

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

К.Р. Бабаян

*/Ереванский медицинский университет им. М. Гераци,  
кафедра дерматовенерологии, НМЦ дерматологии и ИППП/  
375025 Ереван, ул. Корюна, 2*

**Ключевые слова:** инфекции, передаваемые половым путем; статистика, сифилис, гепатиты А, В, С; группа риска

На протяжении последних десятилетий в клинической картине и течении многих инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), наблюдаются изменения, отражающиеся на их эпидемиологии и требующие новых подходов к вопросам диагностики и лечения этих болезней. Многочисленные литературные источники указывают на изменения в общей картине заболеваний, возникающих под влиянием различных факторов — климато-географических, экологических, социально-экономических, лечебно-профилактических.

В результате анализа заболеваемости некоторыми ИППП в республике с 1975 по 1999 г., нами выявлены существенные изменения, происшедшие в клинике и течении сифилиса и гонореи, болезней, традиционно именуемых венерическими. Особое внимание обращено на "новые", ранее не регистрируемые в Армении инфекции: хламидиоз, уреаплазмоз, ВИЧ/СПИД, их сочетание с другими ИППП, а также изменения клинической картины болезней, возникающих на фоне смешения инфекций, о чем часто упоминается в медицинской литературе последних лет [1,2]. Исследование проводилось на основе данных конъюнктурных обзоров, составленных по материалам амбулаторных карт и историй болезней 7250 больных ИППП.

Течение сифилиса в Армении на протяжении изучаемого периода характеризовалось значительными колебаниями как по показателям интенсивности заболеваемости, так и клиническим формам, соотношение которых менялось в зависимости от ряда условий, определяющих данный отрезок времени (рис.).

Как видно из графика, наиболее высокая заболеваемость сифилисом за последние три десятилетия наблюдалась в 1978г. — 22,9. Постепенно снижаясь, заболеваемость к 1989г. достигла минимума. На протяжении 70-х гг. соотношение форм сифилиса практически не менялось: удельный вес активных форм колебался в пределах  $70 \pm 5\%$ , скрытых —  $30 \pm 5\%$ . При этом симптоматика болезни почти не отличалась от описываемой в литературе [3]. Первичный сифилис, которому предшествовал инкубационный период, равный 22–28 дням, проявлялся преимущественно одиночным эрозивным твердым шанкром ( $78 \pm 3\%$ ), осложнения шанкра наблюдались редко. Крайне редко регистрировались атипичные формы твердого шанкра. Лишь у двух больных диагностирован экстрагенитальный шанкр нижней губы, и в трех случаях выявлен шанкр анальной области. Клинически выраженный регионарный лимфаденит описывался в историях болезней почти всех (98%) больных.

Вторичный свежий сифилис у большинства больных (85%) характеризовался обилием распространенной розеолезной и папулезной сыпи, изредка диагностировались сливные или элевирующие розеола. Сифилитическая лейкодерма, облысение, широкие кондиломы выявлялись преимущественно у больных рецидивным сифилисом, при котором также наблюдалась редкая папулезная сыпь, склонная к группированию. Несмотря на то, что авторы [4] в работах тех лет выражали беспокойство по поводу учащения регистрации вторичного рецидивного сифилиса, удельный вес последнего среди всех форм болезни составлял в среднем 11%.



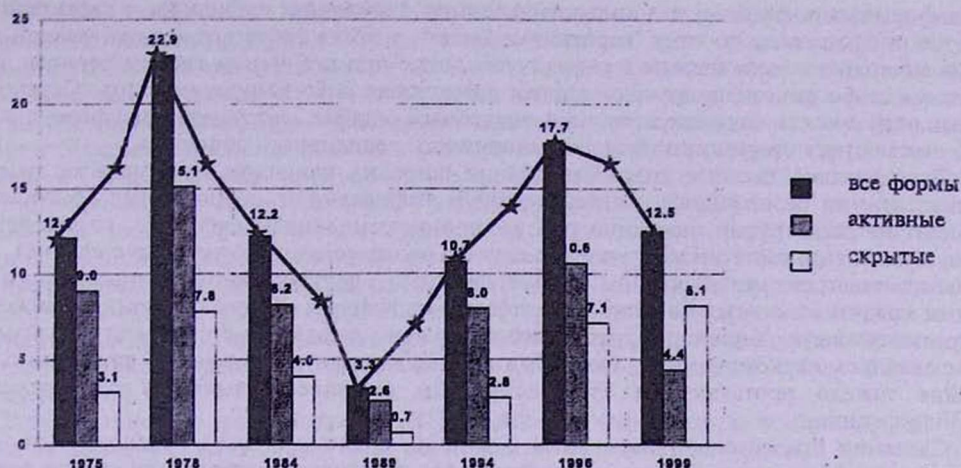


Рис. Регистрация сифилиса и соотношение его клинических форм за 1975–1999 гг.  
(интенсивные показатели на 100 000 населения)

Волнообразность течения сифилиса и чередование периодов протекали без особых отклонений. Скрытый сифилис на протяжении изучаемого времени продолжал регистрироваться в среднем у 1/4. Третичный активный сифилис диагностирован у 1 больного, нейро- и висцеральный сифилис – у 4, врожденный сифилис зарегистрирован у 7 новорожденных в промежутке с 1976 по 1980 г.

На протяжении 80-х гг., на фоне постепенного снижения заболеваемости сифилисом, стали отмечаться существенные изменения его симптоматики. Чаше стали регистрироваться удлинение инкубационного периода до 30–33 дней, появление язвенных твердых шанкров и осложнения первичного аффекта, отмечалась скудность высыпных элементов при активных формах сифилиса, в особенности при вторичном свежем периоде болезни [5].

Вместе с тем в течении сифилиса наметилась тенденция учащения регистрации вторичного рецидивного и скрытых (латентных) форм, признанных в венерологии поздними [6]. Вновь в литературе появились сообщения о злокачественном течении сифилиса [7] и о патоморфозе [8].

Начало 90-х гг. совпало с ростом заболеваемости ИППП в странах СНГ. Интенсивные показатели заболеваемости сифилисом и гонореей на 100 000 населения Армении, составляющие в 1990 г. соответственно 6,6 и 24,5, достигли к 1996 г. 17,7 и 38,6. Тенденция роста наблюдалась и при других сексуально-трансмиссивных болезнях. Дерматовенерологи стали чаще выявлять хламидиоз, уреаплазмоз и вирусные генитальные поражения, заболеваемость которыми во многих странах была значительно выше, чем сифилисом, гонореей и даже трихомониазом.

Изменениям подвергались и клинические формы сифилиса, наблюдаемые нами за последнее десятилетие. Первичная сифилома, особенно на фоне самолечения антибиотиками, наряду с запоздалым развитием (инкубационный период возрос до  $35 \pm 3$  дней), чаще проявлялась в виде мелкой поверхностной эрозии без заметного уплотнения в основании по типу баланита Фольмана или герпетических эрозий; участились осложнения твердого шанкра в виде островоспалительных явлений – баланита, фимоза, парафимоза, гангренизации. Экстрагенитальные твердые шанкры стали регистрироваться чаще. Вместе с тем регионарный склероденит выявлялся реже ( $80 \pm 2\%$ ), и лишь в единичных историях болезней врачами описывался лимфангит.

Изменения клинической картины вторичного сифилиса характеризовались противоречивостью симптоматики. Наряду с обилием высыпаний и учащением регистрации психо-



риазиформных элементов, ладонно-подошвенных папулезных сифилидов с характерным для них шелушением по типу "воротничка Биета", а также эритематозно-папулезной ангины, алопеции и лейкодермы в ряде случаев, даже при вторичном свежем периоде, выявлялась слабо выраженная мономорфная розеолезная либо папулезная сыпь. Скудность высыпаний иногда служила причиной врачебных ошибок, затрудняла дифференциальную диагностику вторичного свежего и вторичного рецидивного сифилиса.

Относительно частоты диагностирования широких кондилом современные литературные данные разноречивы. Согласно нашим наблюдениям, за последнее десятилетие процент их регистрации, особенно при вторичном рецидивном сифилисе, возрос вдвое. Заслуживает внимания также учащение случаев злокачественного течения сифилиса, сопровождающегося множественными пустулезными, деструктивно-язвенными поражениями кожи и слизистых на фоне выраженного нарушения общего состояния, снижения сопротивляемости. Характерно, что 8 больных с этим диагнозом страдали алкоголизмом, двое являлись наркоманами, у двоих был диагностирован туберкулез. У двух больных с крайне тяжело протекающим злокачественным сифилисом выявлена одновременно ВИЧ-инфекция.

Сведения относительно изменений в течении сифилиса также неоднозначны. Так, некоторые современные авторы отмечают резкое увеличение регистрации свежих активных форм первичного и вторичного свежего сифилиса [9,10]. Наши данные свидетельствуют об обратном: за последние 5 лет значительно возросла выявляемость скрытых форм, составивших к концу 1999 г. 65% от общего числа больных сифилисом (график). Подобных показателей в доступной нам литературе обнаружить не удалось.

Анализ результатов свидетельствует, что одним из условий частой регистрации скрытого сифилиса является активное выявление больных методами серодиагностики среди различного контингента населения, последовательно осуществляемое дерматовенерологической службой по всей республике (табл. 1).

Таблица 1

Выявление больных сифилисом в Армении за 1995–1999 гг. (%)

| Выявление                            | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | В сред. |
|--------------------------------------|------|------|------|------|------|---------|
| Проф. обследования                   | 19.7 | 29.3 | 38.5 | 44.6 | 38.2 | 34.0    |
| Обратились сами                      | 34.0 | 32.2 | 30.4 | 25.6 | 27.8 | 30.0    |
| Как источники и половые контакты б-х | 28.5 | 26.4 | 22.8 | 21.1 | 21.7 | 24.1    |
| В "соматических" стационарах больниц | 12.4 | 8.5  | 3.2  | 3.1  | 5.6  | 6.6     |
| В женских консультациях и роддомах   | 5.3  | 3.6  | 5.1  | 5.6  | 6.7  | 5.3     |

Среди больных, выявленных нами активным путем, в 92% случаев обнаружены скрытые формы сифилиса. Причины, способствующие переходу манифестных форм в скрытые, многочисленны: широкий прием антибиотиков как с целью самолечения, так и по поводу различных интеркуррентных заболеваний; попытки лечения сифилиса не специалистами; несвоевременное распознавание из-за стертости клинических проявлений первичного и особенно вторичного периода заболевания; диагностические ошибки и недочеты, допущенные врачами при лечении, а также своеобразное течение инфекции, именуемое в литературе "длительным бессимптомным". Вероятно и то, что наблюдаемое в последние годы у многих пациентов снижение иммунной реактивности организма, обусловленное изменением клеточного и гуморального иммунитета в условиях хронической стрессовой обстановки, в свою очередь послужило фоном для изменения соотношения клинических форм сифилиса. На протяжении изучаемого периода выявлено также учащение регистрации больных с нейро- и висцеросифилисом, патологией органа зрения



(увеит, ирит, пластический иридоциклит), изменениями со стороны костей и суставов (периоститы, остеопериоститы). Выявлены трое больных с третичным сифилисом с гуммами и бугорковыми высыпаниями. У 32 больных диагностирован врожденный сифилис, в том числе двое в возрасте 11 и 19 лет с поздними проявлениями. Вместе с тем дерматовенерологи республики при проведении клинико-серологического контроля после лечения больных сифилисом отмечают увеличение числа лиц с серорезистентностью более чем в 2 раза. Условия формирования серорезистентного сифилиса различны. Чаще всего это происходит из-за сохранения в организме бледных трепонем, не утративших антигенных свойств в результате проведения неадекватного либо неполноценного лечения, злоупотребления алкоголем, соматической отягощенности больного и др. [11]. По предварительным данным, наряду с указанными факторами, определенную роль в развитии серорезистентности сыграло широкое применение больными новейшего антибиотика — бензатин Г пенициллина (ретарпена и экстенциллина), которые концентрируются в сыворотке крови, что, в свою очередь, может повлиять на отдаленные результаты лечения [12].

Течение гонореи, трихомониаза и ИППП нового поколения также претерпело изменение за последнее десятилетие. Так, соотношение острой и хронической гонореи, равное в 1989г. 1:15, к 1999г. составило 1:4. Увеличилось число женщин, больных хронической, многоочаговой и восходящей гонореей, мужчин с торпидными и подострыми формами гонореи. Стали регистрироваться случаи гонорейного артрита, проктита, а также орофарингеальной гонореи, ранее не наблюдаемые в республике; нередки случаи устойчивости гонококков к антибиотикам, частое возникновение клинических рецидивов гонореи, переход болезни в осложненные формы. Специалистами указывается на снижение эффективности метронидазола при лечении трихомониаза, появление упорно протекающих и трудно поддающихся терапии форм этой болезни. Дерматовенерологи, равно как и акушер-гинекологи и урологи, все чаще регистрируют бессимптомные формы хламидиоза, число больных которым среди лиц репродуктивного возраста из года в год растет. Больше стали выявляться смешанные гонорейно-трихомонадные и гонорейно-хламидийные инфекции, особенно среди проституток, БОМЖей и дугих лиц, входящих в группу риска.

При изучении данных заболеваемости ИППП у 2901 женщины (уличных проституток) за 1995–1999 гг. установлено, что интенсивные показатели (на 100 000 населения) по сифилису среди этого контингента в 80 раз превосходят среднестатистические для общей популяции республики. Еще более выражено превышение интенсивных показателей по гонорее и трихомониазу — соответственно в 150 и 200 раз (табл.2).

Таблица 2

ИППП в сфере сексуальных услуг в Армении (%)

| Годы                  |               | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|-----------------------|---------------|------|------|------|------|------|
| Число обслед.(абсол.) |               | 270  | 448  | 510  | 668  | 681  |
| Здоровые              |               | 44,4 | 41,3 | 46,3 | 43,1 | 62,6 |
| Больные ИППП          |               | 55,6 | 58,7 | 53,7 | 56,9 | 37,4 |
| Диагноз               | Сифилис       | 20,7 | 19,4 | 14,9 | 13,6 | 4,7  |
|                       | Гонорея       | 6,3  | 6,0  | 5,1  | 7,2  | 3,4  |
|                       | Трихомониаз   | 17,0 | 21,7 | 20,0 | 21,4 | 15,6 |
|                       | Другие ИППП * | 11,5 | 11,6 | 13,7 | 14,7 | 13,8 |

\* Хламидиоз, герпес, кондиломы, ВИЧ-инфекция

Беспорядочные коммерческие связи, столь характерные для этого контингента, из года в год все более способствуют эпидемиологическому росту ИППП и ВИЧ/СПИДа. Уже доказано, что наличие ИППП, особенно тех, которые протекают с эрозивно-язвенными проявлениями, в десятки раз повышают риск заражения не только ВИЧ-инфекцией, но и гепатитом В.



Исследований по выявлению гепатитов среди больных ИППП в Армении ранее не проводилось. Между тем, литературные данные свидетельствуют о носительстве и частом обнаружении антител к вирусу гепатита В (25–40%) и С (3–17%) у контингента групп риска, а также о возможности половой передаче гепатитов В и С [13–15]. Имеются также сведения о гетеросексуальной и гомосексуальной передаче вирусов гепатитов А, D, G [16, 17]. При этом авторы отмечают частоту персистенции этих инфекций у контингента групп риска, антигеноносительство и возможность торпидного течения патологического процесса [18].

Нами методом случайной выборки исследована сыворотка крови 103 женщин, доставленных на обследование в Научно-медицинский центр дерматологии и ИППП при проведении дозорного эпиднадзора среди проституток.

Вирус гепатитов А (HAV) и В (HBV) определяли\* при помощи кит-набора Immuno-test. inc. (США), вирус гепатита С (HCV) — при помощи кит-набора Immuno Comb II (Израиль). Одновременно в сыворотке крови определяли антитела к *S. trachomatis* и *S. pneumoniae* при помощи кит-набора Organics (Израиль). В результате проведенных исследований впервые установлено, что поражаемость проституток вирусом гепатита В составляет 31%, гепатитом С — 8,5 %, гепатитом А — 50,4%; хламидиозом, обусловленным *S. trachomatis*, страдало 72% женщин.

Вместе с тем большинство наших больных не предъявляли жалоб, характерных для указанных заболеваний. Более того, не подозревая о наличии у себя той или иной инфекции, они вступали в беспорядочные половые связи, тем самым подвергая опасности здоровье половых партнеров.

Очевидно, что различные факторы внешней среды, нередко приводящие к понижению защитных сил организма, накладывают определенный отпечаток не только на клиническое течение и симптоматику ИППП, но и способствуют появлению атипичных форм заболеваний и изменению их эпидемиологии.

В условиях угрозы распространения сексуально-трансмиссивных болезней возникает необходимость внедрения новых методов диагностики и лечения ИППП, поиска оптимальных форм их предупреждения, дифференциального подхода к вопросам профилактики с целью улучшения контроля за этими инфекциями, а также разработки иной стратегии по ведению больных, их контактов и источников инфекции.

Поступила 12.09.00

**ՄԵՌԱԿԱՆ ԸԱՆԱՊԱՐԿՈՎ ՓՈԽԱՆՑՎՈՂ ԻՆՖԵԿՏԻՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ  
ԵՎ ԸՆԹԱՑՔԻ ԱՌԱՆՉՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ  
ԱՐԴԻ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ**

**Կ.Ռ. Բաբայան**

Վերջին երկու տասնամյակների ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ Հայաստանում սեռական ճանապարհով փոխանցվող ինֆեկցիաների (ՄՃՓԻ) ընթացքը նկատելիորեն փոխվել է: Թաքնված սիֆիլիսի դեպքերի թիվը խիստ գերազանցել է ակտիվ ձևերին 1999-ին հասնելով բոլոր դեպքերի 65%-ի: Տարեկան ՄՃՓԻ-ի նոր դեպքեր են գրանցվել, ինչպիսիք են բլամիդիոզը, վիրուսային վարակները: Առաջին անգամ մարմնավաճառների մի խումբ ենթարկվել է մանրակրկիտ քննությունների, հայտնաբերելու հեպատիտների հաճախականությունը, և պարզվել է, որ ռիսկի խմբին պարկանող անձանց մոտ այլ ՄՃՓԻ-ների հետ մեկտեղ գրանցվել է 31% հեպատիտ В, 8,5% հեպատիտ С, և 50,4% հեպատիտ А: Տարեց տարի ՉԻԱՎԻ դեպքերն ավելանում են:

Մաշկալեւերաբանների, մանկաբարձ-գինեկոլոգների և ուրոլոգների դերը խիստ կարևոր է ՄՃՓԻ-ների արդի ախտորոշման մեջ: Այդ մասնագետների գիտելիքների բարձրացումը կնպաստի ՄՃՓԻ-ների ժամանակին և ճիշտ ախտորոշմանը:

\* Иммуноферментный фрагмент исследования проведен научн. сотр. НИЦ ЕрГМУ, к.б.н. Авакяном С. А.



# SPECIAL TRENDS IN THE MANIFESTATION AND COURSE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN MODERN CONDITIONS

K. Babayan

Research works in the last two decades show that the course of sexually transmitted infections (STI) in Armenia has changed reasonably. Social and economic upheavals have become the major reason for the biomedical shifts of the population's health and incorporated unfavourable corrections in the epidemiology and manifestations of different STI. Along with the increase of syphilis morbidity, registered active cases have sharply decreased; relation of latent forms of syphilis versus active forms have increased and in 1999 reached 65% in all cases of syphilis. Annually new cases of STI have been registered, such as chlamydiosis, viral infections. For the first time a selective number of commercial sex workers were examined for determination of hepatitis prevalence among risk groups, which showed 31% of HBV, 8.5% of HCV and 50.4% of HAV. Year by year cases of HIV/AIDS have been increasing.

The role of dermatovenereologists, obstetricians-gynecologists and urologists is emphasized in STI modern diagnostics, and in upgrading their knowledge to exclude iatrogenic mistakes in diagnosis of STI.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Теохаров Б. А., Титов Н. В., Логинова Э. А. и др. Тез. докл. V Всероссийского съезда дерм. и венерол., Суздаль, 1-3 ноября 1983, Владимир, 1983.
2. Смирнова Т. С., Слободзян Г. В., Гайворонская О. В., Гульцева Н. Д. Матер. XXXII научн. практ. конф. дерматовенерол., акушер-гинекол., урол. С-Пб., 1997, с. 27.
3. Кожные и венерические болезни (руководство для врачей) п/р. Ю. К. Скринкина, 1996г.
4. Даниелян Э. Е., Миракян М. Е., Хачатрян Р. Х. и др. Журн. exper. и клин. мед. АН Арм. ССР, 1978, XIII, 2, с. 97.
5. Аствацатуров К. Р. Сифилис, его клиника и лечение. М., 1971.
6. Бабаян К. Р. Актуальные вопр. теор. и клин. медицины. Ереван, 1981, с. 100.
7. Стручкова Г. В., Зудин Б. Н., Мареева Е. Б. Тез. докл. VIII Всесоюзн. съезда дерматовенерол., ч. II. М., 1985, с. 418.
8. Милич М. В. Эволюция сифилиса. М., 1987.
9. Chlaidze B. P., Shvelidze M. N. 6-th Congr. EADV, 1997, Dublin, Ireland, Abstr. JEADV, 1997, 9 (1), p. 224.
10. Прохоренко В. И., Скибицкий В. А., Родиков М. В., Карачаева Ю. В. ЗППП, 1997, 4, с. 27.
11. Быховцева И. Ю. Мат. XXXII научн.-практ. конф. дерм.-венер., акушер-гинекол., урол., С-Пб., 1997, с. 24.
12. Лосева О. К., Тактамышева Э. Ш., Куприянова Л. В. и др. Вестн. дермат. венерол., 1997, 3, с. 42.
13. Benjelloun S. Res. Virol., 1996, Jul.-Aug., 147 (4): 247.
14. Massari V., Maisson P., Desenclos J. C., Flahault A. Eur. J. Epidemiol., 1998 Dec., 14(8), p. 765-767.
15. Seliborska Z., Dajek Z., Stapinski A. Przegląd Epidemiologii, 1998, 52 (1-2), p. 157.
16. Brook M. G. Sex. Transm. Infect., 1998, Dec., 74(6): 395.
17. Scallan M., Clutterbuck D., Jarvis I. J. Med. Virol., 1998, Jul., 55(3): 203.
18. Белов А. Ф. Сравнительная клинико-лабораторная эпидемиологическая характеристика HBSAg-положительного сывороточного гепатита (гепатита В) и его исходы. Автореф. дисс. канд. Л., 1979.