

стике сифилиса в Україні обумовлена тим, що ряд діагностикумів для проведення РСК не производится в нашій країні, а закупается в Російській Федерації (наприклад, такі, як «Антиген трепонемний ультразвуковий для РСК» і «Сыворотки для діагностики сифилиса контрольні, позитивні, слабопозитивні, негативні», виробитель «Микроген», г. Ставрополь), де в останні роки обсяг обстеження методом РСК різко зменшився, і в перспективі висока ймовірність повного відмови від постановки РСК, а, відповідно, і від виробництва відповідних інгредієнтів для її постановки, що може привести до серйозних проблем в організації серологічної діагностики сифилиса в Україні. Приходиться надіятися тільки на той факт, що Росія згідно вищевказаному наказу поки ще остаточно не «виправдалася» перед 100-літнім Вассерманом, а Україна в часі найближчого часу розуміє і визначиться з тактикою і мониторингом серологічної діагностики сифилиса. Нами у 73 пацієнтів було проведено дослідження сироватки крові методом РПГА (тест-системи ДС-У-РПГА – Анти-Люїс ООО «Діагностическі системи – Україна»), паралельно цим особам проводились серологічні дослідження методами КСР, РИФ і РИТ. У 25 хворих досліджуваної групи (34,2%) за результатами клініко-лабораторного обстеження був діагностований сифіліс (вторичний, ранній або пізній прихований), в 100% випадків у осіб цієї групи результати РПГА були позитивними, а 6 пацієнтів (8,2%) з позитивними результатами РПГА знаходились на клініко-серологічному контролі по приводу перенесеного раніше сифіліса. У 35 пацієнтів

(46,7%), мавших негативні, сумнівні або (реже) слабопозитивні результати РПГА, після углиболеного клініко-лабораторного обстеження діагноз сифіліса був виключений. Разом з тим, в 7 випадках (9,6%) позитивні результати РПГА не корреливали з результатами ряду інших серологічних реакцій і клініко-анамнестическими даними, що стало приводом для подальшого спостереження за цими пацієнтами в динаміці. Таким чином, по нашому мненню, во-первых, використання РПГА в лабораторній діагностиці сифіліса в нашій країні на сучасному етапі є повністю обумованим, а її проведення, яке повинно здійснюватися тільки в лабораторіях спеціалізованих дерматовенерологічних установ, потребує в юридическій регламентації з професійною інтерпретацією отриманих результатів. Во-вторых, нам необхідно на основі доказательної медицини чітко визначити діапазон нетрепонемних тестів, використовуваних для відбору (РМП, ЦИТО-тести) і трепонемних, підтверджуючих тестів (РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ, КСР), який міг би перекликатися з уже існуючими напработками зарубіжних вчених і практиків. В-третьих, лабораторна служба по серодіагностиці сифіліса потребує в розширенні і укріпленні її потенціалу на національному рівні. Це потребує негайного впровадження жорсткої лабораторної системи акредитації, забезпечення якості, включаючи зовнішній контроль якості постановки серотестів, а також чіткої системи управління на державному рівні закупками і поставками сучасного лабораторного обладнання і якісних матеріалів.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА В УКРАИНЕ

Н.А. Счисленок, А.Л. Гутнев

ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМН Украины»

Зберігається напружена епідемієска обстановка захворюємості сифілісом в Україні. В останні роки відзначається зменшення захворюємості сифілісом (всі форми) з 77,1 в 2001 г. до 25,0 на 100 тис. населення в 2008 г. При цьому відбулося перерозподілення його клініческих форм. Відзначається збільшення частоти бессимптомного сифіліса і сифіліса со стертою клініческою картиною. Лідеруючі позиції займає ранній сифіліс, однак відзначається стійкий ріст його

латентних форм (так, в 2001г. латентні форми становили 40%, а в 2008г. вони склали 53,8%). Також відзначається ріст пізніх форм сифіліса за вказаний період і інтенсивний показател (на 100 тис. населення) виріс з 0,4, до 1,0. Все це диктує необхідність удосконалення діагностики цього захворювання. На базі лабораторії серології інститута проведена порівняльна оцінка ефективності різних методів діагностики сифіліса. Нами отримані наступні

результати: чутливість методів складала: РПГА – 99,3%, РИФ – 98,9%, ИФА – 98,9%, МР – 94,8%, РСК – 90,4% позитивних результатів у хворих сифілісом. Специфічність трепонемних тестів була наступною: РПГА – 98,9%,

РИФ – 96,6%, ИФА – 98,3%. З урахуванням сучасних клініко-епідеміологічних особливостей сифіліса і ефективності методів діагностики (РПГА і ИФА) необхідно широке впровадження їх в практику лабораторної служби України.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ КОМБІНОВАНИХ УРАЖЕНЬ СЕЧОСТАТЕВОГО ТРАКТУ У ЖІНОК.

О.Ю. Туркевич, О.О. Сизон, О.Н. Надашкевич, І.Я. Возняк, С.В. Вольбин

Львівський національний медичний університет, м. Львів

Механізми розвитку рецидивів ЗПСШ недостатньо вивчені, хоча, без сумніву, провідна роль належить стану ендокринної та імунної систем, оскільки призначення високоефективних, і, виходячи із сучасних знань, етіотропних препаратів далеко не завжди сприяє вилікуванню макроорганізму від інфекцій. Одним із факторів недостатньої ефективності лікування уrogenітальних інфекцій є, на нашу думку, складність проведення діагностики стану уrogenітального тракту, пов'язаного з можливим поліетіологічним ураженням. Окрім цього, у випадках хронічних інфекцій необхідно враховувати можливість системних уражень та змін зі сторони імунної системи, змін зі сторони ендокринної системи, зокрема рівня естрогенів, які, однозначно, впливають, як на особливості протікання, так і на визначення принципів лікування. Теж значну роль відіграє рН піхви у жінок, оскільки біоценоз піхви та рівень рН суттєво впливає на створення більш чи менш сприятливого середовища для розвитку ЗПСШ. Ми провели обстеження та виділили окрему групу яку склали пацієнтки з вираженим бактеріальним вагінозом та змінами імунного статусу внаслідок вірусних уражень та виявленими у мазках збудниками роду *Trichomonas*, хоча лікарі-цитологи не підтверджували, що дані збудники відносяться до виду *Trichomonas vaginalis*, а схилились до того, що це може бути *Trichomonas tenax* або *Trichomonas hominis*, хоча всі три види мають так званий танк-ефект. Паразитовання останніх двох є більш характерне для інших органів та систем, але на нашу думку, яка базується на досвіді власних спостережень, даних

лікування та даних отриманих з лабораторії, зокрема, заключення цитологів, за певних умов (оральний та анальний статеві контакти, гормональні зсуви у жінок перименопаузального та клімактеричного віку, довго триваючий бактеріальний вагіноз, неспецифічні запальні захворювання сечостатевого тракту) ці збудники можуть паразитувати у статевих органах жінок і, не викликаючи самостійно гострих клінічних розладів, приводять до хронічного бактеріального вагінозу. Всі вони в анамнезі вже лікувались різними середниками, в тому числі і похідними імідазолу. Ми розділили їх на дві групи і призначали в одній генферон по 1 млн. в свічках протягом 10 днів, а в другій Еберон-α (інтерферон-α2b) в ін'єкціях по 3 млн. ОД 10 ін'єкцій через день. Окрім цього всі вони отримували середники для нормалізації біоценозу слизових піхви та ШКТ та рН (гель Intim-Aid 2 рази денно протягом 2-3 місяців). Група пацієнток з генфероном показала 50% успішності з першого разу, а група пацієнток з Ебероном-α – 99 %. Очевидно, що при лікуванні більших кількостей пацієнтів результативність буде дещо нижча, але однозначно використання Еберону-α у схемах лікування хронічного трихомоніазу та баквагінозу у пацієнток із вірусними навантаженнями є доцільним і високоефективним. Після проведеного лікування та контролю абсолютна більшість пацієнток видужала, але слід враховувати, що не забравши першопричину проблеми (скажімо у пацієнток із клімактеричними змінами це призначення ГЗТ), ми не можемо бути забезпеченими від повторних проявів захворювання.