

Финляндии, Исландии после внедрения программ цервикального скрининга. Наиболее ярким примером успешного скрининга является Финляндия, где скрининг на РШМ был инициирован в 1960 г. и за последние 45 лет показатели смертности снизились на 80 % [4].

Частота встречаемости ВПЧ высокого онкогенного риска разных генотипов у женщин репродуктивного возраста в Республике Беларусь представлена в таблице 2 [5]:

Таблица 2 — ВПЧ высокого онкогенного риска в Республике Беларусь

Область	ВПЧ-16	ВПЧ-18	ВПЧ-31	ВПЧ-35
Минская	41,2 %	5,9 %	8,8 %	2,9 %
Витебская	38,7 %	neg.	6,25 %	12,5 %
Могилевская	37,3 %	8,47 %	1,69 %	10,17 %
Гомельская	57,79 %	5,95 %	20,2 %	7,14 %
Брестская	58,6 %	3,45 %	17,2 %	neg.
Гродненская	53,6 %	neg.	17,9 %	3,6 %

В исследовании, проводимом в Гомельской области, было выявлено, что из 218 женщин у 210 был диагностирован ВПЧ высоко канцерогенного риска и средне канцерогенного риска, причем у 85 больных раком женщин ВПЧ диагностированы 100 % [6].

В последнее время для профилактики заражения ВПЧ гениталий разработаны вакцины, содержащие вирусоподобные частицы ВПЧ. Несмотря на высокую активность в плане профилактики инфицирования ВПЧ, вакцина не обладает терапевтическим эффектом в случае уже имеющейся инфекции [5].

Выводы

В настоящее время в Республике Беларусь, по сравнению с европейскими странами, отмечается увеличение распространенности ВПЧ-ассоциированных заболеваний аногенитальной области. Главная причина, способствующая данной тенденции — беспорядочные сексуальные контакты. Имеется насущная необходимость в профилактике данных заболеваний путем санитарно-просветительской работы с населением и контроля за выявлением и лечением пациентов с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кубанова, А. А. Результаты деятельности медицинских организаций дерматовенерологического профиля в Российской Федерации за 2012 г. / А. А. Кубанова // Вестник дерм. и венер. — 2013. — № 5. — С. 21–39.
2. Подзолкова, Н. М. Папилломавирусная и герпетическая инфекции в акушерстве и гинекологии: учеб-метод. пособие / Н. М. Подзолкова. — М., 2009. — С. 46.
3. Миченко, А. В. Аногенитальные кондиломы: современные представления о патогенезе и подходы к терапии / А. В. Миченко // Consilium Medicum (прил. Дерматология). — 2010. — № 2. — С. 37–42.
4. Doorbar, J. The papillomaviruses life cycle / J. Doorbar // Clin. Virol. — 2005. — Vol. 32. — P. 57.
5. Роик, Е. Е. Эпидемиологические особенности ВПЧ-инфекции / Е. Е. Роик // Экология человека. — 2015. — № 5. — С. 21–25.
6. Беляковский, В. Н. Папилломавирусная инфекция и рак шейки матки / В. Н. Беляковский, Е. В. Воронаев // Проблемы здоровья и экологии. — 2006. — С. 18–23.

УДК 616.97-055.1

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА УРЕАПЛАЗМОЗА У МУЖЧИН

Скребец Ю. В.

Учреждение здравоохранения

«Брестский областной кожно-венерологический диспансер»

г. Брест, Республика Беларусь

Введение

Микроорганизм *Ureaplasma urealyticum* первоначально входил в группу Т-микоплазм, названных вследствие способности образовывать мелкие (анг. tiny, малень-

кий) колонии, не превышающие в диаметре 10–30 мкм [1]. Данный возбудитель был выделен американским врачом М. С. Shepard, в 1954 г. у больного негонококковым уретритом.

Входными воротами инфекции является слизистая оболочка урогенитального тракта. Поражаются уретра, влагалище и другие органы мочеполовой системы [2]. Уреаплазмоз протекает в двух формах: острой и хронической. Но в современной практике, также наблюдается бессимптомное течение инфекции. Инфекционные агенты могут провоцировать воспалительное поражение любых органов и отделов мочеполовой системы. Мужчины чаще всего сталкиваются с уретритом, простатитом, а женщины — с поражением матки и ее придатков.

Основными методами диагностики уреаплазмоза являются полимеразная цепная реакция (ПЦР), реакция иммунофлюоресценции (определение антигенов путем обработки исследуемого материала антителами к ним), иммуноферментный анализ (выявление в крови иммуноглобулинов к антигенам возбудителя). ПЦР представляет собой метод ферментативной наработки *in vitro* определенных, сравнительно коротких (от нескольких десятков до нескольких тысяч пар нуклеотидов), двуцепочечных фрагментов ДНК. В основе реакции лежит механизм, который в природе реализован при внутриклеточной репликации молекул ДНК ферментом ДНК-полимеразой [3].

Цель

Представление объективной клинической картины уреаплазменной инфекции у мужчин, находящихся на амбулаторном лечении.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе УЗ «Брестский областной кожно-венерологический диспансер» в период декабрь 2017 – февраль 2018 гг. Материалом для исследования служило отделяемое уретры у мужчин. Лабораторное обследование пациентов включало изучение мазков, окрашенных по Граму. Данный метод позволил оценивать количественное содержание лейкоцитов, определять наличие или отсутствие Гр– диплококков, трихомонад, дрожжей и т. д. Диагностика генитальных микоплазменных инфекций *Ureaplasma urealyticum* проводилась методом ПЦР. Подсчет степени контаминации биологического материала не проводился.

В данном исследовании была проведена клиническая оценка 77 пациентов, обратившихся для обследования на инфекции, передающиеся половым путем. В возрасте от 23 до 57 лет (средний возраст — $38 \pm 5,4$ лет)

При анализе амбулаторных карт изучались результаты исследований, у которых уреаплазмоз выступал в качестве «моноинфекции». В исследование не включались пациенты с сопутствующими инфекциями (гонорея, хламидиоз и т. д.).

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования пациенты были распределены на 2 группы: больные уретритом — 28 человек, здоровые — 49 человек. Во всех пациентов была обнаружена инфекция, но в разных клинических проявлениях. У 25 пациентов клиника носила стертый характер, жалоб мужчины не предъявляли, уретрит диагностировался по лейкоцитозу в мазках. Данные пациенты обратились к врачу т. к. у полового партнера была обнаружена — *Ureaplasma urealyticum*. У 2-х пациентов было отмечено подострое течение, и только у одного пациента клинические проявления соответствовали острому уретриту — рези и боли при мочеиспускании, серозно-гнойные выделения, помутнение мочи. В группе здоровых пациентов ни один мужчина не предъявлял какие-либо жалобы, мотивацией для обследования послужили такие причины как, планирование беременности и риск возможного заражения при случайных половых контактах. У 49 человек лейкоцитоз в мазках не отмечался, инфекция была выявлена методом ПЦР-диагностики.

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод, что удельный вес пациентов с торпидным уретритом составил — 32,5 %, подострым — 2,6 % и острым — 1,3 %. У большинства мужчин с уреоплазменной инфекцией (63, 6 %) клинические проявления отсутствовали. *Ureaplasma urealyticum* входит в число эпидемиологически неблагоприятных инфекций, отсутствие лечения может привести к бесплодию, нарушению сперматогенеза, простатиту и другим заболеваниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поздеев, О. К. Медицинская микробиология / О. К. Поздеев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. — С. 429.
2. Зверев, В. В. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология / В. В. Зверев, М. Н. Бойченко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — Т. 2. — С. 254.
3. Ребриков, Д. В. ПЦР в реальном времени / Д. В. Ребриков. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2009. — С. 19.

УДК 616.5-004.1:612.111.1

ИЗМЕНЕНИЯ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Сотникова В. В., Волчек В. С.

Научный руководитель: старший преподаватель Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболеваемость ограниченной склеродермией составляет от 0,24 до 3 случаев на 100 тыс. населения (в том числе 3–4 случая на 1 млн. детей) [1]. В настоящее время заболеваемость ограниченной склеродермией растет. Имеется тенденция к более агрессивному течению [2]. Причинами увеличения числа пациентов, страдающих склеродермией в последние годы, является изменение иммунореактивности организма, обусловленное многочисленными контактом с бытовыми и профессиональными аллергенами, широким и не всегда обоснованным применением антибиотикотерапии, а также, по данным некоторых авторов, несоблюдением норм диспансеризации и сроков лечения заболевания [3]. Ограниченная склеродермия может возникать в любом возрасте, даже у новорожденных, но чаще выявляется в возрасте 30–55 лет. Девочки болеют более чем в 3 раза чаще мальчиков. Женщины в возрасте 40–55 лет составляют большую часть пациентов, больных склеродермией [3–5].

Склеродермия до настоящего времени относится к числу дерматозов, с недостаточно изученными этиологией и патогенезом [6].

До настоящего времени нет специфических серологических параметров, характерных для ОС [1].

Цель

Дать оценку показателям биохимического анализа крови у пациентов, страдающих ограниченной склеродермией.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на основании ретроспективного анализа 50 историй болезни пациентов (соотношение по полу — 5:1 (женщины и мужчины, соответственно), проходивших стационарное обследование и лечение по поводу ограниченной склеродермии в учреждении «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Изучены следующие показатели: возраст, вес, рост, показатели биохимиче-