

Сопутствующие заболевания, такие как хейлит, бронхиальная астма, хронический ринит, были выявлены только в третьей возрастной группе и составили 6,3 % от общего числа пациентов.

Поражения глаз было выявлено всего у 2,7 % пациентов и всего они старше 13 лет.

Показатели: количество эритроцитов, лейкоцитов, скорости оседания эритроцитов (СОЭ) находились у большинства пациентов в пределах нормы. При оценке лейкоцитарной формулы была выявлена эозинофилия в 28 % случаев от общего числа пациентов, при этом в возрастной группе № 1 она составляет 55 %, а в возрастной группе № 2 — 26 %, лимфоцитоз был выявлен в группе № 1 у 48 % пациентов и у 17,75 % в возрастной группе № 2. Также в группе № 2 в 12,5 % случаев наблюдается повышение уровня гемоглобина у мужчин.

В общем анализе мочи слизь определялась у 3,2 % в первой группе и у 26,3 % во второй группы, бактерии в моче выявлялись у 3,2 % пациентов в возрасте до 13 лет и у 13,75 % старшей возрастной группы, лейкоцитоз диагностирован до 10% обследуемых, белок выявлялся у 3,75 % второй возрастной группы, оксалаты выявлялись у пациентов 1 и 2 группы в 6,5 и 3,75 % соответственно. Таким образом, у пациентов в возрасте 13 лет и старше можно более часто заподозрить наличие инфекционной патологии мочеполовых путей.

Выводы

1. Длительность пребывания в стационаре увеличивалась с возрастом пациентов.
2. Наследственно обусловленный АДД составил 36,3 %.
3. Тяжесть протекания возрастала от группы № 1 к группе № 3. Сопутствующие заболевания и поражения глаз были выявлены только в третьей возрастной группе.
4. Наиболее значимые показатели крови были эозинофилия и лимфоцитоз. Оба показателя преобладали у пациентов до 13 лет. Более выражены изменения в общем анализе мочи наблюдаются во второй возрастной группе 13 лет и старше.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Смирнова, Г. И.* Управление течением болезни: атопический дерматит у детей / Г. И. Смирнова // Российский педиатрический журнал. — 2014. — № 17(6). — С. 45–53.
2. *Хаитова, Р. М.* Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей / Р. М. Хаитова // Российский национальный согласительный документ по атопическому дерматиту / под ред. Р. М. Хаитова, А. А. Кубановой. — М., 2002. — С. 191.
3. New insights into atopic dermatitis / D. Y. Leung [et al.] // Clin Invest J. — 2004. — Vol. 113. — P. 651.

УДК 616.988-006.52

ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Селюкова И. В., Юркевич Л. С., Беридзе Р. М.

Научный руководитель: ассистент И. В. Полын

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В современной клинической практике папилломавирусная инфекция, поражающая кожу и слизистую аногенитальной области, является часто встречающейся патологией. Вирус папилломы человека (ВПЧ) распространен повсеместно. По данным Всемирной организации здравоохранения, заболеваемость ВПЧ-инфекцией за последние 10 лет увеличилась более чем в 10 раз [1].

Цель

Изучить клинико-морфологические и патогенетические особенности возникновения ВПЧ-ассоциированных заболеваний аногенитальной области.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования явились публикации, содержащие информацию о распространенности, эпидемиологии, этиологии, факторах риска и клинических проявлениях ВПЧ-ассоциированных заболеваний аногенитальной области.

Результаты исследования и их обсуждение

Поражение ВПЧ слизистых и окружающих их кожных покровов превалирует в группе молодых лиц 15–25 лет, ведущих активную половую жизнь с разными сексуальными партнерами. Поражения возникают, как правило, на коже и слизистых половых органов или в анальной области в местах трения, травматизации и мацерации кожи. Важно помнить, что ВПЧ может передаваться не только половым, но и вертикальным путем, инфицируя ребенка во время родов при прохождении половых путей, и явиться причиной развития рецидивирующего респираторного папилломатоза [2].

ВПЧ является строго эпителиотропным, так как поражает базальный слой эпителия кожи и слизистых оболочек гениталий и других органов (гортань, ротовая полость, глаза и др.), а его жизненный цикл связан с дифференциацией эпителиальных клеток.

В настоящее время идентифицировано более 200 типов ВПЧ, которые приводят к различным клиническим проявлениям в зависимости от локализации поражения и иммунного ответа пациента.

Выделяют следующие клинические типы ВПЧ-инфекции (таблица 1) [3]:

Таблица 1 – Клинико-морфологические типы ВПЧ-инфекции.

Клинические проявления	Типы ВПЧ
Поражения кожи	
Подошвенные бородавки	1, 2, 4
Обычные бородавки	2, 4, 26, 27, 29, 57
Плоские бородавки	3, 10, 28, 49
Бородавки Бютчера	7
Бородавчатая эпидермодисплазия	5, 8, 9, 10, 12, 15, 19, 36
Небородавчатые кожные поражения	37, 38
Поражения слизистых оболочек гениталий	
Остроконечные кондиломы	6, 11, 42–44, 54
Некондиломатозные поражения	6, 11, 16, 18, 30, 31, 33–35, 39, 40, 42, 43, 51, 52, 55, 56, 57–59, 61, 64, 67–70
Карцинома	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 70
Экстрагенитальные поражения слизистых оболочек	
Папиллома гортани	6, 11, 30
Карцинома шеи, языка	2, 6, 11, 16, 18, 30

Распространенность ВПЧ в мире достигает 440 млн случаев, из них 291 млн составляют женщины. Согласно статистике у 510 тыс. из них будет диагностирован рак шейки матки (РШМ). Статистические данные ВПЧ в разных странах колеблются в широких пределах. Например, ежегодно в США регистрируется до 6 млн новых случаев ВПЧ-инфекций. ДНК ВПЧ в Эстонии выявляют у 385 обследованных женщин (n = 845), в Италии — у 45,9 % (n = 654), в Китае — у 10 % (n = 1570). Российские данные значительно отличаются от зарубежных. Исследование, проведенное в Санкт-Петербурге (n = 309) среди клинически здоровых женщин, определило носительство ВПЧ в 29 % случаев.

С целью предотвращения заражения данной инфекцией и минимизации последствий заболевания Европейский Союз рекомендует всем женщинам начинать скрининг в возрасте от 20 до 30 лет и продолжать его до 60–65 лет с 3–5-летним интервалом. Значительное снижение показателей заболеваемости и смертности отмечено в Великобритании,

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-