

2. В практику роботи органів охорони здоров'я впроваджені деякі нові засоби: статини, реамберин, інгібітори агрегації тромбоцитів, сечогінні (трифас), АТФ, кокорбоксилаза, гіпотензивні – мікардіс і амлодипін.

УДК 416.97–002.7: 618.3-06-084:615.356

Лікування запальних захворювань органів малого таза в жінок та придаткових статевих залоз у чоловіків

Г.І. Мавров^{1,2}, П.В. Федорич³, С.К. Джораєва¹

¹ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

² Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

³ Українська військово-медична академія МО України

Запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) у жінок і придаткових статевих залоз у чоловіків (ПСЗ) мають сьогодні велике поширення та є загрозливими ускладненнями інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ). Однією з особливостей сучасного перебігу ІПСШ є утворення патогенних мікробних асоціацій, результатом чого стає взаємопосилена патогенної дії збудників-симбіонтів, малосимптомність проявів, багатоглибкість ураження і, як наслідок, резистентність до терапії, що проводиться. Тому **метою дослідження** було запропонувати сучасну ефективну схему антибактеріальної терапії ЗЗОМТ і ПСЗ, спричинених ІПСШ.

У 65 пацієнтів, хворих на ІПСШ, проводилось дослідження резистентності окремих виявлених патогенних бактерій та мікробних асоціацій до антибактеріальних препаратів. Також було проведено порівняльне проспективне дослідження ефективності геміфлоксацину та моксифлоксацину як засобів протимікробної терапії у 214 жінок із ЗЗОМТ. Встановлено високу чутливість збудників до групи фторхінолонів (резистентність становила всього 22,6 %). Найменший відсоток (7,1 %) резистентних до антибактеріальних препаратів цієї групи штамів виявився до геміфлоксацину, що достовірно нижче ($p < 0,001$), ніж до левофлоксацину (23,3 %) і ципрофлоксацину (37,5 %).

Основну групу становили 110 пацієнток, які отримували геміфлоксацин по 320 мг 1 раз на добу впродовж 14–15 діб. Групу порівняння становили 104 жінки, які приймали моксифлоксацин – антибактеріальний препарат групи фторхінолонів, який до останнього часу був рекомендований великою кількістю авторів як препарат вибору при лікуванні ІПСШ. Його призначали, згідно з рекомендаціями, по 400 мг 1 раз на добу також впродовж 14–15 діб. Ефективність використання цих препаратів визначали за позитивною динамікою клінічної картини та лабораторних показників. Для геміфлоксацину вона становила ($97,0 \pm 1,6\%$), а для моксифлоксацину – ($89,7 \pm 2,9\%$).

Спираючись на отримані нами результати, можна дійти висновку, що доведено більшу клінічну ефективність геміфлоксацину порівняно з моксифлоксацином ($p = 0,026$) при лікуванні ЗЗОМТ та ПСЗ. Це дає підставу рекомендувати геміфлоксацин (в Україні зареєстрований під торгівельною назвою Фактив®) дерматовенерологам, акушерам-гінекологам, урологам, а також сімейним лікарям як препарат вибору при лікуванні запальних захворювань сечостатевих органів. Тривалість лікування при цьому має становити 14–15 діб, добова доза препарату, що приймається в один прийом, – 320 мг.

УДК 616.521-053.2.085+615.454.1

Особенности клинических проявлений микробной экземы в области нижних конечностей

В.Ю. Мангушева

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», г. Харьков

Цель: изучение клинических проявлений некоторых видов микробной экземы на коже нижних конечностей.

Материалы и методы

Проанализированы клинические проявления микробной экземы у 25 пациентов в возрасте от 45 до 75 лет. Согласно клиническим и анамнестическим данным, у 7 пациентов определялась паратравматическая, у 8 – варикозная форма и у 10 – экзematозное поражение возникло на фоне грибкового поражения нижних конечностей.

Результаты

В ходе проведенного исследования было установлено, что у 3 пациентов в анамнезе были переломы нижних конечностей за период от 2 мес до 1 года до появления и развития высыпаний, у 4 пациентов определялась постоянная травматизация кожи (ношение неудобной обуви, наличие мозолей, потертостей и т. п.). Длительность заболевания составила от 1 мес до 3 лет до появления кожных высыпаний. У 6 пациентов с варикозной экземой в анамнезе определялось оперативное лечение варикозной болезни от 6 мес до 2 лет до развития экзematозного поражения.

Распространение дерматоза на кожу туловища и верхних конечностей определялось у 3 пациентов, страдающих паратравматической формой микробной экземы, у 2 обследуемых с варикозной формой и у 15 пациентов с микотической формой экземы. Наиболее частыми осложнениями были трофические изменения кожи, наличие язвенных дефектов (у 4 обследуемых с паратравматической экземой, у 5 – с варикозной), а также развитие бактериального целлюлита на коже голени (у 2 обследуемых с паратравматической экземой, у 7 – с варикозной).

Выводы

Микробная экзема на коже нижних конечностей развивается преимущественно у лиц преклонного и старческого возраста вследствие травматизации кожи, переломов костей голени, варикозного симптомокомплекса и микотического поражения кожи. Стоит отметить, что наиболее частыми осложнениями является нарушение трофики тканей, наличие язвенных элементов на коже голени, развитие бактериального целлюлита и склонность к распространению патологического процесса на другие участки кожи.