

*Бохонович Д.В.<sup>1,2</sup>, Лосева О.К.<sup>1,2</sup>, Важбин Л.Б.<sup>2</sup>, Юдакова В.М.<sup>2</sup>, Чернышева Н.В.<sup>2</sup>, Залевская О.В.<sup>2</sup>*

## ПОЗДНИЕ МАНИФЕСТНЫЕ ФОРМЫ СИФИЛИСА У РАНЕЕ ЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО Московский государственный университет пищевых производств, 125080, г. Москва, Россия; <sup>2</sup>ГБУЗ МО Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер

По современным данным литературы от 30 до 37% больных, у которых диагностированы поздние манифестные формы сифилиса, в прошлом получали лечение по поводу различных форм сифилиса. Это позволяет предполагать, что методика клинико-серологического контроля после лечения больных сифилисом, принятая в настоящее время, не позволяет выявить начальные проявления нейро- и кардиоваскулярного, а также других поздних форм сифилиса для своевременного проведения специфического лечения. В связи с этим представляют интерес данные о реальных результатах клинико-серологического контроля после лечения и сведения о результатах обследования пациентов с сифилисом в анамнезе.

**Цель работы.** На основании анализа данных о снятии с учета больных сифилисом за длительный период времени и результатов обследования больных с сифилисом в анамнезе оценить эффективность клинико-серологического контроля после лечения больных сифилисом и предложить меры по его совершенствованию.

**Материалы и методы.** Изучены амбулаторные истории болезни больных сифилисом, снятых с учета в ЛПУ дерматовенерологического профиля Московской области за период с 1997 по 2014 г. (825 карт). Проведен анализ результатов обследования 85 пациентов, находящихся под наблюдением в Московском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере по поводу сохраняющихся резко положительных нетрепонемных и трепонемных серологических реакций в сроки от 1 года до 36 лет после лечения по поводу сифилиса. Обследование было направлено на выявление нейро- и кардиоваскулярного сифилиса и включало серологическое исследование крови, исследование ликвора, Эхо-КГ, ЭКГ, коронарографию и МРТ по показаниям, биохимические показатели крови, консультации неврологов, кардиологов, кардиохирургов. Инструментальные исследования проводили на базе отделений МОНИКИ и районных ЦРБ/ЦГБ.

**Результаты.** При изучении амбулаторных карт и выписных эпикризов 825 пациентов, снятых с учета за период с 1997 по 2014 г., получены следующие результаты: сняты с учета по окончании наблюдения – 506 (61,3%) больных, из них при последнем сероконтроле – положительные нетрепонемные реакции (НТТ) сохранялись у 175 (34%) пациентов. Как «неразысканные» сняты с учета 247 (29,9%) больных, причем отмечается рост их доли от 15,8% в 1997–2002 гг. до 33% в 2013–2014 гг. За рассматриваемые 17 лет изменилось содержание понятия «неразысканный»: если в 1997 г. действительно проводили розыск

пациентов через ОВД, адресный стол и патронажную службу, и об этом имеются справки в амбулаторных картах, то к 2014 г. – неразысканными считали пациентов, не явившихся на серологический контроль после 1–2 вызовов в форме письма (прежняя патронажная служба прекратила свое существование). Снятие с учета этих пациентов проводилось без исследования серологических тестов. Важно отметить, что у 45,2% из них НТТ был положительным при последнем серологическом исследовании задолго до снятия с учета. Обращает на себя внимание также, что при снятии с учета в период с 1997 по 2002 г. обязательно проводилось обследование специалистами (флюорография, осмотр терапевта, отоларинголога, окулиста, невролога), что полностью прекратилось в последующие годы. За период с 1997 по 2012 г. ликворологическое обследование при снятии с учета не проводилось ни одному пациенту, независимо от первоначального диагноза. Такое изменение порядка клинико-серологического контроля было обусловлено изменением содержания регламентирующих документов (методических рекомендаций), определяющих перечень необходимых видов обследования. В 2013 г. из 279 больных исследование ликвора произведено только 3 (1,07%) пациентам. В 2014 г. количество больных с положительными результатами НТТ, обследованных для исключения асимптомного нейросифилиса, увеличилось до 12 (4,3%).

При проведении обследования в МОККВД из 85 пациентов 77 имели положительные НТТ, 8 – отрицательные НТТ, но резко положительные результаты РПГА с высокими титрами. По времени установления первичного диагноза они были условно разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли 25 больных, еще находящихся на диспансерном учете, которым диагноз сифилиса был установлен в 2011–2014 гг. Во 2-ю группу вошли 42 пациента, преимущественно снятых с диспансерного наблюдения, которым диагноз сифилис оставили в период с 2000 по 2010 г. К 3-й группе отнесены 17 пациентов, снятых с учета, у которых сифилис был диагностирован в 1990–1999 г. 4-я группа представлена одной пациенткой, лечившейся в 1979 г. Из общего числа обследованных нейросифилис диагностирован у 18 (21%) из 85 больных, поздний кардиоваскулярный сифилис – у 9 (10,5%). Дополнительное лечение по схеме нейросифилиса получили 3 пациента, 7 – по схеме кардиоваскулярного сифилиса, остальным проведено дополнительное лечение по схеме позднего скрытого сифилиса и продолжен серологический контроль. Максимальная частота выявления поздних форм специфического поражения нервной и сердечно-

сосудистой систем наблюдалась в группе с давностью перенесенного сифилиса от 5 до 10 лет (во 2-й группе, у 26,1% больных – поздний нейро-сифилис и у 12% – поздний кардиоваскулярный сифилис).

#### Выводы:

1. Изучение информативности клинико-серологического контроля в динамике за последние 17 лет указывает на отсутствие реальных сведений об эффективности проведенного лечения у большей части больных.

2. За исследуемый период (с 1997 по 2014 г.) отмечается рост доли «неразысканных» (с 15,8 до 33%) и возрастание доли пациентов, имевших положительный нетрепонемный тест при снятии с учета по окончании срока наблюдения (с 22 до 53,7%), что свидетельствует об ухудшении качества клинико-

серологического контроля в течение анализируемого периода времени.

3. Данные обследования серопозитивных после лечения пациентов показывают, что максимальная частота выявления поздних форм специфического поражения нервной и сердечно-сосудистой систем наблюдается в группе с давностью перенесенного сифилиса от 5 до 10 лет.

4. Результаты исследования указывают на необходимость включения в регламент клинико-серологического контроля после лечения больных сифилисом ликворологического исследования и Эхо-КГ.

Длительность клинико-серологического наблюдения должна быть увеличена как минимум до 10 лет, а срок хранения медицинской документации о больных сифилисом возвращен к прежней норме – 25 лет.

Бурова С.А.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Городская клиническая больница №81, г. Москва

Тяжелые формы угревой болезни трудно поддаются лечению, что связано с патогенетическими особенностями этого заболевания. В результате закупорки фолликулярных протоков сальных желез, на фоне гормонального дисбаланса, происходит их гипертрофия и избыточная продукция сального секрета. В этих условиях, особенно на фоне сниженного иммунитета, активируется микробная флора и развивается воспаление. К тяжелым формам угревой болезни относят абсцедирующие, индуративные, флегмонозные, конглобатные и кистозные угри, которые требуют комплексного лечения, вплоть до хирургических вмешательств. Основная роль в схемах лечения тяжелых форм угревой болезни отводится борьбе с гнойно-воспалительным процессом. Антибиотикотерапия, к сожалению, не всегда эффективна. Длительные курсы антибиотиков приводят к стойкой резистентности микроорганизмов и не исключают появление симптомов гепато- и нефротоксичности. В этих случаях особенное место занимает отечественный иммуномодулятор с противовоспалительным действием – актинолизат, который был изобретен отечественными учеными в 1940-х годах, в 1936 г. была опубликована первая работа по его применению, а в 1950 г. это научно-практическое достижение было отмечено Государственной премией.

Актинолизат оказался настолько эффективным лекарственным средством, что положил начало новой эпохе в лечении тяжелых острых и хронических гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, актиномикоза, грибковых инфекций и другой патологии. С момента изобретения актинолизата его механизм действия изучали в эксперименте на животных, *in vitro* и *in vivo*. Доказано, что под действием препарата происходит мобилизация и активация макрофагов, стимуляция фагоцитарного процесса в организме, усиление регенерации тканей и эффекта заживления, снижение интенсивности воспаления за счет торможения гиперпродук-

ции цитокинов и блокады действия медиаторов воспаления.

Актинолизат через специфические внутриклеточные рецепторы иммунокомпетентных клеток стимулирует продукцию антител к различным бактериям и грибам, повышает резистентность организма, который способствует выработке антител к инфекции.

Присутствующие в воспаленной сальной железе высоко резистентные к антибиотикам микроорганизмы (*Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Enterococcus* spp., *Pseudomonas aurogenosa*, *Candida* spp. и др.) под влиянием актинолизата активно вовлекаются в фагоцитарный процесс, таким образом, актинолизатотерапия приводит к санации гнойного очага. Одновременно, блокируя медиаторы воспаления, актинолизат способствует купированию воспалительного процесса и уменьшению клинических проявлений.

Препарат при угревой болезни применяют внутримышечно по 3 мл 2 раза в неделю, на курс 5–15 инъекций. Интервал между курсами 1 месяц, количество курсов лечения от 1 до 3, зависит от формы и тяжести заболевания, глубины и распространенности поражения. Через 1 мес после клинического выздоровления проводят профилактический противорецидивный курс из 5 инъекций. Благодаря применению актинолизата возможно снижение курсовой дозы или полная отмена антибиотикотерапии.

За полвека практического применения иммуномодулятора – актинолизата с противовоспалительным действием, накоплен значительный опыт лечения угревой болезни, гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, изучена эффективность, безопасность и переносимость этого лекарственного препарата в группах больных с многообразными клиническими проявлениями гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, в том числе, и при тяжелых формах угревой болезни.