

НАТАМИЦИН В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА, АССОЦИИРОВАННОГО С КАНДИДОЗОМ КИШЕЧНИКА

Обсуждаются результаты терапии натамицином 50 пациенток с сочетанием хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (ХРВБК) и кандидозного дисбиоза кишечника (КДК), а также анализируются особенности клинических проявлений ХРВБК, протекающего на фоне КДК, видовой состав и чувствительность культур грибов рода *Candida*, выделенных из влагалища и кишечника, к различным антимикотикам.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз, кандидозный дисбиоз кишечника, грибы рода *Candida*, натамицин.

I.O. MALOVA, Yu.A. KUZNETSOVA

Irkutsk State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Irkutsk

NATAMYCIN IN THE TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT VULVOVAGINAL CANDIDIASIS ASSOCIATED WITH INTESTINAL CANDIDIASIS

This article discusses the natamycin therapy outcomes in 50 patients with a combination of chronic recurrent vulvovaginal candidiasis (CRVC) and intestinal candidiasis dysbiosis (ICD) and analyses the features of the clinical manifestations of CRVC against the background of the ICD, the species composition and sensitivity patterns of *Candida* cultures isolated from women with vaginal and intestinal discharge to various antimycotics.

Keywords: chronic recurrent vulvovaginal candidiasis, intestinal candidiasis dysbiosis, fungi of the genus *Candida*, natamycin.

ВВЕДЕНИЕ

Частота встречаемости хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (ХРВБК), по данным различных авторов, составляет от 5 до 20% [1, 2]. Актуальность проблемы ХРВБК очевидна и связана с частым рецидивированием воспалительного процесса в области наружных половых органов (не менее 4 раз в год), развитием множественных осложнений, формированием устойчивости грибов рода *Candida* к антимикотическим препаратам. Кроме того, хроническое рецидивирующее течение ВБК нередко осложняет течение беременности и родов, а также приводит к развитию кандидозной инфекции у новорожденного и развитию восходящей инфекции мочеполового тракта у матери [3]. Формированию хронического рецидивирующего течения ВБК способствует множество различных факторов: эндокринопатии (сахарный диабет, гипопункция щитовидной железы), длительный бесконтрольный прием антибактериальных препаратов широкого спектра действия, иммунодепрессантов, оральных контрацептивов, ВИЧ-инфекция, использование внутриматочных спиралей, частые спринцевания, ношение тесного синтетического белья и использование прокладок на каждый день, беременность [3–5]. Как правило, ХРВБК развивается при сочетании нескольких перечисленных факторов. Согласно одной из патогенетических гипотез, рецидивированию ВБК может способствовать наличие грибов рода *Candida*

в кишечнике [1, 6]. Однако в отечественной и зарубежной литературе вопросы сочетанного кандидозного поражения влагалища и кишечника освещены недостаточно полно. Между тем практика показывает, что среди пациенток гинекологических и венерологических приемов довольно часто встречаются те, кто отмечает наличие у них одновременно как кандидоза влагалища, так и кандидоза кишечника. Эта часто встречающаяся комбинированная патология ставит перед практическими врачами закономерный вопрос о тактике ведения пациенток такой категории.

Целью нашего исследования явился анализ клинических особенностей указанной сочетанной патологии, видового состава и чувствительности грибов рода *Candida*, выделенных из влагалища и кишечника, к антимикотикам, а также анализ результатов терапии пациенток с сочетанием ХРВБК и КДК полиеновым антибиотиком-антимикотиком натамицином.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование проводилось на базе Центра урогенитальных инфекций ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ с соблюдением требований Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации по биомедицинским технологиям, рассмотрено и одобрено Этическим комитетом ГБОУ ВПО ИГМУ МЗ РФ 24.12.2012. Получены доброволь-

ные информационные согласия пациенток на проведение обследования и лечения. В исследования не включались беременные, пациентки с другими урогенитальными инфекциями, ВИЧ-инфицированные, пациентки, получающие иммунотерапию, женщины с тяжелой соматической патологией.

Под нашим наблюдением находилось 50 женщин репродуктивного возраста, у которых был диагностирован ХРБВК (с частотой рецидивов 4 и более в год) в сочетании с КДК. Возраст женщин составил от 16 до 50 лет, основной возрастной группой были пациентки от 20 до 40 лет – 47 пациенток (средний возраст составил $30,5 \pm 3,5$ года). Все женщины были осмотрены в период обострения заболевания. При сборе анамнеза учитывали жалобы пациенток как со стороны мочеполовой системы, так и со стороны кишечника.

Материал для лабораторного исследования забирали из задне-бокового свода влагалища. Кроме того, у каждой пациентки для лабораторного исследования собирали кал. Культуру грибов получали методом посева на среду Сабуро (производство Россия, г. Оболенск), вид грибов идентифицировали с помощью хромогенных сред HiMedia (Индия), антимикотическую чувствительность определяли диско-диффузионным методом к шести препаратам: нистатину, клотримазолу, флуконазолу, амфотерицину, итраконазолу, кетоконазолу. Определение минимальной концентрации препарата, ингибирующей рост грибов рода *Candida spp.*, проводили в отношении двух антимикотиков-макролидов: натамицина и нистатина методом серийных разведений в плотных питательных средах согласно Методическим указаниям «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам» [7, 8].

Диагноз кандидозного дисбиоза кишечника на основании анамнеза, клинических данных и культурального исследования кала каждой пациентке устанавливал гастроэнтеролог.

При лечении острого ВВК натамицин рекомендован в вагинальных суппозиториях по 100 мг 1 раз в сутки, курс – 6 дней, при лечении рецидива ХРБВК – курс от 6 до 12 дней. При поддерживающей терапии ХРБВК натамицин рекомендован по схеме: вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в неделю в течение не менее 6 месяцев

Для купирования рецидива ХРБВК у пациенток использовали натамицин в форме вагинальных свечей по 100 мг (1 свеча) 1 раз в день в течение 6 дней. Одновременно для лечения КДК назначали натамицин в кишечнорастворимых таблетках по 100 мг (1 таблетка) 4 раза в день *per os* в течение 10 дней. Затем для восстановления кишечной микробиоты назначали препараты лакто- и бифидобактерий перорально не менее месяца.

После окончания лечения по поводу рецидива ХРБВК начинали курс поддерживающей терапии, который продолжался 6 месяцев. Необходимо уточнить, что большая

часть пациенток (49–98%) указала на обострение ХРБВК за 1–3 дня до начала менструации, в связи с чем натамицин для поддерживающей терапии назначали в форме вагинальных свечей по 100 мг 1 р/сут в течение 3 дней перед ожидаемой менструацией ежемесячно.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ клинических проявлений ХРБВК, протекающего в сочетании с КДК, в момент рецидива заболевания показал, что у большинства пациенток имелись застойная гиперемия наружных половых органов, умеренная или выраженная инфильтрация, множественные трещины в области наружных половых органов, экскориации. На стенках влагалища определялся налет кремовой консистенции. Воспаление сопровождалось умеренным зудом и жжением. Следовательно, особенностью рецидива ХРБВК на фоне КДК является отсутствие выраженного островоспалительного компонента.

Обращали на себя внимание жалобы пациенток со стороны желудочно-кишечного тракта: снижение аппетита – у 16 (32%), наличие флатуленции (повышенного газообразования) – у 37 (74%), абдоминального дискомфорта, метеоризма – у 34 (68%), частых запоров от 2 до 5 дней – у 24 (48%), напротив, наличие кашицеобразного стула до 2–3 раз в сутки – у 26 (52%). Ни у одной из пациенток не было нормального оформленного ежедневного стула.

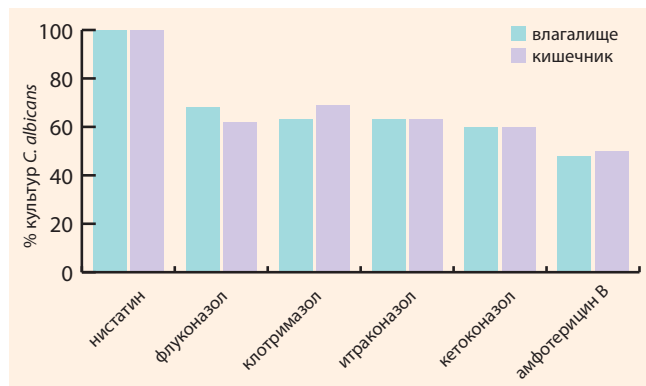
Несомненно, сбор анамнеза у пациенток с ХРБВК относительно состояния ЖКТ может дать основание практикующему врачу заподозрить соответствующую патологию и целенаправленно планировать обследование и дальнейшее рациональное лечение.

При культуральном исследовании из влагалища женщин были выделены: *C. albicans* – у 38 пациенток (у 76%), *C. krusei* – у 10 (у 20%), *C. glabrata* – у 2 (у 10%). Из кишечника были выделены: *C. albicans* – у 35 (70%), *C. krusei* – у 11 (22%), *C. glabrata* – у 3 (6%), *C. tropicalis* – у 1 (2%). При этом у 43 (86%) женщин культуры грибов, выделенные из влагалища и кишечника, были идентичны: *C. albicans* – у 33 (66%) пациенток, *C. krusei* – у 8 (16%), *C. glabrata* – у 2 (4%).

Исследование диско-диффузионным методом чувствительности к антимикотикам культур *Candida spp.*, выделенных у пациенток из влагалища, показало, что 100% культур *C. albicans* были чувствительны к нистатину, 68,4% – к флуконазолу, 65,8% – к клотримазолу и итраконазолу, 60,5% – к кетоконазолу, 47,4% – к амфотерицину В. Чувствительность к антимикотикам культур *Candida spp.*, выделенных у пациенток из кишечника, оказалась практически идентичной: 100% культур *C. albicans* были чувствительны к нистатину, 68,6% – к клотримазолу, 65,7% – к итраконазолу, 62,9% – к флуконазолу, 60% – к кетоконазолу, 48,6% – к амфотерицину (рис. 1).

Все 10 культур *C. krusei*, выделенные из влагалища, были чувствительны к нистатину и резистентны к флуконазолу. 7 культур *C. krusei* были чувствительны к клотримазолу, 5 – к кетоконазолу, 4 – к итраконазолу, 2 – к амфотерицину В. Одна культура *C. glabrata* была резистентна к флуконазолу, вторая – к флуконазолу, клотримазолу и

Рисунок 1. Чувствительность культур *C. albicans*, выделенных из влагалища и кишечника, к антимикотикам (диско-диффузионный метод)



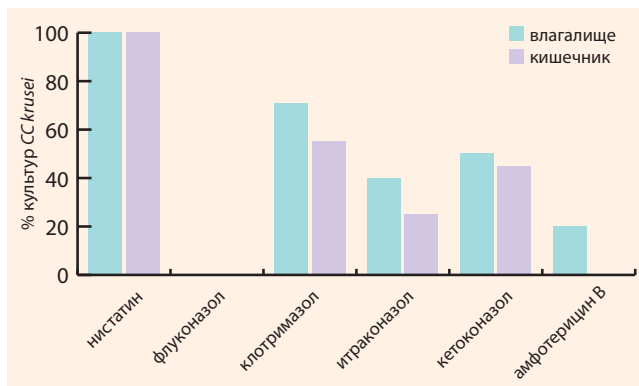
амфотерицину В (рис. 2). 11 культур *C. krusei*, выделенных из кишечника у пациенток 1 группы, были чувствительны к нистатину и резистентны к флуконазолу, 6 культур были чувствительны к клотримазолу, 3 – к итраконазолу, 5 – к кетоконазолу (рис. 2).

Культура *C. tropicalis* была чувствительна к нистатину, клотримазолу, кетоконазолу. Одна культура *C. glabrata* была резистентна к флуконазолу и кетоконазолу, вторая – к флуконазолу, кетоконазолу, клотримазолу, третья – флуконазолу, кетоконазолу, амфотерицину В.

Анализ данных, приведенных на рисунках 1 и 2, дает основание утверждать, что чувствительность грибов *Candida* – как *C. albicans*, так и *C. non-albicans*, выделенных из двух локусов – влагалища и кишечника, практически одинакова, что дает возможность практическому врачу назначать при необходимости для санации обоих локусов один противогрибковый препарат.

Согласно результатам наших исследований все культуры грибов *Candida spp.*, выделенных от женщин с ХРВБК из двух локусов диско-диффузионным методом, обладали наиболее высокой чувствительностью к антибиотику полиенового ряда – нистатину, не входящему в настоящее время в Федеральные рекомендации по лечению кандидоза вульвы и вагины. Однако сегодня в нашем арсенале есть еще один препарат полиенового ряда – натамицин, который, согласно совместным Федеральным рекомендациям РОДВК и РОАГ – 2015–2016, рекомендован для лечения ВБК. Натамицин продуцируется *Streptomyces natalensis*. Механизм его действия заключается в связывании стеролов клеточных мембран гриба, нарушении их целостности и, соответственно, функции, что в конечном итоге приводит к гибели микроорганизмов, то есть препарат оказывает фунгицидное действие. Натамицин не всасывается из ЖКТ и не подвергается системной абсорбции при нанесении на кожу и слизистые оболочки. С одной стороны, эти свойства натамицина позволяют его назначать интравагинально беременным с первого триместра, с другой – применять его перорально с целью санации кишечника при наличии в нем грибов рода *Candida*. К натамицину чувствительно большинство дрожжеподобных грибов, и до сих пор не

Рисунок 2. Чувствительность культур *C. krusei*, выделенных из влагалища и кишечника, к антимикотикам (диско-диффузионный метод)



наблюдалось резистентности к препарату в клинической практике; показана высокая лабораторная и клиническая эффективность натамицина в лечении острого и хронического ВБК, а также при лечении беременных [9–12].

При лечении острого ВБК натамицин рекомендован в вагинальных суппозиториях по 100 мг 1 раз в сутки, курс – 6 дней, при лечении рецидива ХРВБК – курс от 6 до 12 дней. При поддерживающей терапии ХРВБК натамицин рекомендован по схеме: вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в неделю в течение не менее 6 месяцев.

Натамицин также является в настоящее время препаратом выбора для лечения КДК: резистентность грибов *Candida* к нему не установлена, препарат работает только в просвете кишечника и не угнетает нормобиоту [13]. Для лечения КДК натамицин рекомендован перорально по 100 мг (1 кишечнорастворимая таблетка) 4 раза в день в течение 10 дней.

Наши микробиологические исследования показали наиболее высокую чувствительность грибов рода *Candida* (*albicans* и *non-albicans*) к натамицину, что послужило основанием для назначения этого препарата одновременно как для лечения рецидива ХРВБК (интравагинально), так и для устранения кандидозного дисбиоза кишечника (перорально)

Мы провели у наших пациенток сравнительный анализ минимальных концентраций нистатина и натамицина, ингибирующих рост грибов *Candida* (табл. 1, 2), и установили, что большинство культур *Candida spp.*, выделенных из влагалища (65%) и кишечника (80%), наиболее чувствительны к низким концентрациям натамицина и 94%, соответственно, – к высоким концентрациям нистатина. Результаты нашего исследования продемонстрировали неоспоримое преимущество натамицина – значительно более высокую активность по отношению к грибам как *Candida albicans*, так и *Candida non albicans*.

Анализ результатов лечения пациенток с сочетанием ХРВБК и КДК показал, что после курса терапии рецидива

ХРВБК (натамицин вагинально и перорально) клиническое выздоровление со стороны мочевого тракта наступило у всех (100%) пациенток: прекратились зуд и жжение, кожа и слизистые побледнели, исчезли трещины и эрозии. Сохранялась лишь инфильтрация в области вульвы как проявление хронического процесса вне рецидива. Культуральное исследование проводилось через 10 дней после окончания терапии. По его результатам у 86% пациенток рост грибов во влагалище отсутствовал, у 24% женщин титр грибов рода *Candida* из влагалища составил 10^1 – 10^2 КОЕ/мл. По результатам культурального исследования материала из кишечника роста грибов не было у 100% пациенток. Побочных явлений при лечении натамицином интравагинально и перорально не выявлено.

Через 6 месяцев после курса поддерживающей терапии натамицином интравагинально у 49 пациенток рецидива ХРВБК не установлено. Только у одной пациентки развился рецидив ХРВБК после 5-го месяца лечения, что было обусловлено несоблюдением режима введения препарата. В общем, эффективность поддерживающей терапии натамицином составила 98%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при сочетанном кандидозном поражении влагалища и кишечника у 50 женщин с ХРВБК в микробиоте обоих локусов преобладали грибы *C. albicans*, соответственно, 76% – во влагалище, 70% – в кишечнике, на долю видов *C. non-albicans* приходилось:

во влагалище – 24%, в кишечнике – 30%. У 86% пациенток культуры грибов рода *Candida*, выделенные из влагалища и кишечника, были идентичны.

По нашему мнению, при сборе анамнеза врач практической медицины должен детализировать возможные изменения у пациентки с ХРВБК со стороны кишечника. Полученные данные могут значительно облегчить патогенетическую диагностику, а следовательно, и оптимизировать подход к лечению рецидива ХРВБК.

Наши микробиологические исследования показали наиболее высокую чувствительность грибов рода *Candida* (*albicans* и *non-albicans*) к натамицину, что послужило основанием для назначения этого препарата одновременно как для лечения рецидива ХРВБК (интравагинально), так и для устранения кандидозного дисбиоза кишечника (перорально), а также для поддерживающей 6-месячной интравагинальной терапии ХРВБК. Клиническая и микробиологическая эффективность такого комплексного подхода к лечению женщин с ХРВБК в сочетании с КДК составила: после основного курса терапии – 100%, после поддерживающего курса терапии – 98%. Проведенная и проанализированная нами комплексная терапия пациенток с ХРВБК в сочетании с КДК различными лекарственными формами натамицина, подтвержденная результатами микробиологических и клинических исследований, может быть рекомендована для применения в практике дерматовенеролога и акушера-гинеколога.



Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

Таблица 1. Минимальная концентрация нистатина и натамицина, ингибирующая рост грибов рода *Candida* spp., выделенных из влагалища женщин с сочетанием ХРВБК и КДК

Культуры <i>Candida</i> spp. (количество культур)	Разведение препарата (мг/мл)											
	1 разв.		2 разв.		3 разв.		4 разв.		5 разв.		6 разв.	
	нис.	нат.	нис.	нат.	нис.	нат.	нис.	нат.	нис.	нат.	нис.	нат.
<i>C. albicans</i> (38)	22	-	13	-	1	6	2	16	1	14	-	2
<i>C. krusei</i> (10)	10	-	-	-	-	5	-	3	-	1	-	1
<i>C. glabrata</i> (2)	1	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-

Таблица 2. Минимальная концентрация нистатина и натамицина, ингибирующая рост грибов рода *Candida* spp., выделенных из кишечника женщин с сочетанием ХРВБК и КДК

Культуры <i>Candida</i> spp. (количество культур)	Разведение препарата (мг/мл)											
	1 разв.		2 разв.		3 разв.		4 разв.		5 разв.		6 разв.	
	нис.	нат.	нис.	нат.	нис.	нат.	нис.	нат.	нис.	нат.	нис.	нат.
<i>C. albicans</i> (35)	23	-	9	-	1	8	2	18	-	8	-	1
<i>C. krusei</i> (11)	9	-	2	-	-	6	-	5	-	-	-	-
<i>C. glabrata</i> (3)	1	-	2	-	-	1	-	2	-	-	-	-
<i>C. tropicalis</i> (1)	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-

ЛИТЕРАТУРА

1. Гомберг М.А., Соловьев А.М., Любопытова Д.А. Урогенитальный кандидоз: этиопатогенез, диагностика и лечение. *Медицинский совет*, 2008, 7-8: 19-25. /Gomberg MA, Soloviev AM, Lyubopytova DA. Urogenital candidiasis: etiopathogenesis, diagnosis and treatment. *Meditsinsky Sovet*, 2008, 7-8: 19-25.
2. Мальбахова Е.Т., Арзуманян В.Г., Комиссарова Л.М. Натамицин и препараты азолового ряда: клиническая и лабораторная эффективность при вульвовагинальном кандидозе у небеременных. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*, 2012, 11(3): 11-17. /Malbakhova ET, Arzumanyan VG, Komissarova LM. Natamycin and azole agents: clinical and laboratory efficacy in vulvovaginal candidiasis in non-pregnant patients. *Voprosy Ginekologii, Akusherstva i Perinatologii*, 2012, 11 (3): 11-17.
3. Куперт А.Ф. Кандидозный вульвовагинит и беременность. Иркутск, 2008, 144. /Kupert AF. Candidiasis vulvovaginitis and pregnancy. Irkutsk, 2008, 144.
4. Буслаева Г.Н. Клиническая картина и лечение кандидоза кожи у новорожденных и детей раннего возраста. *Клиническая дерматология и венерология*, 2008, 3: 21-25. /Buslaeva GN. Clinical picture and treatment of skin candidiasis in newborns and young children. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*, 2008, 3: 21-25.
5. Прилепская В.Н. Вульвовагинальный кандидоз: принципы диагностики и лечения (в помощь практикующему врачу). *Фарматека*, 2010, 14: 25-30. /Priepetskaya VN. Vulvovaginal candidiasis: the principles of diagnosis and treatment (in aid of the practitioner). *Pharmateka*, 2010, 14: 25-30.
6. Тютюнник В.П., Карапетян Т.Э., Балушкина А.А. Современные принципы диагностики и терапии вульвовагинального кандидоза. *РМЖ*, 2010, 8(19): 1186-1190. /Tyutyunnik VP, Karapetyan TE, Balushkina AA. Modern principles of diagnosis and therapy of vulvovaginal candidiasis. *RMJ*, 2010, 8 (19): 1186-1190.
7. Кузнецова Ю.А., Костыро Я.А., Малова И.О., Карноухова О.Г., Коган Г.Ю. Способ подготовки мягких лекарственных форм, содержащих натамицин и нистатин, для определения их противогрибкового действия. *Вестник Иркутского государственного технического университета*, 2013, 11: 244-249. /Kuznetsova YuA, Kostyro YA, Malova IO, Karnoukhova OG, Kogan GYu. A method for preparing soft dosage forms containing natamycin and nystatin to determine their antifungal activity. *Vestnik Irkutskogo Gosudarstvennogo Tekhnicheskogo Universiteta*, 2013, 11: 244-249.
8. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам: Методические указания Роспотребнадзора. МУК 4.2.1890-04. /Determining the antibiotic sensitivity of microorganisms: Methodological guidelines of Rosпотребнадзор. MUK 4.2.1890-04.
9. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016. 768 с. /Federal clinical guidelines. Dermatovenereology 2015: Diseases of the skin. Sexually Transmitted Infections. 5th ed., updated and revised. M.: Delovoi Express, 2016. 768 p.
10. Мальбахова Е.Т. Вульвовагинальный кандидоз: видовое разнообразие и чувствительность к противогрибковым препаратам. *Акушерство и гинекология*, 2009, 4: 3-7. /Malbakhova ET. Vulvovaginal candidiasis: species diversity and sensitivity to antifungal agents. *Akusherstvo i Ginekologiya*, 2009, 4: 3-7.
11. Мальбахова Е.Т., Арзуманян В.Г., Комиссарова Л.М., Баев О.Р. Натамицин и препараты азолового ряда: клиническая и лабораторная эффективность при вульвовагинальном кандидозе у небеременных. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*, 2012, 11(3): 15-21. /Malbakhova ET, Arzumanyan VG, Komissarova LM, Baev OR. Natamycin and azole agents: clinical and laboratory efficacy in vulvovaginal candidiasis in non-pregnant patients. *Voprosy Ginekologii, Akusherstva i Perinatologii*, 2012, 11 (3): 15-21.
12. Малова И.О., Петрунин Д.Д. Натамицин – противогрибковое средство класса полиеновых макролидов с необычными свойствами. *Вестник дерматологии и венерологии*, 2015, 3: 161-184. /Malova IO, Petrunin DD. Natamycin: antimycotic of polyene macrolides class with unusual properties. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*, 2015, 3: 161-184.
13. Авалуева Е.Б., Шевяков М.А., Успенский Ю.П., Нилова Л.Ю., Жигалова Т.Н., Суворова М.А., Матвеева Н.В. Кандидозный дисбиоз у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и адгезивные свойства *Candida* spp. *Проблемы медицинской микологии*, 2010, 12(1): 10-14. /Avalueva EB, Shevyakov MA, Uspensky YuP, Nilova LYu, Zhigalova TN, Suvorova MA, Matveeva NV. Candidiasis dysbiosis in patients with inflammatory bowel diseases and adhesive properties of *Candida* spp. *Problemy Meditsinskoy Mikologii*, 2010, 12 (1): 10-14.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Малова Ирина Олеговна – д.м.н., профессор, кафедра дерматовенерологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Иркутск

Кузнецова Юлия Александровна – к.м.н., врач дерматовенеролог Иркутского диагностического центра

В РОССИИ ПРИНЯТЫ НОВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ТЕРАПИИ ВИЧ

Россия перешла на новые актуализированные клинические рекомендации для терапии пациентов с ВИЧ антиретровирусными (АРВ) препаратами. Минздрав планирует увеличить охват пациентов с ВИЧ антиретровирусной терапией до 75% к 2019 году, а к 2020 году показатель должен достичь 90%. Новый подход к лечению ВИЧ теперь отражен в клинических рекомендациях. Финансирование в РФ программ против ВИЧ выросло на 32% за четыре года, и сейчас составляет 24 млрд рублей. В эти программы включены скрининг, раннее выявление, охват АРВ-терапией пациентов с ВИЧ, профилактика вертикальной передачи от матери к ребенку.

МИНЗДРАВ ХОЧЕТ РАЗРЕШИТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ЛЕЧИТЬСЯ ПО МЕСТУ ПРЕБЫВАНИЯ

Для решения проблемы пациентов с ВИЧ, которым отказывают в медпомощи из-за отсутствия постоянной регистрации, Минздрав предлагает законодательно закрепить положение об учете при формировании территориальной программы бесплатного оказания медпомощи граждан, зарегистрированных не только по месту жительства, но и по месту пребывания.

В Минздраве сообщили, что «представили в правительство РФ предложения по совершенствованию законодательства в целях обеспечения оказания медпомощи гражданам, не имеющим регистрации по месту пребывания». Эти предложения предусматривают единые правила реализации госгарантий по лекарственному обеспечению антиретровирусными препаратами лиц, инфицированных ВИЧ. В Минздраве также пояснили, что речь идет «о законодательном закреплении положений о том, чтобы при формировании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи субъектами РФ учитывались граждане, не только зарегистрированные по месту жительства, но и также зарегистрированные по месту пребывания».

