

**Таблица 1. - Результаты исследований на наличие ДНК вируса папилломы человека 16/18 типа методом ПЦР**

Наименование исследований	2010 г.	Количество положительных результатов	2011 г.	Количество положительных результатов
метод ПЦР на наличие ДНК ВПЧ 16 / 18 типа	10	1	192	19

Представленные данные показывают, что частота выявляемости вируса папилломы человека 16/18 типа у обследованных нами пациентов составляет 10%.

Авторы этих и других аналогичных тест-систем справедливо полагают, что наборы для ПЦР-анализа необходимо использовать при диагностике ПВИ в качестве скрининговых, поскольку с их помощью можно достоверно и в короткие сроки получить результаты для значительных групп обследуемых [1].

Вместе с тем применение ПЦР-анализа приводит к значительной гипердиагностике, поскольку во многих (до 80%) случаях инфицирование вирусами папилломы кратковременное и заканчивается их элиминацией и санацией организма. Другими словами, положительный результат исследования ДНК ВПЧ свидетельствует лишь о наличии инфекции, но не позволяет достоверно прогнозировать развитие цервикального рака.

**Литература:**

1. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. «Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей» г. Санкт – Петербург, 2000год.
2. Дмитриев Г.А. «Лабораторная диагностика бактериальных урогенитальных инфекций» г. Москва, 2007 г.
3. Кубанова А.А. «Комплексная иммунологическая и молекулярная диагностика папилломавирусной инфекции у больных и определение формирования злокачественной трансформации эпителиальных тканей» г. Москва, 2005 г.
4. G. Cros, S. Jablonska, H. Pfister, H. E. Steger «Genital Papillomavirus Infections» 1989
5. Surjanen K. «Human papillomavirus (HPV) infections of the female genital tract and their associations with intraepithelial neoplasia and squamous cell carcinoma».1986

УДК 616.974+616.523-08

**ЖЫНЫСТЫҚ ҰШЫҚТЫҢ ЕМІНДЕ РОНКОЛЕЙКИНДІ ҚОЛДАНУ**

**К.С. Маусунбаев**

**Семей қаласының тері және венералық аурулар диспансері**

**Тұжырым**

*Жыныстық жолмен жұғатын вирустық инфекциялар арасында жыныстық аймақтағы ұшық жиі кездесетін аурудың бірі. Мақалада иммуностимулятор Ронколейкинді жыныстық ұшықта қолдану тәжірибесінің нәтижелері көрсетілген.*

**Резюме**

**ПРИМЕНЕНИЕ РОНКОЛЕЙКИНА В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА**

**К.С. Маусунбаев**

*В статье иммуностимулятор Ронколейкин рекомендуется в качестве высокоэффективного лекарственного средства в лечении генитального герпеса. Препарат не вызывает осложнений и хорошо переносится больными, а так же может быть рекомендован для широкого применения в лечении данной патологии.*

**Summary**

**APPLICATION RONCOLEUKIN TREATMENT OF GENITAL HERPES**

**K.S. Mausunbaev**

*Roncoleikin is described in the article like high effective and safe medical remedy for Herpes genitalis treatment. This remedy doesn't cause any complications and may be recommended for broad using.*

Вирусология саласында жүргізілген зерттеулерге қарамастан, вирустық-ұшық инфекция мәселесі өзектілігін жоғалтқан жоқ, керісінше әр саладағы мамандарды осы мәселені зерттеуге өз үлестерін қосуға итермелейді. Жыныстық жолмен жұғатын аурулар жыл сайын бүкіл әлем бойынша өсуде, оның ішінде соңғы жылдары жыныстық ұшықпен аурушандылықтың өсуі байқалады.

Жыныстық жолмен жұғатын вирустық инфекциялар арасында жыныстық аймақтағы ұшық жиі кездесетін аурудың бірі.

Жыныс аймағындағы ұшық – жыныстық қатынас арқылы жұғатын көп таралған жұқпалы ауру. Соңғы жылдары жыныс аймағындағы ұшықпен сырқаттандың өсу қарқыны байқалуда, әсіресе аурудың симптомсыз және атипиялы түрлері үшін жұқпаның берілуіне бақылау жасау мүмкін болмайды.

Жыныстық ұшық Herpesviridae тұқымдасына жатады. Herpesviridae тұқымдасының 70-тен астам түрі бар, оның ішінде адам ағзасы үшін патогенді болып жай ұшықтың 1 және 2 түрі (ВПГ-1 Және ВПГ-2), желшешек вирусы, белдемелі ұшық, цитомегаловирус (ЦМВ), Эпштейн-Барр вирусы (ВЭБ), адамдағы 6 –түрлі вирус (АҰВ-6), адамдағы 7–түрлі вирус (АҰВ-7), адамдағы 8 –түрлі вирус (АҰВ-8) табылады. Адам ағзасы үшін АҰВ-8 түрі қауып төндіреді. Сондай-ақ қазіргі кезде жыныстық ұшық вирусының бірінші және екінші түрлерінің тұрақты өсуі байқалады.

Ұшықтың қоздырғышы бұл ДНК-сы бар вирус. Ол адамның генетикалық аппаратының жасушасына кіреді де, жұқпаның дамуын қамтамасыз етеді. Вирус ағзаға түскеннен соң және қысқа инкубациялық кезеңнен кейін (2 күннен 10 күнге дейін) жыныс аймағындағы ұшықтың алғашқы кезеңі басталады. Вирус енген

жерде жергілікті қабыну үрдісі салдарынан, яғни баллонирлеуші дегенерация нәтижесінде ішінде мөлдір немесе лайлы сұйықтығы бар кішкентай көпіршіктер – vesiculae пайда болады. Науқас бөртпелер шыққан жерде ауырсынуды және ыңғайсыздық пен қышуды сезінеді. Еркектерде ұшықтық бөртпелері жыныс мүшесі мен жыныс мүшесі басының терісінде, анус және ұма аймағында анықталды. Әйелдерде клиникалық өзгерістер үлкен және кіші жыныс еріндерінің ішкі беттерінде, қынап қабырғасында және жатыр, шап аралық аймағында орналасады.

Жалпы белгілерден дене қызуы көтеріледі, қалтырау, неврологиялық бұзылыстар т.б. белгілер байқалуы мүмкін. 1-2 тәліктен кейін кішкентай көпіршіктер жарылып, олардың орынында эрозия пайда болады да, ешбір емсіз 3-20 күнге дейін өздігінен жазылып кетуі мүмкін.

Экологиялық жағымсыз жағдайлар жыныстық ұшықтың кең таралуына себеп болды. Сондай-ақ өмір сүруде әлеуметтік жағдайдың нашарлауы, жиі суық тиіп науқастану, жиі күйзеліс, медикаментозды препараттарды бақылаусыз қолдану, физикалық күштің шамадан тыс түсуі, басқа жыныстық жолымен жұғатын аурулар тәрізді себептер адамның иммунды жүйесінің әлсіреуіне әкеледі, яғни ол жыныстық жолымен жұғатын аурулардың, оның ішінде жыныстық ұшықтың таралуына әсер етеді. Ауру 50 пайыздан жоғары жағдайда науқастарда психологиялық ыңғайсыздық тудыратын, яғни қайталануды көрсетеді (ол орташа жылына 5-6 реттен көп). Оның ішінде жасырын, созылмалы қайталама ағымдағы ауру жағымсыз жағдайларға әкеледі.

Жыныс ұшығы диагностикасы иммунды ферментті анализ (ИФА) әдісімен жүзеге асады (IgM, IgG HSV1/2 классындағы арнайы антиденелердің деңгейін анықтау). Иммунды ферментті анализ әдісінің 30-дан астам түрі бар. Қабылдаған емнің нәтижесі патологиялық симптомдардың өршуі, қалдық көріністерінің жиілігімен, антиденелер деңгейімен бағаланды.

Барлық ұшық вирусында иммунносупрессивті әсері анық байқалады, иммунитет реакциясының жасушалық (клеткалық) және сұйықтық (гумморалдық) тетіктерінің басым бүліністерімен көрінеді. Вирустар Т-лимфоциттеріне өте үйір болып келеді. Ұшық инфекциясына иммунды жауапты басты жауап қайтаратын (эффектор) жасушалар популяциясы Т-жасуша CD4+ атқарады. Олар макрофагтарды белсендіреді, яғни ол вирустың ағзадан шығарылуын жылдамдатады. ЖҰ-ға жауап ретіндегі негізгі цитокин болып ИФН-γ табылады. Интерферон әсерінен қатардағы жасушалардың қорғаныс механизмы белсендіріледі, вирусты инфекцияға төзімділік қамтамасыз етіледі. ИФН, индикатор өнімі Т-жасушаларының митогендері (лектиндер, оксидантар, антилимфоцитарлы, сары су және иммунаглобулин фрагменттері) спецификалық антигендер және аллоантигендер, көптеген иммуномодуляторлар. ИФН спецификалық антигенді бактерияларға және вирустардың ситезделуіне жауап қайтарады. Сезімталдық инфекцияның жасушасы индукциялық митогенге қарағанда, симмуляциялық антигенді тез синтездейді.

Стимулденген Т-лимфоциттері ИФН (иммунды интерферон) өндіруін көрсетеді. Индуцирленген ИФН синтезінің қабілетімен Т-лимфоцитінің белгілі бір субпопуляциялық түрі бар: CD3+, CD4+, CD8+ және CD11+ жасушалары тек көмекші жасушасының да болуы моноциттер, макрофагтар және В жасушалары.

Барлық мүмкіншілік, ИФН ситезіне тәуелді болып табылған, көмекші жасушасының бар болуы қабілетімен

соңында ИЛ-1 бөліп шығарумен түсіндіріледі. ИФН синтезінің қатысуымен тікелей қабылдайды. Т-лимфоциттері көмекші жасушаларының қатысуымен синтезге қабілетті екені табылған. Көмекші жасуша кызметінің маркері жасушаның мембрананың индекаторда туыстастығы анықталады.

Көптеген авторлардың пікірі бойынша, дәрігердің алгоритм диагностикасы және емі вирустық инфекциясы бар науқасты емдеуде келесі кезеңдерді қамту керек:

- Жалпы және арнайы вирусқа қарсы иммунитет көрсеткіштерін зерттеу арқылы иммунитет бұзылысын анықтау.

- Патогенетикалық иммундық ем иммуномодуляторлардың көмегімен анықталған иммунитет бұзылысын түзету мақсатында.

- Жүргізілген иммундық емнен кейін ем тиімділігін анықтау үшін қайта иммунологиялық тестілеу жүргізу.

Сонымен иммунологиялық критерийлерді (иммундық статустың көрсеткіштерінің қалыпқа келуі) емнің тиімділігін бағалау үшін қолдану қажет.

Қайталамалы ұшықтың өршуінің алдын-алу және емдеу қазіргі кезде этиотропты және иммунотропты әсері бар дәрілерді қолдану болып табылады. Вирустық-ұшық инфекцияның қазіргі кездегі химиотерапиясы вирустың жеке буындарының өнімдерін іріктеу арқылы ғана тежейді, ал микроорганизм жасушасына әсер етпейді. Вирустық ұшық инфекцияның жиі қайталануы патогенетикалық емнің қажеттігін тудырады. Бүгінгі таңда вирусқа қарсы препараттар ағзадан вирустың толықтай жоғалуын қамтамасыз ете алмайды. Бұған ЖҰВ-ның мутациялық үрдіске генетикалық бейімділігі, ДНК полимераза генінің белсенділігі вирустың әр-түрлі штампыларының пайда болуына әкеледі және жүргізілетін емге төзімділіктің жылдам пайда болуымен байланысты. Вирустық инфекцияда тағайындалатын жиынтықтық ем науқастарда емнің клиникалық тиімділігін жоғарылатады. Сондықтан - да жүргізілетін емнің нәтижелігі үшін науқастарға емдеу әдісінде жаңа иммунды жүйені күшейтуге бағытталған заттарды енгізу қажеттілігі туындайды. Созылмалы және қайталамалы вирустық инфекциясы бар науқастардың емінде пациентті жүргізу тактикасына зор көңіл бөлу, науқаспен өзара сенімді психологиялық қатынас тудыру, оптималды дәрілік заттарды және емдеу үлгісін таңдау, кейіннен диспансерлік бақылау жүргізу науқасқа иммунореабилитация және психотерапиялық қолдау көрсету.

Зерттеуге алынған науқастарға жыныстық ұшық диагнозы қойылған. Олар өздерінің қалауы бойынша қатысатыны туралы қолхат қалдырады. Ғылыми тәжірибеге жыныстық ұшықпен науқастанған 30 адам қатысты. Науқастар екі топқа бөлінді: зерттелуші және қалағашушы. Олар 15 науқастан құралады. Екі топтағы кешенді емдеуге вирусқа қарсы препараттар, ауырсынуды басатын, сезімталдықты жоятын және дәруменді препараттарды емдік дозада тағайындады. Зерттелуші топ 15 науқас ронколейкин препаратын комплексті ем құрамында қабылдады және қалған 15 науқас жыныстық комплексті емді ронколейкинсіз қабылдады. Екі топқа бөлу олардың жынысына, жасына, клиникалық диагнозы бойынша тең болып келеді. Жасалған терапия бақылау тобындағы науқастарға жақсы нәтиже берді.

Ұшықтық үрдістің ағымының ауырлығын бағалау асқын жиілігімен ремиссияның ұзақтылығын есепке ала отырып жүргізілді. Иммунологиялық зерттеулер барысында иммунды жүйеде бірқатар реактивті өзгешеліктер байқалды оның өзгешелігі жетілген Т-лимфоциттердің (CD3+) салыстырмалы түрде мөлшері

төмендейді, Т-хелперлер CD3+CD4+, киллер жасушалары (CD3+, CD16+, CD56+) және Т-цитотоксикалық лимфоциттердің (CD3+, CD8+) мөлшері жоғарылады. Бақылау тобындағы аурулардың, айтарлықтай өзгерістері тіркелмейді. Нақты өсуі анықталмаса да, ем қабылдағаннан кейін, жалпы Т-лимфоциттердің (CD3+) оңтайлы өсуі бақыланды. Т-хелперлердің (CD3+, CD4+) мөлшері ем қабылдағаннан кейін көтерілсе де, қалыптағы жағдайдағыдан төменірек болады. Ал құрамындағы цитотоксикалық Т-лимфоциттердің (CD3+, CD8+) жоғарғы мөлшері сақталды. Иммунореттелу индексінде айтарлықтай белгілері білінбеді. Одан басқа, берілген топтағы ауруларда CD19+ лимфоциті мен CD16+ лимфоцитінің төмендеуі тіркелді.

Екі топтағы науқастарда емді жақсы қабылдады, ешқандай кері әсерлері байқалмады. Вирусты инфекция емі аяқталғаннан кейін, орташа 1ай-дан соң, бақылаушы топтағы науқастарда клиникалық жақсару көрсеткіштері оң серрологиялық нәтижемен көрініс берді.

Қанның ВПГ антиденелеріне спецификалық қорытынды зерттеулері көрсетті: негізгі топтың 12 науқасында Ig-M- жоқтығы анықталды, Ig-G классының антиденелерінің титрының төмендеуі 9 науқаста байқалды. Бақылау тобындағы 8-науқаста Ig-M- төмендеуі байқалды. M-классындағы антиденелердің негитивациясы 11науқаста байқалды. 3 науқаста G классының антиденелерінің титры жоғарылады. Зерттелуші топтағы 2 науқаста Ig-G классының антиденелерінің титрының төмендеуі байқалды.

Біз алған мәліметтер бойынша ронколейкин жыныстық ұшыққа қарсы кешенді емде жоғары нәтижелі иммуностимулятор. Препарат асқыну тудырмайды және науқастар жақсы қабылдады және осы патологияда кеңінен қолдануға ұсынуға болады.

#### Әдебиеттер:

1. Борисетов К.К. Генитальный герпес. Бюллетень для врачей и фармацевтов. – 1999; 1(21): 3- 11
2. Beutner K.R., Broun Z.A., Cates W.I. et al. Genital herpes: A Clinicians Guide to Diagnosis and Treatment. JAMA 1997; 40.
3. Гладько О.В. Оптимизация терапии рецидивирующего генитального герпеса// Автореф. Дис.к.м.н. – Санкт – Петербург. 2003 с.22.
4. Кузовкова Т.В. Клинико–иммунологическая характеристика больных генитальным герпесом клинической и субклинической формами. (Вопросы терапии, профилактики рецидивов) // Автореф. дис. к.м.н. – Екатеринбург. 2000 с.22.
5. Наби–Заде К.Т. Генитальный герпес. // Инфекции, передаваемые половым путем. 2002. №5. С.28 – 30.
6. Киселев О.И., Покровский В.В., Юрин О.Г. Практическое руководство. – М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. 2002. С.91.
7. Кубанова А.А. Герпетическая инфекция: особенности течения, диагностика. // Вестник дерматологии. 2000. - №3. С.10 – 16.
8. Чигвинцева Е.А. и др. Лабораторная идентификация различных типов семейства Herpesviridae и алгоритмы диагностического обследования при генитальном герпесе: Пособие для врачей – Екатеринбург. 2005. С.28.

УДК 616.974-07

## ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Н.Е. Аукунов

Государственный медицинский университет города Семей

#### Резюме

Автором был улучшен микроскопический метод диагностики урогенитального хламидиоза, путем добавления 2% ДМСО, позволивший увеличить чувствительность метода до 30%.

#### Түжірім

### ХЛАМИДИЯ ЖҰҚПАЛЫ АУРУЫНЫҢ ЗЕРТХАНАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

Н.Е. Аукунов

Урогенитальды хламидиозды диагностикасында микроскопиялық әдіс 2% косу жольмен ДМСО, сезімталды әдісті 30% жоғарлату мүмкіндігін авторлармен жетілдірді.

#### Summary

### LABORATORY DIAGNOSTICS CHLAMYDIA INFECTIONS

N.E. Aukonov

Author had been improved a microscopic method of diagnostics urogenital chlamydiosis, by addition of 2 % DMSO, allowed to increase sensitivity of a method to 30 %.

Хламидийная инфекция за последнее время приобрела широкое распространение во всем мире. По данным ВОЗ (1) в мире ежегодно регистрируется около 90 млн. новых случаев урогенитального хламидиоза (УХ). В России уровень инфицированности среди дееспособного населения составляет 18,6% (2). Этот показатель значительно повышается при обследовании групп риска в частности, у пациентов кожно-венерологических учреждений, которые встречаются в 25-50% случаев(3), в гинекологии у 23-45% больных (4). В Казахстане выявляемость среди обратившихся в кожно-вен. учреждения составляет 31,6%, среди больных с отягощенным аку-

шерским анамнезом частота выявления УХ составляет - 43,4% (5).

В связи с этим актуален вопрос об совершенствовании скрининговых методов диагностики хламидийной инфекции. Недорогим, простым и быстрым в исполнении является микроскопический метод диагностики УХ, заключающийся в обнаружении в мазках окрашенных по Романовскому-Гимза цитоплазматических включений, образуемых Ch. trachomatis в эпителиальных клетках (6).

Целью настоящего исследования явилось сравнения чувствительности двух микроскопических методов диагностики урогенитального хламидиоза.