

Материалы VII Междисциплинарной
научно-практической конференции
«УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ
И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: КЛИНИКО-
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ»
с симпозиумами: «Мужское здоровье», «Заболевания
шейки матки и их лечение» и «Вагинальные инфекции
на стыке венерологии, фармакологии и лабораторной
диагностики: междисциплинарный взгляд на проблему»
28–29 мая 2014 г., Санкт-Петербург

Изменение этиологической структуры неосложненных острых и рецидивирующих циститов у женщин

Бадиков В. Д., Щеглов В. С.

ЗАО «Ситилаб», Санкт-Петербург

В микробиологической лаборатории ЗАО «Ситилаб» (Санкт-Петербург) проведен анализ результатов количественного бактериологического исследования мочи у 300 женщин с неосложненными острыми и рецидивирующими циститами. Большая часть изученного контингента находилась в возрасте 18–30 лет (58,7 %), а пациентки 31–50 лет составили 41,3 %. В соответствии с рекомендациями Европейской урологической ассоциации (2011), этиологически значимой концентрацией микроорганизмов считалась 10^3 и более колониеобразующих единиц на миллилитр (КОЕ/мл) исследуемого материала. Материалом для микробиологического исследования являлась средняя порция мочи, полученной путем естественного мочеиспускания. Сроки доставки образцов при температуре 2–8 °С не превышали 4–6 ч. Посев исследуемого материала производили с помощью системы для автоматической инокуляции и посева жидких биологических образцов на чашки Петри с плотными питательными средами (Previ Isola, Биомерье, Франция). Вид выделенных микроорганизмов определяли с помощью масс-спектрометра VITEK MS (Биомерье, Франция), характерными особенностями которого являются высокая скорость (около 2 мин на одну культуру возбудителя) и точность идентификации патогенов.

Анализ полученных результатов показал, что чаще всего (85,7 %) из патологического материала выделяли монокультуры возбудителей, а ассоциации микроорганизмов были обнаружены

только у 14,3 % пациентов. Основными возбудителями острых и рецидивирующих циститов у женщин оказались грамотрицательные аэробные (факультативно-анаэробные) бактерии (68,7 %); несколько реже (43,7 %) выделяли грамположительные факультативно-анаэробные кокки (стафило-, стрепто- и энтерококки). Грибы рода *Candida* обнаружили в 2 % наблюдений. Как и следовало ожидать, среди энтеробактерий превалировала *Escherichia coli* (47,7 %), однако частота выделения этого возбудителя оказалась значительно ниже общепринятых для данной патологии значений. Достаточно высоким оказался удельный вес *Klebsiella pneumoniae* (9,7 %) и *Proteus mirabilis* (5,3 %). Группа неферментирующих грамотрицательных бактерий была представлена *Pseudomonas aeruginosa* (1,3 %), *Acinetobacter baumannii* (0,7 %), а также *Pseudomonas putida* и *Stenotrophomonas maltophilia* (по 0,3 % каждая).

В отличие от общепринятых представлений о важной роли сапрофитных стафилококков в этиологии неосложненных циститов, в нашем исследовании *Staphylococcus saprophyticus* выделялся только в 0,7 % случаев. При этом отмечали значительный удельный вес (10,4 %) и большое видовое разнообразие прочих коагулазоотрицательных стафилококков (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus hominis*, *Staphylococcus warneri*, *Staphylococcus simulans*).

По полученным нами данным, в современных условиях при неосложненных циститах существенно возросла этиологическая роль энтерококков (25,3 %), среди которых превалировал *Enterococcus faecalis* (24,0 %); значительно реже (1,3 %) из мочи выделяли *Enterococcus asburiae*, *Enterococcus durans* и *Enterococcus*

hirae. Относительно небольшую роль в этиологии заболевания играли *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus mitis* и *Streptococcus salivarius* с частотой выделения 3,7; 2,7 и 0,3 %, соответственно.

Таким образом, проведенные исследования показали, что спектр возбудителей неосложненных острых и рецидивирующих циститов у женщин достаточно широк и представлен 28 видами микроорганизмов. Этиологическая значимость *Escherichia coli* и *Staphylococcus saprophyticus* (47,7 и 0,7 %, соответственно), в отличие от общепринятых представлений, существенно снизилась, а удельный вес *Enterococcus faecalis* (24,0 %), прочих коагулазоотрицательных стафилококков (11,0 %) и клебсиелл (9,7 %), напротив, возрос. Изменение этиологической структуры возбудителей неосложненных циститов может быть связано с внедрением современных, принципиально новых идентификационных технологий в практику работы микробиологических лабораторий. Полученные данные необходимо учитывать при назначении antimicrobных препаратов для лечения неосложненных инфекций мочеполовых органов у женщин.

Специфические вакцины и иммуномодуляторы как средства экстренной профилактики острых вирусных инфекций и профилактики рецидивов хронических вирусных заболеваний

Баринский И. Ф., Алимбарова Л. М., Лазаренко А. А., Махмудов Ф. Р., Сергеев О. В.
Институт вирусологии им. Д. И. Ивановского, Москва

В последние годы возрос интерес исследователей к возможности использования иммуномодуляторов для защиты организма от вирусов, а также сочетанного применения с инактивированными вакцинами для экстренной профилактики острых вирусных заболеваний и профилактики рецидивов хронических вирусных заболеваний. Низкая иммуногенность и защитная эффективность инактивированных вирусных вакцин связана, в первую очередь, с введением в организм недостаточных количеств антигенного раздражителя. Поэтому вынужденно прибегают к многократным вакцинациям для создания специфического иммунитета. Другим способом усиления иммуногенности вакцин является сочетанное использование с ними иммуномодуляторов. В качестве последних в наших экспериментальных и клинических исследованиях при клещевом энцефалите (КЭ) и герпетической инфекции, обусловленной виру-

сами простого герпеса (ВПГ) 1-го и 2-го типа, использовали выпускаемые в России препараты «Гиаферон» (фирма «Витафарма»), Ридостин (ЗАО «Вектор-медика»), Полиоксидоний (НПО «Петровакс ФАРМ»), Полирибонат («Вектор», Бердск), Тимозин (ООО НПП «Фармаклон»).

Результаты экспериментальных исследований на модели КЭ у мышей показали достоверную защиту при экспериментальной профилактике препаратами «Ридостин» и «Полирибонат» в сочетании со специфической инактивированной вакциной производства Института полиомиелита и вирусных энцефалитов РАМН. При этом на беспородных мышках, зараженных 10 ЛД₅₀ вируса КЭ, отмечали достоверное увеличение доли защиты животных и увеличение их средней продолжительности жизни.

Сочетанное использование специфической вакцины и иммуномодулятора Ридостина рекомендовано для проблемной комиссии «Клещевой энцефалит» для экстренной профилактики этой инфекции в ее очагах.

При хронической герпетической инфекции у 28 больных использовали специфическую вакцину «Витагерпавак» в сочетании с иммуномодулятором Гиаферон для профилактики рецидивов заболевания. Предложенная схема комбинированного лечения позволила получить положительный противорецидивный эффект в 96 % случаев при часто рецидивирующем генитальном герпесе. Применение только вакцины уменьшало этот эффект до 84 %. Эта разница, как и разница в показателях значительного улучшения (39,3 и 28 %) — увеличение межрецидивного периода в 3 раза, статистически высоко достоверна. Вакцина «Витагерпавак» рекомендована в 2010 г. МЗ РФ для профилактики рецидивов инфекции, обусловленной ВПГ 1-го и 2-го типа.

Таким образом, наши исследования при КЭ и хронической герпетической инфекции свидетельствуют о перспективности сочетанного применения специфических вакцин и иммуномодуляторов для экстренной профилактики острых инфекций и профилактики рецидивов хронических вирусных заболеваний.

Скротальная соноэластография у инфертильных больных

Батько А. Б., Идрисов Ш. Н., Варламова Н. Н.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

Нами обследованы 26 пациентов с патозоспермией (снижение концентрации и уменьшение подвижности сперматозоидов, изменение нормальной морфологии). Всем больным про-

водили оценку гормонального статуса, спермограммы и УЗ-эластографию яичка и его придатка. В работе использовали аппарат «Aixpogeg SSIP 90089» с системой «MultiWave» («Super-Sonic Imagine», Франция). При соноэластографии (СЭГ) проводили оценку цветового картирования и измерение жесткости тестикулярной ткани. Во всех исследованиях использовали стандартный диапазон цветовой шкалы жесткости — от темно-синего до ярко-красного. При эластомерии мы использовали среднее значение (E_{mean}) и стандартное отклонение (SD) модуля Юнга. Параметры оценивали по следующим критериям: размер и эхо-структура яичка и его придатка, плотность зон интереса. Динамику УЗ-изменений оценивали повторно после курса консервативной терапии (через 3 мес). Лечение проводили комбинированными препаратами для повышения мужской фертильности («Спематон», «Андродоз», «Профертил») в рекомендуемых дозах.

Снижение эластичности ткани с визуализацией повышенной плотности с преимущественной локализацией в придатке яичка выявлено у 15 обследуемых. Одновременно с этим отмечено обеднение сосудистого рисунка при ЦДК (снижение линейной скорости кровотока и индексов периферического сопротивления), не выходящее за пределы физиологической нормы. Литературные данные свидетельствуют о том, что повышение плотности придатка яичка, выявляемое при СЭГ, может коррелировать со снижением концентрации карнитина, в свою очередь обуславливающим снижение фертильности.

При контрольном исследовании у 22 больных произошло улучшение показателей спермограммы. Объем эякулята увеличился на 10–15 %, концентрация сперматозоидов выросла на 30 %, а подвижность — на 80 %. Прирост вычисляли по сравнительному анализу результатов, выраженному в процентах. Одновременно с этим отмечено, что площадь картирования плотных участков зон интереса при СЭГ снизилась почти в 2 раза, что, в принципе, коррелирует с восстановлением сперматогенеза.

Таким образом, визуализация степени смещения ткани яичка и его придатка уменьшается на фоне консервативной терапии, что может служить признаком уменьшения плотности тестикулярной ткани и восстановления нормального сперматогенеза. Несомненно, результаты нашего исследования носят предварительный характер и требуют дальнейшего изучения и определения чувствительности и специфичности СЭГ у больных с бесплодием.

Лечение недержания мочи при напряжении у женщин Er:YAG-лазером: морфологическое обоснование

Безменко А. А., Шмидт А. А., Глушаков Р. И., Коваль А. А., Элькин Г. И., Сибирев С. А., Раскин Г. А., Карпищенко Ж. М.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

Цель исследования — оценка морфологических изменений тканей стенок влагалища при воздействии на них Er:YAG-лазером (технологии IntimaLase и IncontiLase).

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 77 пациенток 23–76 лет с недержанием мочи при напряжении, НМПН (средний возраст $49,8 \pm 11,6$ года), из них у 58 выявлен 1-й тип НМПН, у 19 — 2-й тип. Кроме стандартного клинического обследования, для оценки состояния соединительной ткани до и после лечения была выполнена пункционная биопсия задней и передней стенок влагалища в средней трети на 7 и 11 часах условного циферблата вне проекции крупных сосудов и нервов на глубину 1 см с последующими гистологическим, биохимическим и иммуногистохимическим исследованиями полученного материала.

Процедура лечения заключалась в последовательном выполнении кругового облучения каждые 5 мм влагалища четырьмя импульсами SMOOTH с размером пятна 7 мм, частотой 1,6 Гц и плотностью потока энергии 10 Дж/см² с помощью полноформатной манипулы в количестве трех проходов (IntimaLase) и облучения каждые 5 мм передней стенки влагалища в шахматном порядке фракционной манипулой с теми же параметрами, а также облучения преддверия влагалища (IncontiLase). Курс лечения состоял из двух процедур с интервалом 21 день.

Гистологическую обработку препаратов проводили по стандартизированной методике (фиксация в 10 % растворе нейтрального формалина 2 сут, проводка в изопропиловом спирте, заливка в парафин и изготовление парафиновых блоков, изготовление гистологических срезов толщиной 4–5 мкм, окраска гематоксилином и эозином). Биохимическое исследование тканей стенки влагалища выполнено 26 пациенткам. Исследование количества свободных аминокислот оценивали методом газожидкостной хроматографии на хроматографе «HP-6890» с применением колонки «HP-WAX». Определение маркеров неоангиогенеза производили по стандартной методике с помощью антител (BioPlex Pro Phospho-PDGFR- α (Tyr754) Set, 1x96, Bio-Rad, USA). Частоту клеток, позитивных в иммуногистохимической реакции с моноклональными антителами на экспрессию искомого

PDGFR- α , выражали в процентах. Оценивали не менее 10 полей зрения (ув. 400).

Результаты. Результаты лечения прослежены в сроки наблюдения до 7 мес. Положительный эффект достигнут у 41 (70,7%) пациентки с 1-м типом НМПН, из них 39 (67,2%) отметили полное исчезновение ранее предъявленных жалоб и 2 (3,4%) — значительное их уменьшение. Среди пациенток со 2-м типом НМПН положительный эффект достигнут у 9 (47%), 3 (15,8%) из которых отметили полное исчезновение жалоб и 6 (31,6%) — их уменьшение.

Всего для гистологического исследования получено 78 флаконов с образцами, из них в 4 случаях нет материала, в 5 — материал неинформативен, оценено 69 образцов. При анализе морфологической картины во всех случаях после лечения выявлено увеличение количества и активности фибробластов, повышение плотности соединительной ткани. Обнаружена высокая эозинофильность основного вещества соединительной ткани как проявление изменения химизма фибробластов при формировании рубца. В части препаратов отмечено появление сосудистых «почек» как этап неоангиогенеза в ответ на альтерацию тканей в месте воздействия Ег:YAG-лазером.

При биохимическом исследовании 52 биоптатов стенки влагалища, содержание свободных оксипролина и оксизина до лечения составило $8,4 \pm 0,4$ и $5,4 \pm 0,3$ мкмоль/г ткани, после лечения выявлено уменьшение их количества: $5,3 \pm 0,5$ и $3,7 \pm 0,6$ мкмоль/г ткани, соответственно (различия достоверны, $p < 0,05$), что может свидетельствовать о снижении скорости распада коллагена и его стабилизации в соединительной ткани, а также являться косвенным признаком стимуляции неоколлагеногенеза.

При иммуногистохимическом исследовании биоптатов стенки влагалища обнаружено достоверное увеличение экспрессии PDGFR- α с $11,7 \pm 7,4$ до $42,5 \pm 11,8$ %, что является одним из признаков стимуляции неоангиогенеза в исследуемых тканях. Таким образом, клинические наблюдения подтверждаются данными гистологических, биохимических и иммуногистохимических исследований.

Лечение эректильной дисфункции на современном этапе

Василевский А. Ю.

Медико-санитарная часть № 157, Санкт-Петербург; Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

Эректильная дисфункция (ЭД) остается важной социальной и медицинской проблемой во всем мире. По данным некоторых авторов, ЭД выявляется у 26 из 1 000 мужчин 40–69 лет; по их

прогнозам, к 2025 г. ЭД будут страдать более 300 млн мужчин. Цель работы — многофакторный медико-социальный анализ ЭД у мужчин Санкт-Петербурга и оценка разных методов ее лечения.

Были обследованы 772 мужчины 18–78 лет. Распространенность ЭД по всей группе составила 31,1%. Была установлена четкая связь между возрастом и наличием ЭД. Так, в возрасте до 30 лет ЭД зафиксирована в 13,8% случаев, у 30–39-летних — в 20,9%, у 40–49-летних — в 31,5%, у 50–59-летних — в 39,8%, у мужчин старше 60 лет — в 61,7%, в возрасте старше 70 лет — в 76,5%. При анализе распространенности ЭД с учетом наличия у респондентов некоторых видов сопутствующей патологии было установлено, что удельный вес мужчин с ЭД при наличии сахарного диабета составил 81,1%, при артериальной гипертензии — 63,0%, при артритах — 66,1%, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — 60,5%. Установлено, что при приеме гипогликемических препаратов удельный вес лиц с ЭД составил 81,8%, при приеме гипотензивных средств — 70,3%, при приеме антидепрессантов — 60,9%, при приеме кардиотропных препаратов — 55,5%. Наибольший удельный вес лиц с нарушением ЭД выявлен в группе регулярно курящих мужчин, выкуривающих более 20 сигарет в сутки (46,4%). Отмечен рост удельного веса лиц с ЭД по мере учащения употребления спиртных напитков. Так, в группе лиц, употребляющих спиртные напитки только по праздникам, удельный вес мужчин с ЭД составил 22,2%, в группе лиц, употребляющих алкоголь 1–2 раза в месяц, — 31,9% и у злоупотребляющих спиртным — 43,2%. Таким образом, установлено, что распространенность ЭД у мужчин Санкт-Петербурга составляет 31,1%.

В последние годы представления о физиологии эрекции, ее нарушениях и их лечении значительно изменились. Считается, что ЭД в 80% случаев возникает ввиду разных органических причин и в 20% случаев обусловлена психологическими факторами, однако очень часто встречается сочетание этих факторов.

К средствам лечения ЭД первой линии относят ингибиторы ФДЭ-5. Первый препарат из этой группы «Силденафил» появился в аптеках в мае 1998 г. Силденафил принимают внутрь за 30–60 мин до полового акта, начальная доза составляет 50 мг; при выраженных нежелательных эффектах дозу можно уменьшить до 25 мг. Эффективность препарата повышается с увеличением дозы и составляет 62; 74; 82% для 25; 50 и 100 мг, соответственно. Побочные эффекты Силденафила (головная боль — 16%,

покраснение лица — 10 %, диспепсия — 7 %, заложенность носа, нарушения зрения) связаны с блокированием ФДЭ разных типов в кровеносных сосудах и сетчатке глаза. В настоящее время стали доступными для клинической практики еще два препарата из этой группы — «Тадалафил» и «Варденафил». Эффективность новых ингибиторов ФДЭ-5 в целом сопоставима с Силденафилом и составляет, по данным различных исследований, 80 % и выше.

К методам лечения ЭД второй линии относят интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов. Показаниями являются неэффективность или возникновение побочных эффектов пероральной терапии, а также предпочтение пациента, желающего получить более надежную, быструю и предсказуемую эрекцию. Эффективность внутрикавернозного введения простагландина E1 составляет 70–80 %, основной побочный эффект — боль во время инъекции. Противопоказаниями являются грубые анатомические дефекты полового члена или кавернозных тел, заболевания, предрасполагающие к развитию приапизма (серповидно-клеточная анемия, миелодисплазия), психические расстройства.

Хирургическое лечение относят к третьей линии терапии ЭД. Лучшие результаты можно ожидать у молодых мужчин с изолированными артериальными нарушениями вследствие перенесенной травмы. Венозную хирургию с перевязыванием всех вен, дренирующих кавернозные тела, иногда используют как последнюю попытку у молодых пациентов с веноокклюзивными заболеваниями перед протезированием. Результаты скромны, долгосрочное улучшение отмечается не более чем в 30 %. Фаллопротезирование чаще всего показано пациентам, перенесшим радикальную простатэктомию или иные операции на органах малого таза, поскольку у этих больных медикаментозная терапия часто оказывается неэффективной. Таким образом, применение разных современных методов лечения эректильной дисфункции в большинстве случаев позволяет добиться сексуальной реабилитации больных и улучшить качество их жизни.

Особенности сексуального поведения мужчин с ЗППП, обратившихся за помощью

Выходцев С. В.¹, Трегубенко И. А.²

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

² Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, Санкт-Петербург

Цель работы — изучение особенностей сексуальной мотивации и форм сексуального по-

ведения мужчин с ЗППП, которые обратились к врачу-урологу.

Материалы и методы. Основную группу составили 36 мужчин 18–67 лет с подтвержденным клинически и лабораторно (методом PCR, бактериоскопическими и серологическими исследованиями) диагнозом ЗППП (ВИЧ, сифилис, гонорея, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз). Из них 69 % состояли в отношениях (брак, гражданский брак), 25 % имели детей. Контрольную группу составили 35 здоровых мужчин того же возраста. Семейное положение и наличие детей соответствовало распределению в основной группе. Все обследуемые прошли предварительное собеседование с разъяснением целей и задач исследования. В дальнейшем в условиях анонимности пациенты самостоятельно отвечали на вопросы анкеты, оценивая для себя значимость сексуальной жизни, определяли мотивы к сексуальному общению, отмечали предпочитаемые формы сексуального поведения, а также указывали динамику состояния сексуальной функции на фоне выявленного ЗППП.

Результаты Значимость сексуальной жизни для себя отметили 92 % пациентов и 94 % здоровых мужчин. Иерархия мотивов у пациентов и здоровых мужчин не имела значимых различий. На первом месте был мотив «получение положительных эмоций и удовольствия для себя» (83 и 88 %, соответственно). Далее следовало желание доставить удовольствие партнеру (75 и 80 %) и получить удовольствие от наслаждения партнера (56 и 52 %). В контрольной группе несколько чаще был указан мотив «чтобы снять напряжение» (46 против 39 %). Пациенты были более склонны прибегать к сексуальным отношениям как к способу самовыражения (14 %), в то время как в контрольной группе данный мотив выбрали только 3 %. В ходе исследования были обнаружены различия в формах сексуального поведения. К поиску сексуального партнера прибегали 42 % мужчин с ЗППП и только 20 % мужчин из контрольной группы ($\chi^2=4,1$, $p \leq 0,05$). Кроме того, было обнаружено, что пациенты чаще шли на разовые встречи для секса (55 против 30 % в контрольной группе; $\chi^2=3,9$, $p \leq 0,05$). Также в группе пациентов значимыми оказались такие формы сексуального поведения, как мастурбация (58 %), групповой секс (17 % пациентов и 6 % здоровых), воплощение и проявление сексуального влечения в творчестве (14 и 6 %, соответственно). Мужчины с ЗППП чаще меняли сексуальных партнеров, чем представители контрольной группы (14 против 3 %). В контрольной группе мужчины предпочитали чаще просматривать ви-

деоматериалы и обращаться к литературе сексуального характера, чем пациенты основной группы (51 против 39 %). Однако эти различия не достигали статистической значимости. Наконец, было обнаружено, что общее число форм сексуального поведения у мужчин с ЗППП значительно больше, нежели у здоровых мужчин ($X=3,9$; $X=2,6$, соответственно). Пациенты в среднем используют порядка четырех форм сексуального поведения, тогда как в контрольной группе их две или три. Это различие является статистически значимым ($t=2,1$, $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, полученные данные говорят о том, что сама потребность в сексуальных отношениях, их значимость для человека не являются факторами риска заболеваний. Мотивация к сексуальному общению в обеих группах носила гедонистическую направленность и была тесно связана с эмоциональной и коммуникативной сферами. Риск заболеваемости половыми инфекциями был связан именно с практикуемыми формами сексуального поведения, желанием смены партнеров, широким репертуаром сексуальных практик.

В процессе консультирования врачу-урологу необходимо обращать внимание на особенности сексуального поведения своего пациента. В беседе с ним, помимо обсуждения вопросов о механизмах передачи, способах профилактики, диагностики и лечения ЗППП, нужно также акцентировать внимание больного на взаимосвязь факта инфицирования и особенностей его сексуального поведения. Причинами опасных моделей поведения могут быть дисгармонии в семейно-партнерском и социальном статусе, личностные особенности человека, препятствующие налаживанию зрелых коммуникативных связей, в том числе и в интимной сфере. Все это будет приводить к невротизации личности, а затем к неосознанно опасному сексуальному поведению «на стороне» для решения проблем во взаимоотношениях или, наоборот, — к стремительному уходу «от проблемы» в промискуитет. Другая сторона вопроса: как с целью профилактики ЗППП привести в соответствие узкий диапазон форм сексуального поведения мужчины и богатство его реальных мотиваций к сексу? Многие из этих вопросов могут быть решены при сексологическом консультировании, о чем должен знать врач-уролог и информировать об этом своего пациента. Совместная работа в этом направлении существенно повысит результаты лечения ЗППП, сыграет профилактическую роль, а также будет способствовать гармонизации личности пациента.

Значение *Candida albicans* при мочеполовой инфекции

Зенина Ю. В.

Кемеровская государственная медицинская академия

Урогенитальный кандидоз вызывается дрожжеподобными грибами рода *Candida*, в 90 % случаев — *Candida albicans* (CA). Следует отметить также, что CA достаточно часто встречается с патогенной бактериальной флорой, которая создает благоприятные условия для проникновения и активного развития грибковой инфекции. В 30–40 % CA попадает в организм человека половым путем. Цель — определение значения *C. albicans* у пациентов с мочеполовой инфекцией.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй 955 пациентов с мочеполовой инфекцией. Распределение по нозологическим формам: 185 женщин с циститом, 770 мужчин, из которых 535 с простатитом и 235 с орхиэпидидимитом. Всем пациентам проводили цитоморфологическое исследование мазков, ИППП методом ПЦР и бакпосевы мочи, содержимого цервикального канала, влагалища, секрета простаты и эякулята. Выделено три группы: 1-я — 26 женщин с CA, которые обследовались и лечились синхронно со своими половыми партнерами; 2-я — контрольная — 24 пары лечившихся синхронно партнеров, в которых у женщин не было генитального кандидоза; 3-я — 11 мужчин, у которых в секрете простаты обнаружена CA.

Результаты. Если у 62 % партнеров женщин с генитальным кандидозом методом ПЦР выявлялись *Ureaplasma urealyticum* и *Gardnerella vaginalis*, то только у 30 % — банальная микрофлора. Во 2-й группе, где отсутствовал генитальный кандидоз у партнерш, получена противоположная картина. Положительные результаты ПЦР-диагностики регистрировали в 3 раза меньше; напротив, бакпосев в 85 % дал положительный результат. Кроме того, мы проанализировали концентрацию, прогрессирующую подвижность и ИФС эякулята в исследуемых группах. Худшие параметры спермограммы были у мужчин, в секрете предстательной железы которых определялась CA: концентрация сперматозоидов — 100 млн в 1 мл, нормокinez — 40 %, ИФС — 12 %.

Выводы. Наличие генитального кандидоза у женщин влияет на органы репродуктивной системы у ее партнера, провоцируя воспалительные процессы на разных уровнях и ухудшая качество эякулята. CA у женщин может маскировать банальную флору, и результаты обследования получаются односторонними, поэтому для повы-

шения информативности необходимо синхронное обследование партнера. Подтвердить наличие биопленок рутинными методами, доступными в амбулаторных условиях, невозможно, предполагать их наличие при рецидивирующей инфекции органов мочеполовой системы нужно при планировании лечения. Назначение антимикотических препаратов необходимо под контролем бакпосева.

Особенности предоперационной подготовки при реконструктивных операциях влагалишным доступом при генитальном пролапсе

Камоева С. В., Абаева Х. А., Савченко Т. Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва

В структуре гинекологической патологии, требующей хирургического лечения, на долю генитального пролапса (ГП) приходится, по данным разных авторов, 31–76 %. Очевидно, что микробный фактор имеет неоспоримое влияние на процессы репарации ткани влагалища и отдаленные результаты после операции. При нарушенной анатомии и топографии органов уrogenитального тракта, аноректальной дисфункции развивается и длительно персистируют кольпит, бактериальный вагиноз, трофические изменения ткани влагалища и шейки матки, что требует комплексной терапии с учетом микробного фактора и выраженности воспалительного процесса. Большое значение в исходах хирургического лечения ГП имеет предоперационная подготовка. Хирургическая коррекция ГП у женщин, являясь «загрязненной» операцией, требует профилактики возможных инфекционно-воспалительных осложнений посредством тщательной предоперационной подготовки с применением разных антибактериальных препаратов в комплексе с препаратами, улучшающими трофику и иммунитет ткани влагалища. Цель исследования — оптимизация предоперационной подготовки перед реконструктивными операциями, выполненными влагалишным доступом по поводу ГП.

Материалы и методы. В исследование включены 68 пациенток, госпитализированных для хирургической коррекции дефектов тазового дна влагалишным доступом. Всем пациенткам в предоперационном периоде назначали комплекс двух бактерицидных антибиотиков (неомицин, Полимиксин В), а также нистатина и геля диметилполисилоксана в виде эмульсии для интравагинального введения. Аминогликозидный антибиотик неомицин имеет широкий спектр действия (применяемая доза 35 000 МЕ): активен в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, а также

коринебактерий, *Staphylococcus aureus*, *M. tuberculosis*, *Enterococcus faecalis*, *E. coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Haemophilus influenza*, *Proteus vulg.*, *Ureaplasma ureal*. Полимиксин в дозе 35 000 МЕ — полипептид, активный в отношении грамотрицательных бактерий, таких как *Pseudomonas aeruginosa*, исключая нейссерии. В состав эмульсионного комплекса также входит фунгицидное средство нистатин в дозе 100 000 МЕ, а также гель диметилполисилоксан, являющийся активным эксципиентом с функцией распространения основных элементов по всей поверхности влагалища. Эмульсионный комплекс применяли один раз в день интравагинально в течение 6 дней. Оценку эффективности проводили на основании данных о продолжительности пребывания в стационаре, наличии инфекционно-воспалительных послеоперационных осложнений и по результатам бактериологического исследования до и после лечения.

Результаты. Анализ распределения больных по возрасту показал, что большую часть исследуемой группы составили пациентки в пери- и постменопаузе — 91,3 % (62). Все пациентки указывали на наличие в анамнезе беременности, среднее количество которых составило $3,78 \pm 0,98$. Продолжительность заболевания ГП составила $4,55 \pm 2,22$ года. У 16 (23,5 %) пациенток выявлены трофические изменения слизистой оболочки влагалища и шейки матки (декубитальная язва), лейкоплакия — у 8 (11,8 %), элонгация, гипертрофия и рубцовая деформация шейки матки — у 28 (41,2 %). Все пациентки страдали ГП \geq II степени (POP-Q). Проведенные исследования показали, что микрофлору влагалища у пациенток с ГП характеризовало значительное многообразие факультативных микроорганизмов, причем в 75 % случаев отмечено формирование 3–5-компонентных ассоциаций. Среди представителей условно-патогенной микрофлоры чаще всего высеивались *E. coli* — $29,2 \pm 1,8$ % при интенсивности колонизации $5,1 \pm 0,3$ % IgKOE/г. В $25 \pm 0,1$ % случаев выявлен *Strep. faecalis* гр. D в концентрации $5,0 \pm 0,9$ IgKOE/г. Несколько реже ($4,2 \pm 0,2$ %) высеивали *Staph. aureus*, *Staph. epidermidis*, *Corynebacter. spp.* и *Candida*, которые встречались в 12,5 % случаев в количестве, превышающем нормальные популяции ($4,7 \pm 0,7$ IgKOE/г). Было отмечено снижение частоты ($8,3 \pm 1,7$ %) IgKOE/г и интенсивности колонизации *Lactobacill. spp.* ($5,5 \pm 1,0$ IgKOE/г). После лечения эмульсионным комплексом зафиксировано значительное улучшение данных микробиоценоза влагалища, характеризующееся снижением уровня микробной контаминации в 2,6 раза. Нормальная тем-

пература в послеоперационном периоде была у 43,5 % (30) женщин, у остальных 56,5 % (38) пациенток — субфебрильная температура в течение в среднем $2,1 \pm 1,1$ дня. Макроскопические швы в области промежности — с признаками слабо выраженного перифокального отека (что соответствовало операционной травме тканей промежности и стенок влагалища), который не выявлялся уже к 3-м суткам послеоперационного периода. Отделяемое из влагалища скудное, серозно-геморрагического характера, без специфического запаха. Средний послеоперационный койко-день составил $6,5 \pm 1,2$ дня.

Выводы. Полученные результаты доказывают, что применение лекарственного комплекса, состоящего из двух бактерицидных антибиотиков (неомицин, Полимиксин В), а также нистатина и геля диметилполисилоксана в виде эмульсии для интравагинального введения, для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений после реконструктивно-пластических операций по поводу генитального пролапса у женщин высокоэффективно и оправдано.

Устойчивость к антимикробным препаратам штаммов *Escherichia coli*, выделенных из мочи амбулаторных больных

Косякова К. Г.¹, Каменева О. А.²

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

² Детская городская больница № 22, Санкт-Петербург

Устойчивость к антимикробным препаратам бактерий семейства *Enterobacteriaceae* является актуальной проблемой здравоохранения. Среди возбудителей нозокомиальных инфекций количество *E. coli*, устойчивых к цефалоспорином III поколения, в России составляет 67,4 %, что является неблагоприятным прогностическим признаком распространения популяционной резистентности. В этой ситуации карбапенемы остаются препаратами резерва для терапии тяжелых инфекций, и поэтому появление штаммов, устойчивых к этим антибиотикам, представляет серьезную угрозу для здравоохранения и требует активного динамического наблюдения за уровнем популяционной резистентности. Цель — определение чувствительности к антимикробным препаратам *Escherichia coli* — возбудителей инфекций мочевыделительной системы у пациентов поликлинических учреждений Колпино.

Материалы и методы. За 2013 г. из мочи пациентов восьми поликлиник традиционными микробиологическими методами с использованием стандартных селективных и дифференциально-диагностических сред выделено 364 штамма микроорганизмов. Идентификацию и

определение чувствительности к антибиотикам проводили с помощью прибора «MicroScan WalkAway Plus System» («Siemens», США) в соответствии с критериями CLSI (2012). Карбапенемрезистентные штаммы дополнительно исследованы методом мультиплексной ПЦР в режиме реального времени с использованием амплификатора с системой оптической детекции CFX 96 (BioRad, США) и применением праймеров и флуоресцентно-меченых олигонуклеотидных зондов семейств сериновых карбапенемаз (KPC, OXA-48-подобные) и металло-бета-лактамаз (VIM, IMP, NDM).

Результаты. Среди 364 уропатогенов от амбулаторных больных преобладали энтеробактерии — 283 (77,7 %), в том числе *E. coli* — 186 (51,1 % от общего числа изолятов). Из 186 штаммов *E. coli*, устойчивых к цефалоспорином II–IV поколений, — 26 (14,0 %), БЛРС продуцентов — 17 (9,1 %), устойчивых к эртапенему — 16 (8,6 %), имипенему — 15 (8,1 %), меропенему — 12 (6,5 %). Полученные результаты соответствуют научным данным о преобладании устойчивости к эртапенему среди карбапенемрезистентных энтеробактерий. Устойчивость одновременно к трем карбапенемам выявлена у 8 (4,3 %) штаммов *E. coli*. Из 8 карбапенемрезистентных штаммов *E. coli*, выделенных из мочи, чувствительность хотя бы к одному из цефалоспоринов III поколения сохранили 6 изолятов, хотя, по данным литературы, карбапенемы являются препаратами выбора для терапии инфекций, вызванных полирезистентными энтеробактериями. Данный факт требует особой настороженности при оценке популяционной резистентности энтеробактерий и подтверждения референтными методами, которыми в настоящее время считаются ПЦР и ДНК-секвенирование.

У всех 8 карбапенемрезистентных штаммов методом ПЦР не было выявлено генов сериновых карбапенемаз (KPC, OXA-48-подобные) и металло-бета-лактамаз (VIM, IMP, NDM). Для 6 штаммов, сохранивших чувствительность к цефалоспорином III, отрицательные результаты детекции генов резистентности к карбапенемам следует признать достоверными. Для двух изолятов, обладающих множественной лекарственной устойчивостью, отрицательные результаты детекции генов могут быть связаны с наличием у данных бактерий иных механизмов резистентности к карбапенемам, праймеры геномных последовательностей которых не входят в состав использованных наборов.

Выводы. Изоляты *E. coli*, выделяемые из мочи амбулаторных пациентов, обладают отно-

сительно невысоким уровнем резистентности к цефалоспорином II–IV по сравнению с нозокомиальными штаммами. Карбапенемы сохраняют высокую эффективность при терапии инфекций мочевыделительной системы у пациентов, находящихся на амбулаторном лечении.

Опыт использования раствора Мирамистина® в лечении вульвовагинитов у девочек

Миронова А. В., Кутушева Г. Ф.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Цель — изучение эффективности использования 0,01 % раствора Мирамистина® в лечении воспалительных заболеваний наружных половых органов (НПО) и влагалища у девочек.

Материалы и методы. Обследованы 48 девочек 6 мес–10 лет, средний возраст — $3,6 \pm 0,7$ года. Критерии отбора: жалобы на гиперемия и дискомфорт в области НПО, патологические выделения, клиничко-лабораторная диагностика, указывающая на отсутствие урогенитальной инфекции (в том числе результаты ПЦР). При обследовании проводили сбор жалоб, анамнеза, гинекологический осмотр с оценкой состояния НПО и характера выделений, бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого влагалища, общий анализ мочи, анализ кала на яйца гельминтов и соскоб на энтеробиоз. В комплексное обследование (по показаниям) были включены консультации смежных специалистов: педиатра, нефролога, гастроэнтеролога, а также бактериологическое исследование мочи. Лечение неспецифических вульвовагинитов включало: тщательное соблюдение правил личной гигиены, диетотерапию с уменьшением количества углеводов, раздражающих и экстрактивных веществ, иммуномодулирующая терапия, десенсибилизация, санация очагов инфекции, при пищевых аллергиях — адсорбенты, пребиотики, местная терапия (инстилляция влагалища 0,01 % раствором Мирамистина® 2 раза в день в течение 7 дней).

Результаты. При анализе собранного анамнеза выявлено, что в 32,8 % (16) случаев признаки вульвовагинита возникли после перенесенной ОРВИ, в 12,5 % (6) — на фоне энтеробиоза, в 8,3% (4) — на фоне кишечной инфекции неясной этиологии. 17 (36,5 %) девочек относились к группе часто болеющих детей и имели в анамнезе частоту ОРЗ более 5 раз в год. 58,3 % девочек имели сопутствующую экстрагенитальную патологию.

До лечения при микроскопическом исследовании отделяемого влагалища в мазках преобладала грамвариабельная кокковая флора (47,9 %), палочковая флора наблюдалась в 31,2 % случаев, коккобациллярная или смешанный вариант микрофлоры выявлены у 20,9 %. Дополнительно у 8,3 % девочек обнаружены грибы рода *Candida albicans*. При бактериологическом исследовании у всех пациенток наблюдали картину дисбиоза влагалища, представленную разными микробными ассоциациями.

В ходе лечения с использованием Мирамистина® на 2–3-е сутки отмечали исчезновение патологических выделений, уменьшилась гиперемия НПО, прошел зуд и дизурические явления. К окончанию 7-дневного курса лечения все клинические признаки воспалительного процесса были купированы. По данным гинекологического осмотра было отмечено улучшение состояния слизистой оболочки влагалища — уменьшились отечность и гиперемия.

Лабораторный контроль осуществляли через 10 дней после окончания лечения. При повторном микроскопическом исследовании отделяемого влагалища после лечения у 44 (91,6 %) обследуемых выявлена I–II степень чистоты влагалища. У 4 (8,4 %) девочек, имеющих отягощенный соматический анамнез и наличие микст-инфекции, сохранился воспалительный тип мазка, что потребовало повторного курса лечения с использованием антибактериальных препаратов местного действия.

Заключение. Использование 0,01 % раствора Мирамистина® — это эффективный и безопасный способ комплексного лечения неспецифических воспалительных заболеваний вульвы и влагалища. Препарат является перспективным для использования в детской гинекологической практике, так как обладает широким спектром местного противомикробного действия, отсутствием влияния на нормальную микрофлору влагалища, минимальным перечнем побочных действий, возможностью использования его с рождения, имеет удобные для использования у детей раннего возраста формы выпуска.

Распространенность папилломавирусной инфекции у женщин с трихомониазом

**Морева Ж. Г.¹, Васильев М. М.²,
Сащенко В. П.³, Демкин В. В.⁴**

¹ Ивановская государственная медицинская академия

² Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

³ Отделенческая больница на станции Иваново
ОАО «РЖД», Иваново

⁴ Институт молекулярной генетики РАН, Москва

Цель работы — исследование распространенности вируса папилломы человека у женщин с трихомониозом.

Материалы и методы. На данный момент обследована 51 женщина 18–52 лет (средний возраст 35,6 года) с разными гинекологическими заболеваниями, пациентки наблюдались у гинеколога по поводу профилактического осмотра. У 58,83 % больных имелись клинические проявления сальпингоофорита, у 13,73 % — метроэндометрита, у 11,76 % — кольпита, у 11,76 % — патологии шейки матки в виде эктопии и деформации шейки, у 3,92 % — экзоцервицита. В анамнезе у женщин наблюдались заболевания гениталий и молочных желез: у 34,21 % — проявления патологии шейки матки в виде эктопии и деформации шейки, у 23,67 % — субсерозно-интерстициальной миомы матки, у 21,10 % — спаечной болезни органов малого таза, у 10,52 % — эндометриоза, у 7,88 % — поликистоза шейки матки и яичников, у 2,62 % — прогрессирующего роста кист молочных желез.

Результаты. В 78,43 % случаев (40 человек) культурально выявлен трихомониоз с использованием среды Вагикульт с последующим пересевом, для выделения культуры, на среду Джонсона–Трасселя в модификации Тераса. Выделенные культуры были идентифицированы методом ПЦР (тест-система ДНК-технология, Москва). У 23 (57,5 %) пациенток с трихомониозом методом ПЦР с последующим типированием выявлены маркеры папилломавирусной инфекции. Все выявленные типы вируса являются онкогенными. У 34,78 % женщин встречались наиболее высокоонкогенные типы вируса — 16-й и 18-й, как правило, у больных более молодого возраста (18–25 лет), а у 65,22 % женщин обнаружены другие онкогенные типы вируса: 31-й, 33-й, 45-й, 52-й, 58-й, 67-й. У 39,13 % пациенток с папилломавирусной инфекцией встречался какой-либо один тип вируса, как правило, 16-й, 18-й либо 45-й, а в 60,87 % случаев выявляли одновременно несколько типов вируса (4 или 5). Чаще всего встречались одновременно 5 типов вируса: 33-й, 45-й, 52-й, 58-й, 67-й, что наблюдалось у 30,43 % женщин, 4 типа вируса — 33-й, 52-й, 58-й, 67-й — одновременно выявлялись у 21,74 %, 2 типа — 31-й, 33-й либо 16-й, 45-й — у 8,70 %.

Выводы. Исследования показывают высокую распространенность вируса папилломы человека онкогенного риска у женщин с трихомониозом и хроническими воспалительными процессами

гениталий. Трихомонады могут способствовать резервированию вируса, его распространению в вышележащие органы малого таза путем повреждения наружного эпителия влагалища и шейки матки с последующей инвазией. *T. vaginalis* способствует активной репродукции вируса во внутренних эпителиальных тканях. Исследователи D. C. Boyle, J. R. Smith (1999) отмечают, что в развитии патологии трихомонады могут оказывать как прямое цитопатическое действие на эпителий путем выработки ферментов агрессии и эндотоксина, так и опосредованное — через усиление патогенного действия бактериальных и вирусных возбудителей.

Заболеемость сифилисом и гонококковой инфекцией в Республике Беларусь в 2006–2012 гг.

Навроцкий А. Л., Бондарь С. Ю., Агаларова А. Г.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Заболеемость сифилисом в Республике Беларусь за период 2006–2012 гг. снизилась в 2,6 раза. В 2012 г. в целом зарегистрировано 977 случаев сифилиса, что составило 10,3 случая в расчете на 100 тыс. населения. Наиболее высокий уровень заболеваемости наблюдался в Гомельской области (17,1 случая на 100 тыс.), самый низкий — в Минске (5,2). Более 1/3 всех больных было зарегистрировано в двух из семи областей (Витебская и Гомельская).

Заболеемость гонококковой инфекцией за этот же период в целом по республике снизилась в 1,8 раза. В целом в 2012 г. был зарегистрирован 3 371 случай гонореи, что составило 35,6 случая на 100 тыс. населения. Наиболее высокий уровень заболеваемости наблюдали в Брестской области (46,7 случая на 100 тыс. населения). В 2012 г. уровень заболеваемости гонококковой инфекцией в Республике Беларусь в 3,5 раза превышал заболеваемость сифилисом, темп снижения был существенно ниже, чем по сифилису, а в 2012 г. впервые за период с 2006 г. был отмечен рост гонореи (+6 %).

За анализируемый семилетний период наблюдали тенденцию «постарения» сифилиса. Постепенно нарастал удельный вес старших возрастных групп: удельный вес лиц 30 лет и старше возрос в 1,4 раза и составил 62,7 %. Среди молодежи 15–29 лет также произошло перераспределение значимости больных разного возраста с тенденцией увеличения возраста заболевших.

В возрастной структуре заболеваемости гонореей в 2006–2012 гг. отмечены изменения, похожие на динамику заболеваемости сифилисом: удельный вес заболевших в возрасте старше 30 лет возрос до 21,7 %.

За период 2006–2012 гг. доля сельских жителей от общего числа больных сифилисом возросла на 4,6 % и составила 39,4 %, а по гонорее сохранилась на прежнем уровне (18 %).

В 2006–2012 гг. сохранилась тенденция, появившаяся в начале 2000-х гг., высокого удельного веса раннего скрытого сифилиса (52 % в 2006 г. и 49 % в 2012 г.). Прошедший период характеризовался также уменьшением числа случаев врожденного сифилиса, который с 2011 г. не регистрировался. В то же время, возросло число больных с нейросифилисом и поздними формами данного заболевания. Так, нейросифилис в 2006 г. составил 0,4 %, а в 2012 г. — 1,9 %, поздний сифилис, соответственно, 1,4 и 8,7 %, скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний, соответственно, 1,2 и 2,1 %.

За текущий период возросла роль медицинских организаций в выявлении сифилиса (активно выявлено 94,8 % больных), особенно кожно-венерологического профиля. Дерматовенерологи в 2012 г. выявили 37,5 % больных, из них 4,9 % были выявлены в кабинетах анонимного обследования и лечения ИППП. Еще большую роль играли эти кабинеты в выявлении гонорей: 43,7 % всех случаев, зарегистрированных в республике в 2012 г. Очень важную роль в выявлении сифилиса имели стационары различных профилей. При обследовании на сифилис в стационарах в 2012 г. выявлен каждый четвертый больной, что больше на 4,1 %, чем в 2006 г.

Акушерско-гинекологическая служба по-прежнему играла наибольшую роль в выявлении сифилиса среди женщин. В 2012 г. женскими консультациями выявлено 9,6 % от всех случаев сифилиса в республике, при этом беременных — 4,3 %.

Важную противоэпидемическую роль играло обследование лиц, бывших в половом и тесном бытовом контакте с больными заразными формами сифилиса. Так, в 2006 и 2012 гг. среди них было выявлено, соответственно, 15,8 и 16,2 % больных сифилисом. Аналогичный показатель по гонококковой инфекции в 2012 г. составил 32,6 %. Незначительную роль в эпидемическом процессе играл бытовой путь заражения сифилисом: в 2006 г. — 1,3 %, а в 2012 г. — 0,6 %.

Дисбиоз-ассоциированные микроорганизмы у женщин репродуктивного возраста

Олюнина Е. А., Николаева Т. Н., Дуванова Е. А.

Центр лабораторной диагностики, Вологда

Цель работы — изучение микробных характеристик влагалищных дисбиозов у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. ПЦР в реальном времени выполняли на приборе «Rotor-Gene Q». Для выделения ДНК применяли набор реагентов «АмплиПрайм ДНК-сорб-АМ». Общее количество бактерий в пробе, лактобактерии, гарднереллы и атопобиум определяли на наборах «АмплиСенс Флороценоз/Бактериальный вагиноз» вариант FRT. Кроме того, использовали наборы «АмплиСенс *U. parvum*, *U. urealyticum*, *M. hominis*-скрин-титр» вариант FRT и «АмплиСенс *C. albicans*, *C. glabrata* и *C. krusei*-мультипрайм» вариант FRT («Интерлабсервис»).

Результаты. Проанализированы протоколы исследований вагинального отделяемого у 226 женщин 18–50 лет с жалобами на выделения и неприятные ощущения во влагалище. ДНК возбудителей ИППП (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*) ни у одной пациентки не документирована. У 27 обследованных (11,9 %) в пробе присутствовали только лактобациллы в количестве, равном общему количеству бактерий; других микроорганизмов, входящих в протокол исследования, не обнаружено. У 84 (37,2 %) женщин выявлен «анаэробный дисбиоз», характеризующийся преобладанием анаэробных бактерий *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae* над лактобактериями. При этом у 56 (66,7 %) женщин вагиноз ассоциировался с присутствием в большом количестве обоих микроорганизмов, в 26 (31 %) случаях явно преобладали гарднереллы, и только у 2 (2,3 %) женщин — атопобиум. Среди других представителей чаще присутствовали *U. parvum* >10⁴ (23,8 %), *C. albicans* (16,7 %), *M. hominis* >10⁴ и *U. parvum* >10⁴ (14,3 %), *U. urealyticum* >10⁴ (13,1 %). Среди всех обследованных преобладали женщины (44,7 %) с нормальным содержанием лактобактерий, но с присутствием других микроорганизмов в разных ассоциациях: *U. parvum* >10⁴ гэ/мл (40,6 %), *G. vaginalis* 10⁴–10⁵ гэ/мл (37,6 %), *C. albicans* — 20,8 %, *A. vaginae* 10⁴–10⁵ (15,8 %), *M. hominis* >10⁴ (3 %), *U. urealyticum* >10⁴ (6,9 %). У 10 (4,4 %) женщин был выявлен неуточненный дисбиоз, при котором наблюдали снижение количества лактобацилл без анаэробных бактерий, но в сочетании с

другими представителями условно-патогенной флоры. У 4 (1,8 %) обследованных имело место промежуточное состояние микрофлоры, при котором количество анаэробных микроорганизмов приближалось к количеству лактобацилл. Во всех вариантах микробных ассоциаций прослеживалась лидирующая роль микоплазм. Причем в дисбиозах с преобладанием анаэробной флоры микоплазмы выявляли у 61 % женщин, они присутствовали чаще в клинически значимых концентрациях и в разных видовых комбинациях. В группе аэробных дисбиозов превалировал чаще один вид — *U. parvum*, занимающий 80 % обнаруженных микоплазм.

Заключение. У преобладающего большинства женщин с жалобами на дискомфорт во влагалище диагностирован дисбиоз, характеризующийся ассоциацией условно-патогенных микроорганизмов, среди которых явно преобладают микоплазмы. Метод ПЦР в реальном времени позволяет выявлять широкий спектр условно-патогенных микроорганизмов и проводить их количественную оценку, что значительно облегчает задачу врача при постановке диагноза и назначении адекватной терапии.

Листериоз как «новая» инфекция и недооценка угрозы

Пунченко О. Е., Ришук С. В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

Листериоз относится к типичным сапрозоонозам, распространенным на всех территориях земного шара. Около 10 % здоровых животных, по данным европейских микробиологов, являются носителями *L. monocytogenes*, и любые продукты как животного (в том числе речная рыба и морепродукты), так и растительного происхождения могут явиться фактором передачи листериоза. Хотя контаминация листериями может быть сравнительно невысокой — от менее чем 1 до 35 КОЕ/г пищевого продукта, но при хранении в условиях холодильника они становятся чрезвычайно опасными из-за резкого увеличения психрофильных бактерий. В группе риска по заболеваемости листериозом находятся все лица с нарушенными функциями Т-лимфоцитов, в том числе и беременные женщины, которые составляют 1/3 от всех заболевших. Хотя больной человек или носитель не является источником инфекции для окружающих, беременная женщина передает *L. monocytogenes* плоду.

Листерии относятся к самым изученным бактериям, способным размножаться внутриклеточно. Однако отсутствие уникальной для

лиστεриоза клинической картины, мимикрия под самые разные инфекции, поражение любого органа, а также отсутствие специфического анамнеза и малая информированность не позволяют лечащему врачу заподозрить листериоз. Так, в Москве заболеваемость листериозом составляет 0,2–0,5 на 100 тыс. населения, что связывают, в том числе, и с более хорошим оснащением лабораторной службы. К сожалению, до сих пор даже в крупных городах диагноз листериоза ставится посмертно. Листериоз у беременных может протекать со стертой симптоматикой, что затрудняет постановку диагноза. Внутриутробная инфекция приводит к самопроизвольному аборту, антенатальной гибели плода или врожденному листериозу. Из-за развития у плода стойких дефектов центральной нервной системы листериоз входит в группу ТОРСН-инфекций, но по тяжести и последствиям листериоз превосходит все другие инфекции, отнесенные к этой группе. Листериоз у новорожденных — тяжелейшая генерализованная инфекция с летальностью, достигающей 100 %. Также возможно заражение новорожденного в условиях стационара, что расценивается как внутрибольничная инфекция.

Вызывает настороженность тот факт, что два непатогенных для человека вида листерий — *L. ivanovii* (до последнего времени считалась ветеринарной проблемой) и *L. seeligeri* — стали вызывать случаи единичных заболеваний среди лиц с иммунодефицитами, что свидетельствует о распространении среди листерий факторов патогенности. Таким образом, листериоз относится к «новым» и малоизвестным репродуктивно значимым инфекциям. С учетом множества источников инфекции, факторов передачи, а также тяжести поражения новорожденных, беременных необходимо информировать о возможных рисках заражения и проводить профилактику данной инфекции еще на этапе подготовки к беременности.

Попытки оптимизации диагностики микоплазменной инфекции у мужчин

Ришук С. В.¹, Афонина И. Е.², Грималюк Ю. И.², Москвин А. А.²

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

² Кожно-венерологический диспансер № 11, Санкт-Петербург

Согласно Рекомендациям ВОЗ 2013 г., наиболее чувствительным и специфичным для диагностики микоплазменной инфекции (*M. hominis* и *Ureaplasma spp.*) является метод ПЦР и его модификация — real-time ПЦР. Однако анализ

частоты лабораторного подтверждения диагноза микоплазменной инфекции с помощью данного метода у представителей 264 пар с наличием продолжительного периода их половой жизни без применения средств защиты показал, что количество пар с подтверждением инфекции в ПЦР только у женщины преобладало над его количеством с подтверждением только у мужчины. Причем в случае *Ureaplasma spp.* это преобладание было наиболее значимо (почти в 5 раз). Результатами длительного клинико-лабораторного наблюдения за парами нами была подтверждена правомочность диагноза микоплазменной инфекции «по контакту» и лечения представителя половой пары даже с отрицательными лабораторными тестами. В связи с этим, нами была предпринята попытка оптимизации диагностики микоплазменной инфекции у мужчин.

Вначале были сопоставлены (в 282 определениях — по *M. hominis* и в 168 — по *Ureaplasma spp.*) результаты ПЦР в уретре и эякуляте у мужчин. При этом встречались варианты обнаружения ДНК-материала микоплазм только в эякуляте (в случае *M. hominis* — у 4,26 % и *Ureaplasma spp.* — у 3,57 %) и только в уретре (в случае *M. hominis* — у 3,90 % и *Ureaplasma spp.* — у 15,48 %). Был сделан вывод, что исследование эякулята у мужчин в ПЦР существенно не улучшает диагностику микоплазменной инфекции. Возможно происходит ингибирование ПЦР в эякуляте еще окончательно не установленными его компонентами.

На следующем этапе было сопоставлено выявление ДНК-материала микоплазм (в 59 определениях *M. hominis* и *Ureaplasma spp.*) в уретре и эякуляте у мужчин с результатами посева эякулята на жидкие питательные среды отечественного производства (Омск). Соскоб из уретры и эякулят вносили одновременно в один эппендорф для ПЦР и одну пробирку для теста культуры клеток (использовали среды отечественного производства: отдельно — для *M. hominis* и отдельно — для *Ureaplasma spp.*). Использование жидкой среды предполагало нивелировку влияния факторов эякулята, тормозящих ПЦР. У 15,3 % парных определений получены положительные тесты по *Ureaplasma spp.* в ПЦР и тесте культуры клеток, по *M. hominis* — не были получены вообще. Обнаружение только в ПЦР *M. hominis* — 6,9 % случаев, *Ureaplasma spp.* — 16,9 %, только в посевах *M. hominis* — 13,8 %, *Ureaplasma spp.* — 18,6 %. Наличие вариантов с обнаружением патогенов только в ПЦР или только в по-

севе, с одной стороны, предполагает обязательное применение обоих тестов в диагностических блоках у мужчин, с другой — ставит под сомнение адекватность оценки роста микоплазм по изменению цвета индикатора в ответ на изменение *pH* в щелочную сторону как результат ферментации аргинина *M. hominis* и мочевины — *Ureaplasma spp.* Было замечено, что изменение цвета индикатора может происходить в результате размножения других микроорганизмов из-за низкой селективности особенно отечественных сред или не происходить вообще — при наличии роста микоплазм.

В связи с этим, была предпринята попытка замены цветовой оценки роста микоплазм на оценку с использованием ПЦР. При этом посев эякулята производили на среды для культивирования *M. hominis* и *Ureaplasma spp.* в количестве двух стандартных капель (0,08–0,12 мл) на 1,5 мл среды. Инкубацию проводили в течение 24 и 48 ч при $t=37$ °С. На этих временных промежутках проводили оценку изменения цвета индикатора и определяли генетический материал микоплазм в осадке питательной среды в ПЦР. При этом на 24 и 48 ч проводили центрифугирование сред при 7000 об/мин 20 мин, получение осадка и его ресуспендирование в буфере, используемом в ПЦР. Были обнаружены микоплазмы в осадках после подращивания у 14 (56 %) из 25 пациентов, из которых у 11 — на 24 ч с повторным их определением на 48 ч, у 3 — только на 48 ч. У этих пациентов при исследовании нативного эякулята и соскоба из уретры в ПЦР (то есть до подращивания в питательной среде) патогены выявлены не были. Обращает внимание несовпадение данных цветовой оценки с результатами ПЦР у 10 (20 %) из 49 проб по *M. hominis* (суммарно взяты 24-часовые и 48-часовые пробы) и у 16 (33 %) из 49 проб — по *Ureaplasma spp.* Из них преобладали ложноотрицательные результаты цветовой оценки: у 6 из 10 — по *M. hominis*, у 15 из 16 — по *Ureaplasma spp.* Из всех шести положительных результатов в ПЦР по *M. hominis* совпадения с цветовой оценкой не было вообще, по *Ureaplasma spp.* совпадение было только в 6 (29%) случаях из 21.

Таким образом, исследование соскоба из уретры и эякулята у мужчин методом ПЦР недостаточно для подтверждения микоплазменной инфекции, — в обязательном порядке необходимо также культуральное исследование указанных биоматериалов. Однако общепринятая оценка результатов теста культуры клеток по измене-

нию цвета индикатора из-за ее неадекватности должна быть заменена на оценку осадка в ПЦР после 24-часовой инкубации проб при $t=37^{\circ}\text{C}$.

Профилактика урогенитальных инфекций как фактор демографической безопасности региона

Спиридонов В. Е., Майстрёнок А. М.

Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер

В последние годы в Республике Беларусь и Витебской области отмечается снижение заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем: по сравнению с 2012 г., в 2013 г. уровень заболеваемости сифилисом в республике снизился на 7,8 %, в области — на 17,2 %, гонореей — на 16,9 и 8,1 %, трихомонозом — на 7,2 и 4,3 %, хламидиозом — на 12,8 и 20,6 %, соответственно, общая заболеваемость составила 333,7 на 100 тыс. населения. Однако уровень остается высоким.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), являются одним из факторов, влияющих на демографические показатели. Известно, что если частота бесплодных браков достигает 15 %, то проблема приобретает государственное значение. В Республике Беларусь каждый 5–6-й брак бесплодный, в 65 % случаев причиной являются перенесенные в молодом возрасте ИППП. Именно в возрастной группе 20–29 лет наблюдается максимальный уровень заболеваемости ИППП (62 %), что позволяет говорить об их высоком медико-социальном значении.

Учитывая влияние урогенитальных инфекций на репродуктивное здоровье, дерматовенерологической службой проводится целый ряд мероприятий по обеспечению населения качественной лечебно-диагностической помощью. Высокий уровень организации лабораторной диагностики ИППП в области обеспечивает обследование современными методами, в том числе ПЦР, в самых отдаленных от областного центра районах. Проводимая централизация лабораторной диагностики ИППП на базе ведущих кожно-венерологических учреждений позволит обеспечить их раннюю диагностику, а значит — своевременное лечение.

Для решения экспертных вопросов в областном кожно-венерологическом диспансере работает областной консультативно-диагностический центр, который является референс-центром по диагностике и лечению ИППП. Лечение пациенты могут получить в стационарных отделениях, которые перепрофилированы в отделения по лечению ИППП и их осложнений, а также в

дневном стационаре, в кабинетах анонимного обследования и лечения, что значительно повышает доступность высококвалифицированной помощи пациентам с ИППП.

Учитывая ведущую роль вируса папилломы человека (ВПЧ) в этиопатогенезе рака шейки матки, влагалища, наружных половых органов у мужчин и женщин, значительной распространенности и росту заболеваемости герпетической инфекцией (ВПГ 1-го и 2-го типа), в том числе у беременных женщин, открыт кабинет по диагностике и лечению вирусных ИППП, где проводится комплексное обследование с идентификацией вирусов, кольпоскопия, лечение и вакцинопрофилактика данных заболеваний. В целях стандартизации методов диагностики, лечения и профилактики ИППП создана школа-семинар для врачей дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, что позволяет выработать единые подходы, разработать и внедрить оптимальные технологии в диагностику и лечение ИППП.

Основная роль в деятельности дерматовенерологической службы области отводится профилактической работе, направленной на молодежь. Впервые в республике в ВОККВД организован кабинет первичной профилактики, работает молодежный телефон доверия, в СМИ размещена социальная реклама. Каждый желающий может получить очную или отсроченную Интернет-консультацию врача-дерматовенеролога, а также консультацию на сайте www.vokvd.vitebsk.by. На областном уровне приняты «Комплексные мероприятия по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи на 2014–2016 гг.», основными целями и задачами которых являются координация работы медицинских и других заинтересованных служб и ведомств в целях выполнения Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь.

В 2013 г. в Витебской области было 12 805 родов, что превышает показатель 2012 г. на 0,4 %, отмечено снижение внематочных беременностей на 2 %, показателя преждевременных родов на 8,6 %, достигнуто увеличение коэффициента рождаемости до 11,1 на 1000 населения, то является самым высоким показателем за последние 10 лет. Заболеваемость раком шейки матки у женщин Витебского региона снижена на 25 %, что привело к снижению смертности от данной патологии и общего показателя смертности.

Таким образом, проводимые дерматовенерологической службой области комплексные мероприятия по улучшению и повышению до-

ступности качественной специализированной помощи по ранней диагностике, лечению и профилактике ИППП, централизация лабораторной службы позволили снизить уровень заболеваемости ИППП, тем самым уменьшить риск неблагоприятных последствий на репродуктивное здоровье каждого человека в отдельности и общества в целом, улучшить демографическую ситуацию в регионе.

Способ лечения больных с хроническим уретропростатитом

Суворов С. А., Суворов А. П.

Саратовский государственный медицинский университет

Хроническое воспаление предстательной железы (хронический простатит) занимает особое место в современной практической медицине. Рекомендательный для лечения хронических уретропростатитов способ основан на создании отрицательного давления в мочеиспускательном канале с помощью специального устройства (Гуськов А. Р. и др., 1997). Однако в этом случае в равной мере происходит притяжение как патологически измененной ткани, так и клинически неизменной. Естественно, что возникающий прилив крови к предстательной железе и уретре, обусловленный образовавшимся вакуумом в просвете уретры, только усугубляет нарушения микроциркуляции в органах малого таза и, тем самым, способствует хронизации воспалительного процесса.

Предложенный нами способ лечения хронических уретропростатитов (Суворов С. А., Суворов А. П. Патент № 2275214) включает удаление патологического содержимого из мочевого тракта. Для этого в уретру вводят 4–5 мл водной взвеси нанопорошка железа на 40–60 мин. Происходит продвижение мелкодисперсного железа в крипты и лакун мочевого тракта, заполненные патологическим содержимым. Затем в уретру вводят катетер с встроенным магнитом, полость которого многочисленными отверстиями сообщается с уретрой. Под действием магнитного поля образовавшаяся смесь патологического содержимого мочевого тракта и порошка железа перемещается из крипт и лакун через многочисленные отверстия в полость катетера. На курс рекомендуется 6–8 процедур. Для вискозиметрического исследования нами использовался ротационный анализатор крови реологический.

Было констатировано, что способ значительно повышает эффективность лечения. При терапии рекомендуемым способом у пациентов уменьшились дизурические расстройства и боли, нор-

мализовалось мочеиспускание. Отмечена положительная динамика и при УЗ-исследовании простаты: уменьшение ее размеров, четкие контуры, однородная структура, гомогенная плотность. Одновременно нормализовалась вязкость крови, уровень которой снижался после курса терапии с $3,57 \pm 0,04$ до $3,31 \pm 0,07$ сП ($p < 0,001$).

Сравнительный анализ информативности основных клинических критериев, используемых для диагностики бактериального вагиноза

Цветкова А. В., Муртазина З. А., Маркушева Т. В., Мавзютов А. Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Одной из наиболее частых причин визита женщин к гинекологу является бактериальный вагиноз (БВ), диагноз которого выставляется при наличии трех из четырех критериев, предложенных R. Amsel (1983) и считающихся «золотым диагностическим стандартом»: жидкие серовато-белые выделения с неприятным запахом, $pH > 4,5$, «рыбный» запах при добавлении 10 % KOH, «ключевые клетки». Однако объективность данных критериев на этапе верификации клинического диагноза все чаще ставится под сомнение. В частности, такие клинические проявления, основанные на критериях R. Amsel, как гомогенные выделения из влагалища, наблюдаются только у 50 % женщин с БВ, у каждой второй пациентки заболевание протекает бессимптомно. Таким образом, совершенно очевидно, что при диагностике БВ не исключаются диагностические ошибки. Цель работы — проведение клинико-лабораторных параллелей для уточнения наиболее характерных в настоящее время для БВ жалоб и клинических проявлений и повышения эффективности первичной клинической дифференциации пациенток указанной группы.

Материалы и методы. Обследованы 640 женщин 18–83 лет, обратившихся в спецподразделение Верхнеяркеевской ЦРБ Илишевского района РБ. При обследовании регистрировали общие сведения о пациентке, жалобы на момент поступления, данные акушерско-гинекологического анамнеза, проводили кольпоскопическое исследование. В соответствии с критериями R. Amsel (1983) осуществляли pH -метрию и аминотест. Параллельно микропрепараты отделяемого со сводов влагалища всех пациенток исследовали микроскопически после окраски метиленовым синим. Полученные данные дифференцировали в соответствии с лабораторными критериями, предложенными Е. Ф. Кира (1994), на «нор-

моценоз», «неспецифический вагинит», «специфический вагинит» и «бактериальный вагиноз». Микропрепараты пациенток с БВ дополнительно дифференцировали по степеням в соответствии с критериями, предложенными А. Р. Мавзютовым и др. (1998).

- БВ I степени (компенсированный) — полное отсутствие микрофлоры в исследуемом материале;

- БВ II степени (субкомпенсированный) — сопоставимое снижение количества лактобациллярной микрофлоры, увеличение количества грамвариабельной полиморфной бактериальной флоры, единичные «ключевые клетки»;

- БВ III степени (декомпенсированный) — лактобациллярная микрофлора не обнаруживается, грамвариабельная полиморфная бактериальная флора и «ключевые клетки» — сплошь в поле зрения.

Для оценки информативности клинико-лабораторных критериев R. Amsel (1983) использовали критерии Фишера и χ^2 .

Результаты. Клинически отклонения от нормы были констатированы у всех 640 обследованных. Лабораторно патологические и пограничные состояния были подтверждены лишь у 225 (35,15 %) женщин, среди которых БВ был подтвержден только у 140 (22 %) женщин. В 8 (1,3 %) случаях лабораторно констатирован специфический вагинит (7 — *Tr. vaginalis*, 1 — *N. gonorrhoeae*), а в 77 (12 %) случаях — неспецифический (*Candida spp.* и др.) вагинит.

Статистически значимыми для диагноза БВ оказались жалобы на жжение и неприятный запах ($p < 0,05$), однако указанные клинические признаки в соответствии с критериями Банержи отличались низкой чувствительностью — 57,1 и 25 %, соответственно.

При клинико-лабораторном сравнении БВ разной степени выраженности наиболее информативными были жалобы на жжение, диспареунию. Жжение достоверно имело место у женщин (50–87,5 %) с выраженными (II и III степени) формами БВ, тогда как женщины с компенсированной (I степени) формой БВ достоверно чаще (62,5 %) имели жалобы на диспареунию.

Выводы. Для постановки диагноза БВ из критериев R. Amsel статистически значимым было наличие выделений, «ключевых клеток» и $pH > 4,5$ ($p < 0,05$). Однако для дифференциации БВ по степени выраженности (субкомпенсированная и декомпенсированная формы) статистически достоверными были только два из четырех критериев R. Amsel: $pH > 4,5$ и «ключевые клетки».

Метод жидкостной цитологии (LBC) и ВПЧ-тестирования (метод ПЦР) при скрининге рака шейки матки (опыт лаборатории)

Штинова И. А., Миткова С. В., Гречкова А. В.

Диагностический центр лабораторных исследований, Москва

Вирус папилломы человека (ВПЧ) относится к семейству *Papovaviridae* рода *Papillomaviridae* и является ДНК-содержащим вирусом. В настоящее время доказано, что ВПЧ является онкогенным вирусом, связанным с цервикальным и аногенитальным раком. Выявлены факторы, которые повышают риск заболевания раком шейки матки: 1) инфицирование ВПЧ; 2) раннее начало половой жизни; 3) частая смена половых партнеров. По данным ВОЗ, ежегодно выявляется около 500 тыс. человек, заболевших раком шейки матки. Более 30 типов ВПЧ могут инфицировать урогенитальный тракт. К высокому риску отнесены 16 типов ВПЧ — 16-й, 18-й, 31-й, 33-й, 35-й, 39-й, 45-й, 51-й, 52-й, 56-й, 58-й, 59-й, 66-й, 68-й, 73-й, 82-й. На долю ВПЧ 16-го и 18-го типа в совокупности приходится более 70 % случаев рака шейки матки. Наибольшее распространение в диагностике ВПЧ получили два метода — LBC (жидкостная цитология) и ПЦР-диагностика. LBC — новая технология в приготовлении препаратов из шейки матки. Данный метод исследования имеет более низкую стоимость по сравнению с ПЦР-диагностикой. Точность цитологического теста вариабельна и зависит от множества факторов: качества забора материала (материал должна брать хорошо обученная медицинская сестра/ акушерка при скрининге или врач-гинеколог при заболевании или профилактическом осмотре), качества приготовления препарата, квалификации врача-лаборанта. По сравнению с LBC, ПЦР-диагностика имеет более высокую чувствительность и специфичность (до 98 %), но результат исследования в большей степени зависит от качества забора материала.

Материалы и методы. Нами проведено исследование, в котором принимали участие 967 женщин 18–84 лет, обратившихся в женские консультации для планового осмотра. Они были разделены на три группы: 18–29 лет, 30–49 лет и старше 50 лет. В основе исследования лежало применение клинически валидированной тест-системы «Abbott Real Time High Risk HPV (Abbott)», которая позволяет выявить 14 генотипов вируса высокого онкогенного риска — 16-й, 18-й, 31-й, 33-й, 35-й, 39-й, 45-й, 51-й, 52-й, 56-й, 58-й, 59-й, 66-й, 68-й, с отдельным ти-

пированием 16-го и 18-го типа, и метод *LBC* (система «Focal Point»).

Результаты. Положительный результат был получен в 16,5 % случаев при ПЦР-диагностике и в 15 % — при *LBC*. Инфицирование одним типом ВПЧ выявлено в 14 % случаев, инфицирование двумя типами и более — 2,5 %. Чаще всего встречались 16-й тип и типы с 31-го по 68-й (без типирования).

По результатам *LBC* было выявлено 10 % женщин с единичными клетками и изменениями, характерными для ВПЧ; 15 % женщин с признаками, характерными для ВПЧ; 20 % женщин с реактивными изменениями; с диагнозами *ASCUS*, *CIN1*, *CIN1–CIN2* — по 2 %; с *CIN2* — 7 %; с нормальной цитологической картиной — 42 %. Также был выявлен 1 % женщин с признаками ВПЧ-инфекции по результатам *LBC* и отрицательным — по результатам ПЦР-диагностики.

Чаще всего с признаками ВПЧ встречались женщины в первой возрастной группе, а женщины с *ASCUS*, *CIN1*, *CIN2*, *D1–D2* встречались во второй возрастной группе.

Выводы. Молекулярная диагностика позволяет провести дифференциальную диагностику между ВПЧ и другой инфекцией, вызывающей сходные клинические проявления. Тесты на выявление ВПЧ можно эффективно использовать при наблюдении пациентов с сомнительными результатами цитологии, также у пациентов, прошедших лечение и вакцинированных.

В первой возрастной группе в большинстве случаев может быть достаточно ВПЧ-тестирования методом ПЦР с применением клинически валидированного ВПЧ-теста для отсека когорты с транзитной инфекцией и исключения возможной гипердиагностики. Во всех возрастных группах желательно сочетать ВПЧ-тестирование с цитологическим методом для ранней эффективной диагностики проявлений ВПЧ и более успешного лечения. Молекулярное типирование способствует повышению чувствительности и рентабельности программ, направленных на скрининг рака шейки матки.

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие
в IX междисциплинарной научно-практической конференции

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ УРОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ» С СИМПОЗИУМАМИ ПО ОНКОУРОЛОГИИ И ОНКОГИНЕКОЛОГИИ»

26 ноября 2014 года с 9.00 до 17.30

Место проведения — Санкт-Петербург, ПетроКонгресс
ст. м «Чкаловская», Лодейнопольская ул., д. 5

Планируется издание номера журнала с материалами конференции. Заявки на доклады и тезисы докладов принимаются Оргкомитетом конференции до 15 октября 2014 г. Заявка должна содержать название доклада, фамилии и инициалы всех авторов, их ученые степени, должности и место работы, фамилию и контактные телефоны (e-mail) докладчика.

Требования по предоставлению материалов для публикации

Рекомендуемый объем тезисов не более 2 страниц формата А4, шрифт Times New Roman, размер 12, через 1,5 интервала; с полями по каждому краю 2 см. Название материалов должно располагаться по центру, составлять не более 2-х строк. Указываются фамилии и инициалы авторов, ученые степени, место работы (организация). В списке литературы указывается не более 5 источников. В материалах не должен присутствовать графический материал. Материалы принимаются Оргкомитетом по электронной почте **urgyn@yandex.ru до 15 октября 2014 г.**

Вход свободный.

За дополнительной информацией просьба обращаться в Оргкомитет конференции:

ООО «ДискавериМед», Издательский Дом «Терра Медика»

Прижевойт Елена Викторовна, Чепурная Елена Николаевна

тел./ф. (812) 274-08-62, 327-76-22.

E-mail: expo@discoverymed.ru <http://www.terramedica.spb.ru>