



Роль препарата Виферон® в терапии простого герпеса

Д.В. ИГНАТЬЕВ

Показана клиническая эффективность различных лекарственных форм препарата Виферон® в терапии герпетической болезни, в том числе у беременных.

Введение

Одной из наиболее актуальных проблем современной клинической медицины являются инфекционные заболевания, в том числе вызываемые вирусами. Особое место среди них занимает простой герпес (ПГ). За последние десятилетия отношение к этому заболеванию существенно изменилось, и в настоящее время его не рассматривают как исключительно дерматологическую проблему. Общеизвестно, что вирус простого герпеса (ВПГ) может поражать различные органы, доказано его значение в канцерогенезе, вторичном бесплодии. Все чаще появляются сообщения о роли вируса в патологии печени, головного мозга, предстательной железы, других органов и систем. Это позволяет говорить о герпетической болезни (ГБ), подчеркивая тем самым системный характер проявлений, вызываемых ВПГ.

Результаты многочисленных исследований показывают, что 65–90% взрослого и детского населения земного шара являются

вирусоносителями, однако не все из них имеют клинические проявления инфекции. Обычно ребенок получает антитела к ВПГ трансплацентарным путем от матери, титр антител значительно снижается к концу 1-го года жизни, а к 3-му году они полностью выводятся из организма, поэтому при контакте с вирусом происходит первичное инфицирование. У 80–90% людей заражение протекает бессимптомно, но в ряде случаев развивается первичный герпес – острое заболевание, возникающее при первом контакте с ВПГ на фоне отсутствия специфических антител к данному вирусу. Первичный герпес редко развивается у взрослых людей.

После исчезновения клинических проявлений первичного герпеса, а также при бессимптомном течении инфекция переходит в латентную форму, когда вирус находится в неактивном состоянии в нервных ганглиях. Несмотря на выработку антител к ВПГ, при воздействии факторов, снижающих иммунитет, возникают рецидивы

заболевания с различной частотой – периоды между рецидивами могут составлять от нескольких дней до нескольких месяцев и даже лет. Таким образом, частота и продолжительность рецидивов простого герпеса зависят от состояния иммунитета пациента.

В начале 1960-х гг. в терапии рецидивов простого герпеса стали наружно применять препараты человеческого лейкоцитарного интерферона (ИФН). Первые клинические опыты аппликаций человеческого лейкоцитарного интерферона в офтальмологии, а затем в дерматологии убедительно показали значительное сокращение длительности обострения вирусного процесса, что послужило толчком для изучения патогенеза заболевания и в последующем формирования иммунного направления терапии и вторичной профилактики манифестаций герпесвирусной инфекции. Однако высокая стоимость человеческого лейкоцитарного ИФН ограничивала его практическое использование. Ситуация изменилась после синтеза рекомбинантных генно-инженерных ИФН, и сегодня препараты этой группы достаточно широко применяются как парентерально, так и наружно.

Наиболее эффективными средствами для местной терапии оказались рекомбинантные



альфа-2-ИФН. По-видимому, это обусловлено тем, что именно альфа-2-ИФН играют более важную роль в санации острой вирусной инфекции, которой является рецидив ПГ.

В настоящее время среди данной группы препаратов особо стоит выделить Виферон®, который наряду с парентеральной формой в виде ректальных суппозитория имеет две наружные – мазь и гель. Виферон® нашел применение в самых разных областях медицины: лечении инфекционных болезней, акушерстве и гинекологии, педиатрии и неонатологии, хирургии, гастроэнтерологии, аллергологии, дерматовенерологии [1–5].

В лечении кожных и венерических заболеваний препарат продемонстрировал высокую терапевтическую эффективность при патологиях, вызванных папилломавирусной инфекцией, вирусами семейства герпеса, инфекциями, передающимися половым путем, такими как хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз; в педиатрии – при герпетической экземе и даже атопическом дерматите. Виферон® (как в виде суппозитория, так и в форме геля) показал превосходные результаты в комплексной терапии заболеваний, ассоциированных с вирусами семейства герпеса.

Эффективность мази и геля Виферон® в терапии простого герпеса

Существуют данные исследований клинической эффективности мази и геля Виферон®, проведенных на кафедре кожных и венерических болезней лечебного факультета профессором А.А. Халдиным и доцентом М.А. Самгиным.

Назначение мази Виферон® на ранних сроках рецидива простого герпеса позволяет достигать полного регресса кожных высыпаний в течение 3–4 дней (рис. 1) [6].

При использовании геля Виферон® сроки регресса кожных высыпаний были сравнимы с таковыми при лечении мазью Виферон® и составляли в среднем 3–4 дня. Однако несколько человек, которые до этого применяли мазь, от-

метили более быстрое исчезновение сыпи при использовании геля. Все больные хорошо переносили лечение, каких-либо кожных реакций не наблюдалось. Гель наносился 4 раза в день на пораженные участки кожи или видимые слизистые оболочки (рис. 2) [6].

Эффективность препарата Виферон® в виде ректальных суппозитория

Ректальное применение препарата Виферон® способствует более длительной циркуляции ИФН в крови, чем при внутривенном или внутримышечном введении препаратов рекомбинантных ИФН. Снижение уровня сывороточного ИФН через 12 ч после введения препарата Виферон® обуславливает необходимость его повторного введения (рис. 3).

Под наблюдением находились 110 больных простым герпесом (67 мужчин и 43 женщины) в возрасте от 20 до 62 лет. Продолжительность заболевания составляла от 1 года до 7 лет. Течение вирусного процесса, в основном генитальной локализации, характеризовалось частыми (не менее 6 раз в год) обострениями, длительность которых в среднем составляла 14 дней.

Для определения оптимальной лечебной дозировки препарата при простом герпесе пациенты были разделены на 3 группы: в 1-й группе (73 человека) Виферон® назначался по 500 тыс. МЕ, во 2-й (15 человек) – по 1 млн МЕ, в 3-й (22 пациента) – по 1,5 млн МЕ. Пациенты всех групп применяли по одному ректальному суппозиторию 2 раза в сутки через день в течение 6 мес. Во всех случаях лечение начиналось в начале очередного рецидива. На фоне проводимой терапии отмечалось быстрое купирование клинических проявлений обострения. Сроки регресса высыпаний в среднем сокращались на 5–7 дней. Этот эффект был более выражен при применении препарата Виферон® в дозах 1 и 1,5 млн МЕ (рис. 4).

В результате клинического наблюдения за больными в течение

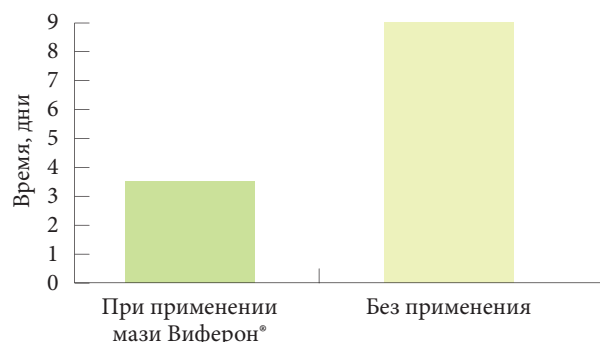


Рис. 1. Длительность рецидива простого герпеса у больных, применявших и не применявших мазь Виферон®*

* Адаптировано по [6].

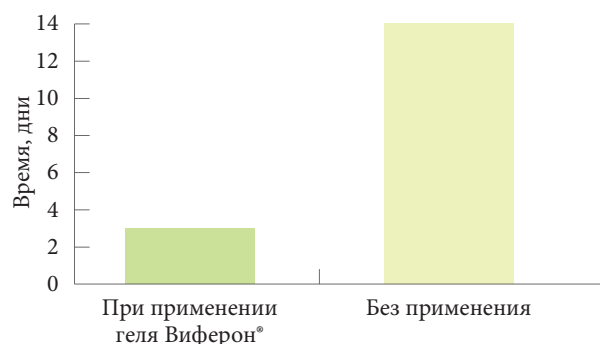


Рис. 2. Длительность рецидива простого герпеса у больных, применявших и не применявших гель Виферон®*

* Адаптировано по [6].

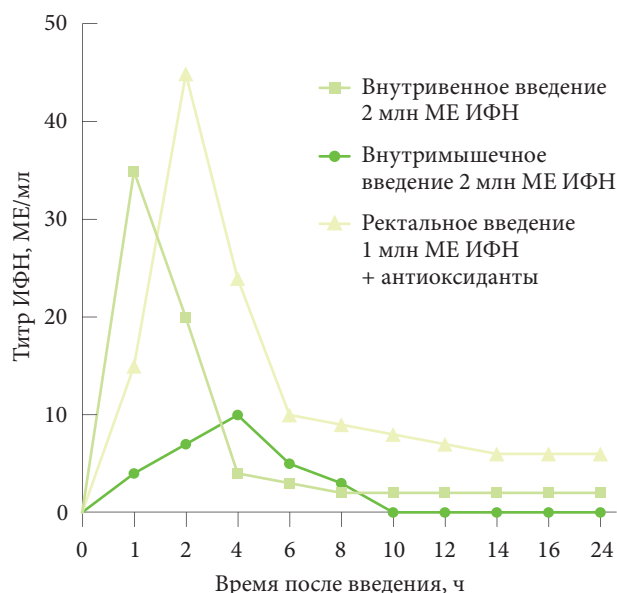


Рис. 3. Фармакокинетика ИФН при внутривенном, внутримышечном и ректальном введении рекомбинантного ИФН-2 здоровым добровольцам*

* Адаптировано по [7].

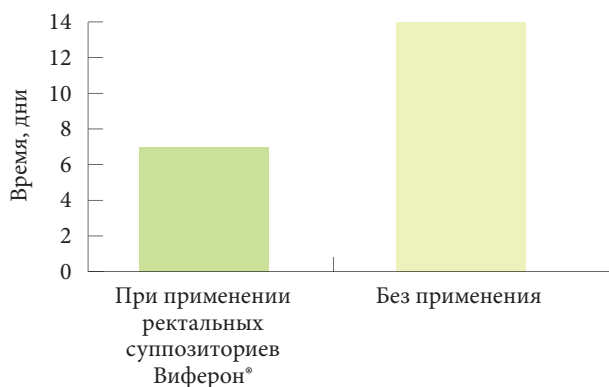


Рис. 4. Длительность рецидива простого герпеса у больных, применявших и не применявших ректальные суппозитории Виферон

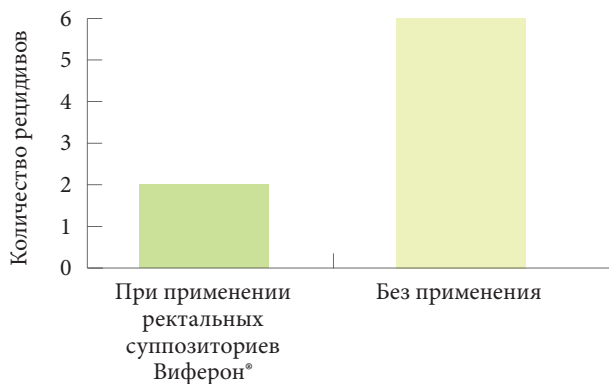


Рис. 5. Количество рецидивов простого герпеса в год у больных, применявших и не применявших ректальные суппозитории Виферон®

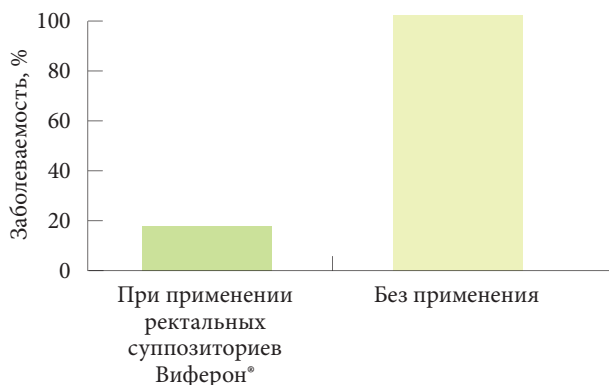


Рис. 6. Заболеваемость новорожденных у женщин с герпесвирусной инфекцией, применявших и не применявших ректальные суппозитории Виферон®*

* Адаптировано по [8].

1 года после окончания терапии отмечено, что Виферон® при длительном применении оказывает также и профилактическое действие. Уменьшение частоты рецидивов в 3–4 раза зафиксировано у 41,6% пациентов, получавших препарат по 500 тыс. МЕ, и у 69% пациентов при его дозировке 1 или 1,5 млн МЕ (рис. 5).

При лечении препаратом Виферон® очередное обострение не сопровождалось общими продромальными явлениями, высыпания обычно занимали меньшую площадь, а продолжительность рецидива значительно сокращалась. Оптимальная схема назначения: 1 или 1,5 млн МЕ по 1 свече ректально 2 раза в сутки через 1 день в течение 1 мес. [5].

Эффективность препарата Виферон® при лечении простого герпеса у беременных

Проанализирована 1781 история болезни женщин, проходивших лечение в ОПБ клиники Челябинской государственной медицинской академии в 2005 г. Интерес представляли случаи носительства цитомегаловируса и/или ВПГ. Проведена оценка исходов беременности и родов у данного контингента. Женщины в возрасте от 18 до 39 лет (средний возраст составил 25,9 года) были разделены на две группы. В 1-й группе (34 женщины) беременные получали лечение на разных сроках. Вторую группу составили 7 женщин, не получивших лечение, герпесвирусная инфекция была диагностирована на сроках 37–38 недель беременности при поступлении на дородовую госпитализацию.

Беременные из 1-й группы проходили лечение по методике, разработанной в 2002 г. на кафедре акушерства и гинекологии № 1 Челябинской государственной медицинской академии. Проводилось поэтапное лечение с 27-й недели беременности, при котором на фоне базовой терапии использовался препарат Виферон®. Пациентки, проходившие лечение, на сроке 28–34 не-

дели получали Виферон® суппозитории ректальные 150 тыс. МЕ, на сроке 35–40 недель гестации – Виферон® суппозитории ректальные 500 тыс. МЕ от 3 до 5 курсов. Проведенное исследование показало, что новорожденные от женщин, не получивших лечение герпесвирусных инфекций, чаще имели низкую оценку по шкале Апгар: в 1-й группе таких детей было двое (5,9%), во 2-й – пятеро (71,4%). Также во 2-й группе зарегистрирован случай антенатальной гибели плода.

Заболеваемость новорожденных в перинатальном периоде у женщин, получавших лечение, составила 17,6%, тогда как у нелечившихся женщин – 100% (рис. 6) [8]. В результате наблюдения отмечена выраженная положительная динамика субъективной местной симптоматики, которая полностью купировалась к концу 1-х суток лечения. Сроки регресса кожных высыпаний были сопоставимы с таковыми при лечении мазью Виферон и составили в среднем 3–4 дня. В нескольких случаях отмечена более высокая эффективность геля (у нескольких пациентов, которые до использования геля применяли мазь). Все больные перенесли лечение хорошо, каких-либо кожных реакций не наблюдалось. Как было отмечено, немаловажным аспектом местного применения препаратов ИФН является тот факт, что к ним не развивается резистентности. Это, в частности, подтверждает и наше наблюдение за больными, которые в течение долгого времени использовали Виферон® для купирования очередных обострений простого герпеса с неизменно хорошим результатом [6, 9–11].

Заключение

Препарат Виферон® в комплексной терапии простого герпеса является эффективным и безопасным средством (разрешен к применению у беременных и новорожденных), который не вызывает развития резистентности и выпускается в удобных для применения формах (мазь, гель, ректальный суппозиторий). ●

Литература
→ С. 56–57



Литература

М.В. ГОРЯЧКИНА, Т.А. БЕЛОУСОВА

**Роль энтеросорбентов в комбинированной терапии
аллергодерматозов**

1. Василенко В.В. Кожные знаки болезней органов пищеварения // Медицинский вестник. 2011. № 27. С. 9.
2. Isolauri E., Kalliomäki M., Laitinen K., Salminen S. Modulation of the maturing gut barrier and microbiota: a novel target in allergic disease // Curr. Pharm. Des. 2008. Vol. 14. № 14. P. 1368–1375.
3. Костюкевич О.И. Влияние кишечной микрофлоры на здоровье человека. От патогенеза к современным методам коррекции дисбиоза // РМЖ. 2011. № 5. С 304–305.
4. Turnbaugh P.J., Ley R.E., Hamady M. et al. The human microbiome project // Nature. 2007. Vol. 449. № 7164. P. 804–810.
5. Ардатская М.Д., Минушкин О.Н. Дисбактериоз кишечника: эволюция взглядов. Современные принципы диагностики и фармакологической коррекции // Consilium Medicum. Гастроэнтерология. 2006. Т. 8. № 2. С. 4–18.
6. Круглова Л.С. Атопический дерматит и нарушения колониальной резистентности кишечника – взаимосвязь и методы коррекции // РМЖ. 2011. № 28. С. 1786–1790.
7. Yang Y.W., Tsai C.L., Lu C.Y. et al. Exclusive breastfeeding and incident atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies // Br. J. Dermatol. 2009. Vol. 161. № 2. P. 373–383.
8. Овсянников Д.Ю. Дисбактериоз кишечника у детей: этиология, клиническое значение, диагностические критерии, современные методы коррекции // Педиатрия. 2011. № 2. С. 10–19.
9. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Антигистаминные препараты в современной клинической практике: проблемы выбора // РМЖ. 2011. № 32. С. 2102–2103.
10. Федоскова Т.Г., Ильина Н.И. Роль аллергических заболеваний в общей клинической практике // РМЖ. 2004. № 14. С. 876–880.
11. Ревякина В.А. Энтеросорбенты в комплексной терапии атопического дерматита у детей // Эффективная фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматокосметологии. 2010. № 2. С. 14–16.
12. Боткина А.С., Бельмер С.В. Дерматологические проявления заболеваний органов ЖКТ // Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России. М., 2007.
13. Токмалаев А.К. Применение энтеросорбентов в лечении острых кишечных инфекций // РМЖ. 2011. № 32. С. 2096–2098.
14. Учайкин В.Ф., Новокшионов А.А., Соколова Н.В., Бережкова Т.В. Энтеросорбция – роль энтеросорбентов в комплексной терапии острой и хронической гастроэнтерологической патологии. Пособие для врачей. М., 2008. 24 с.
15. Снарская Е.С. О роли энтеросорбентов в лечении атопического дерматита у детей // Consilium Medicum. Педиатрия. 2012. № 1. С. 56–57.
16. Калужная Л.Д., Милорава Т.Т., Турик Н.В. и соавт. Новый пребиотик в комплексной терапии атопического дерматита у детей. Применение метода энтеросорбции // Искусство лечения. 2006. № 10. С. 36.
17. Дитятковская Е.М., Борзова Т.А., Грибанова Л.В., Корецкая Е.В. Применение препарата Лактофильтрум в схеме лечения больных хронической крапивницей // http://www.leksir.ru/doc/51_0.htm.

М.М. ХОБЕЙШ, К.Н. МОНАХОВ, Е.В. СОКОЛОВСКИЙ

**Современные средства базового ухода в комплексном
лечении псориаза**

1. Schäfer T. Epidemiology of psoriasis. Review and the German perspective // Dermatology. 2006. Vol. 212. № 4. P. 327–337.
2. Katugampola R.P., Hongbo Y., Finlay A.Y. Clinical management decisions are related to the impact of psoriasis on patient-rated quality of life // Br. J. Dermatol. 2005. Vol. 152. № 6. P. 1256–1262.
3. Menter A., Smith C., Barker J. Psoriasis. Oxford: Health Press, 2004. 104 p.
4. Хобейш М.М., Мошколова И.А., Соколовский Е.В. Псориаз. Современные методы лечения // Пузырные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения. СПб.: Сотис, 1999. С. 70–134.
5. Ключарева С.В. Результаты сравнительного исследования косметической линии АЙСИДА и стандартных схем терапии у пациентов с чувствительной кожей и хроническими дерматозами. М., 2010. 58 с.

**В.А. ОХЛОПКОВ, О.В. ПРАВДИНА, Р.В. ГОРОДИЛОВ,
Е.А. ЗЫКОВА**

**Опыт лечения больных среднетяжелым и тяжелым
вульгарным псориазом препаратом Дайвобет**

1. Данилов С.И., Нечаева О.С., Пирятинская А.Б. Медико-социальные факторы риска обострений хронических дерматозов // Российский журнал кожно-венерологических болезней. 2006. № 1. С. 60–62.
2. Christophers E. Psoriasis – epidemiology and clinical spectrum // Clin. Exp. Dermatol. 2001. Vol. 26. № 4. P. 314–320.
3. Филимонкова Н.Н., Чуверова К.А., Летаева О.В. Комплексная терапия больных псориазом препаратами Дайвобет и Дайвонекс // Врач. 2008. № 1. С. 33–36.
4. Мордовцев В.Н., Мушет Г.В., Альбанова В.И. Псориаз. Патогенез, клиника, лечение. Кишинев: Штиинца, 2001. 189 с.
5. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А. Оценка клинической эффективности и переносимости препарата Дайвонекс в наружной терапии вульгарного псориаза различной степени тяжести // Актуальные вопросы дерматовенерологии и внутренних болезней. Ижевск, 2006. С. 192–194.
6. Современная наружная и физиотерапия дерматозов / Под ред. Н.Г. Короткого. М., 2007. С. 703.
7. Дерматовенерология. Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов / Под ред. А.А. Кубановой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 306 с.

Д.В. ИГНАТЬЕВ

Роль препарата Виферон® в терапии простого герпеса

1. Иванов О.Л., Халдин А.А., Самгин М.А. Рациональный выбор терапии простого герпеса: Учебное пособие. М., 2002.
2. Козлова В.И., Кузнецов В.П., Пухнер А.Ф. Терапевтическая активность человеческого лейкоцитарного интерферона при лечении вирусных заболеваний гениталий // Акуш. и гинек. 1972. № 10. С. 40–41.
3. Малиновская В.В., Деленян Н.В. и др. Виферон: Руководство для врачей. М., 2004.



Литература

4. *Потекаев Н.С., Константинов А.В., Вильнер В.Л.* Опыт лечения интерфероном пузырькового и опоясывающего герпеса // Актуальные вопросы вирусных инфекций. М.: Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов РАМН, 1965.
5. *Халдин А.А., Самгин М.А.* Простой герпес (дерматологические аспекты). М.: МЕДпресс-информ, 2002. 160 с.
6. *Халдин А.А., Самгин М.А., Баскакова Д.В., Васильев А.Н.* Местная терапия простого герпеса: PRO и CONTRA // Герпес. 2007. № 2.
7. *Малиновская В.В., Учайкин В.Ф. и др.* О применении Виферона для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний в педиатрической и акушерской практике: Информационное письмо. М., 1999. 13 с.
8. *Пахомова Е.В., Маркина О.К.* Опыт использования Виферона при герпесвирусных инфекциях у женщин: исходы беременности и родов // Герпес. 2008. № 2.
9. *Халдин А.А., Полеско И.В.* Алгоритм терапии обострений и вторичной профилактики простого герпеса Вифероном // Герпес. 2006. № 1. С. 58–59.
10. *Курбатова Г.П., Иванова В.В., Родионова А.В.* Препараты интерферона в терапии острых респираторно-вирусных и перинатальных инфекций у детей. Экспериментально-клинические исследования применения рекомбинантного а2-в-интерферона (Виферона). Руководство для врачей / Под ред. В.В. Малиновской, М.Г. Романцова. М., 1997. 75 с.
11. *Tareeva T.G., Antipova I.I., Malinovsky V.V. et al.* Immune and interferon status in newborns after Viferon treatment of pregnant women with cytomegalovirus and herpes infection // Russ. J. Immunol. 2000. Vol. 5. № 2. P. 193–202.

ООО «ИНФАМЕД»

Изучение противовирусных свойств мирамистина in vitro в отношении вируса простого герпеса 1-го и 2-го типов

1. *Bacon T.H., Levin M.J., Leary J.J. et al.* Herpes simplex virus resistance to acyclovir and penciclovir after two decades of antiviral therapy // Clin. Microbiol. Rev. 2003. Vol. 16. № 1. P. 114–128.
2. *Агафонов А.П., Скарнович М.О., Петрищенко В.А. и соавт.* Изучение in vitro антивирусных свойств Мирамистина® в отношении вирусов кори и паротита // Антибиотики и химиотерапия. 2005. Вып. 50. № 5–6. С. 17–19.
3. *Криворутченко Ю.Л.* Дозозависимая инактивация мирамистином внеклеточного вируса иммунодефицита человека // Вопр. вирусол. 1998. № 3. С. 122–124.
4. *Cotarelo M., Catalán P., Sánchez-Carrillo C. et al.* Cytopathic effect inhibition assay for determining the in vitro susceptibility of herpes simplex virus to antiviral agents // J. Antimicrob. Chemother. 1999. Vol. 44. № 5. P. 705–708.
5. *De Clerg E., Descamhs J., Verkest G. et al.* // J. Inf. Dis. 1980. Vol. 141. № 5. P. 563–574.
6. *Kruppenbacher J.P., Kläss R., Eggers H.J.* A rapid and reliable assay for testing acyclovir sensitivity of clinical herpes simplex virus isolates independent of virus dose and reading time // Antiviral Res. 1994. Vol. 23. № 1. P. 11–22.
7. *Ларкин Г.Ф.* // Биометрия. М., 1980. С. 106–107.
8. *Пшеничников В.А., Семенов Б.Ф., Зезеров Е.Г.* Стандартизация методов вирусологических исследований. М., 1974. С. 123–126.

Е.В. ШИБАЕВА

Применение инновационного геля Алломедин в купировании рецидивов простого герпеса

1. *Гомберг М.А.* Клинический разбор случая генитального герпеса у молодой женщины // РМЖ. 2010. Т. 18. № 12. С. 2–7.
2. *Халдин А.А.* Некоторые клинические особенности простого герпеса гениталий // Гинекология. Материалы II Российского герпес-форума: герпес и беременность. М., 2007. С. 11–13.
3. *Бартон С.Э.* Генитальный герпес: европейский взгляд на проблему. Гинекология. Материалы II Российского герпес-форума: герпес и беременность. М., 2007. С. 3–4.
4. *Прилепская В.Н.* Герпетическая инфекция и репродуктивное здоровье // Гинекология. Материалы II Российского герпес-форума: герпес и беременность. М., 2007. С. 5–7.
5. *Марченко Л.А., Лушкова И.П.* Стратегия врача при планировании беременности у женщин с генитальным герпесом // Гинекология. Материалы II Российского герпес-форума: герпес и беременность. М., 2007. С. 8–10.
6. *Шульженко А.Е., Зуйкова И.Н.* Цитокиновая система в иммунопатогенезе рецидивирующей герпесвирусной инфекции и пути коррекции // Российский журнал кожных и венерических болезней. Прил. «Герпес». 2009. № 1. С. 17–23.
7. *Гомберг М.А.* Герпес и беременность. Консультирование как мера профилактики осложнений беременности и родов // Гинекология. Материалы II Российского герпес-форума: герпес и беременность. М., 2007. С. 16–18.
8. *Халдин А.А., Чистик О.В., Игнатъев Д.В.* Простой герпес: этиология, патогенез, диагностика, лечение // Практическая медицина (дерматовенерология). 2009. Т. 5. № 37. С. 115–119.
9. *Исаков В.А., Рыбалкин С.Б., Романцов М.Г.* Герпесвирусная инфекция. Рекомендации для врачей. СПб., 2006. 96 с.
10. *Неизвестная эпидемия: герпес (патогенез, диагностика, клиника, лечение). Сборник статей / Сост. Ф.И. Абазова.* Смоленск: Фармаграфикс, 1997. 162 с.
11. *Марченко Л.А., Лушкова И.П.* Дифференцированная тактика ведения больных с генитальным герпесом // Гинекология. 2005. Т. 7. № 3. С. 159–164.
12. *Молочков В.А., Прокофьев А.А.* Индинол в комплексной терапии рецидивирующей герпетической инфекции // Российский журнал кожных и венерических болезней. Прил. «Герпес». 2008. № 1. С. 47–50.
13. *Looker K.J., Garnett G.P., Schmid G.P.* An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection // Bull. World Health Organ. 2008. Vol. 86. № 10. P. 805–812.
14. *Кубанова А.А., Кубанов А.А., Лесная И.Н., Мартынова А.А.* Эпидемиологический анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами в Российской Федерации в 2008 году // Тезисы научных работ III Всероссийского конгресса дерматовенерологов. Казань, 2009. С. 11.
15. *Огрызко Е.В., Вартапетова Н.В., Виноградова С.А.* Анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, на территории Российской Федерации (2008–2009) // Клиническая дерматология и венерология. 2010. № 6. С. 33–39.
16. *Кубанова А.А., Лесная И.Н., Кубанов А.А. и соавт.* Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами