. Орнидазола қолданысының маңызды артықшылығы – қосымша көріністің

аласа жиілігі, бұл орнидазол урогенитальдық трихомониаз шипасында өте жақсы жасайды еш метронидазол.

SUMMARY APPLICATION EXPERIENCE ORNIDAZOLI IN TREATMENT TRICHOMONIS UROGENITALIS AT WOMEN

G.T. Birzhanova
The city center of a reproduction

The conducted research has shown that ornidazol (Dazolik) more expressed antitrichomonad activity, than metronidazole. To treat process is thus accompanied not only improvement of a clinical picture, but also more effective elimination in comparison with Metronidazole. Important advantage of application ornidazol – low frequency of by-effects that does ornidazol more preferable in treatment trichomonas urogenitalis, than metronidazole.

ГЕНИТАЛЬНАЯ ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Н.С. КУЛЯШБЕКОВА

Жамбылский областной кожно-венерологический диспансер

Генитальный герпес – распространенное вирусное заболевание мочеполовых органов, вызываемое вирусом простого герпеса. Герпес является одной из самых распространенных вирусных инфекций человека и представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Свыше 90% людей земного шара инфицировано вирусом простого герпеса (ВПГ) и до 20% из них имеют те или иные клинические проявления инфекции. По данным американских исследователей, 30 млн взрослых в США страдают рецидивирующим генитальным герпесом, и каждый год регистрируется еще примерно 500 000 новых случаев инфицирования [1]. Заболеваемость генитальным герпесом особенно важна для некоторых стран Африки и Азии, заболевания половых органов, сопровождающиеся изъязвлениями, вероятно, являются одним из главных факторов распространения ВИЧ-инфекции [2]. Обладая нейродермотропизмом, ВПГ поражает кожу и слизистые оболочки (чаще всего на лице и в области половых органов), центральную нервную систему (менингиты, энцефалиты), глаза (конъюнктивиты, кератиты). ВПГ обуславливает патологию беременности и родов, нередко приводя к «спонтанным» абортam и гибели плода или вызывая генерализованную инфекцию у новорожденных. Отмечается связь генитального герпеса с неоплазиями шейки матки и предстательной железы [3].

Генитальный герпес вызывают два серотипа вируса простого герпеса: ВПГ-1 и ВПГ-2; наиболее часто ВПГ-2. Заболевание передается преимущественно при сексуальных контактах от больного генитальным герпесом или носителем ВПГ. Контакт может быть генито-генитальным, орально-генитальным, генитально-анальным или орально-анальным. Заражение может происходить в том случае, когда у партнера, являющегося источником инфекции, рецидив болезни или, что особенно важно, когда он выделяет вирус, не имея при этом клинических симптомов.

Способность вируса герпеса сохраняться в организме инфицированного хозяина без проявления симптомов заболевания служит причиной периодических обострений или рецидивов герпетической инфекции. Первично вирус поражает кожу, а затем он перемещается по нервным клеткам и существует в скрытой форме в клетках нервных узлов. Так вирус герпеса ВПГ-1 сохраняется в нервных узлах тройничного нерва, а вирус герпеса ВПГ-2 в крестцовых нервных узлах. Пациенты с хорошей иммунной системой легче переносят герпетическую инфекцию, у них она чаще проходит в скрытой форме. У пациентов с пониженным иммунитетом чаще наблюдаются тяжелые и продолжительные герпетические поражения.

Поражения, вызванные вирусом простого герпеса, могут появляться в самых различных участках организма. Симптомы заболевания обнаруживаются через 3-7 дней

после контакта: появляется воспаление, вслед за ним образуются пузырьки. Пузырьки лопаются, возникают небольшие язвочки, имеющие тенденцию к слиянию. Затем формируется корочка, язвенная поверхность заживает в течение нескольких дней, не оставляя рубца. Везикулы на слизистой оболочке корочкой не покрываются, а затягиваются серовато-желтой пленкой.

У мужчин герпетические поражения половых органов обычно развиваются на половом члене и внутренней поверхности крайней плоти. В некоторых случаях они располагаются на мошонке, в уретре или на промежности. Процесс часто сопровождается местными болями, лихорадкой, уплотнением паховых лимфатических узлов. Обострению заболевания могут предшествовать поносы или ощущение жжения.

У женщин герпетические поражения половых путей обусловлены, чаще всего, вирусом генитального герпеса ВПГ-2, но до 40% случаев заболевание может быть вызвано вирусом герпеса ВПГ-1. Фактически во всех случаях герпетического поражения половых путей у женщин инфицирование происходит при половых контактах. Инкубационный период составляет 3-14 дней. Появляются боли, местное раздражение и выделения.

В связи с разнообразием клинических проявлений генитального герпеса и частым его сочетанием с другими урогенитальными инфекциями, имеющими сходную симптоматику, важное значение приобретает идентификация заболевания. Для диагностики герпетической инфекции используются следующие методы:

- Вирусологические методы обнаружения и идентификации вирусов простого герпеса;
- Молекулярно-генетическая диагностика (ПЦР – полимеразная цепная реакция);
- Выявление антигенов ВПГ;
- Цитоморфологические методы;
- Регистрация иммунного ответа к ВПГ;
- Оценка иммунного статуса больных.

В качестве биологического материала для проведения исследования можно использовать содержимое везикул, смывы с тканей и органов, мазки-отпечатки, соскобы, биологические жидкости и секреты организма (кровь, слезы, моча, слезная жидкость, СМЖ).

В настоящее время «золотым стандартом» в диагностике герпетической инфекции являются вирусологические методы обнаружения и идентификации ВПГ. Чувствительность этих методов – 80-100%, специфичность – 100%.

В настоящее время химиотерапия и профилактика генитального герпеса заключаются в применении противовирусных препаратов, экзогенного интерферона, индукторов интерферона, иммуномодуляторов, местных средств. Рекомендуются тщательное клинико-