

**ВЕНЕРОЛОГІЯ**

УДК 616.72-002.77-022.6-085

**ЛЕФНО В КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРАЖЕННЯХ  
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ БОЛЕЗНІ РЕЙТЕРА**

Р.Ф.Айзятюлов

*Донецький національний медичинський університет ім. М.Горького*

Болезнь Рейтера (БР) - инфекционно-аллергическое заболевание с сочетанным поражением половых органов, глаз и суставов (артрит). В последние годы БР является одним из частых видов острых и подострых артритов у мужчин молодого возраста. Встречается у женщин, детей и мужчин пожилого возраста. В дебюте заболевания характерно асимметричное поражение нагруженных крупных суставов (коленные, голеностопные, межфаланговые), но могут поражаться практически все сочленения (при БР нет «суставов исключения»). Патогномоничным является острое начало. Кожа над пораженным суставом красная, горячая на ощупь, отечная. Реже наблюдаются артралгии, деформирующие артриты. Функция суставов нарушается. При рентгенологическом исследовании не выявляется разницы между БР и артритами другой этиологии (псориаз, ревматизм). Характерно наличие болезненных периоститов (в области пятки), асимметричных сакроилитов, межфаланговых артритов (периостит, «сосисочные пальцы»). Результаты зависят от ранней диагностики, общего состояния пациента, стадии заболевания, степени активности суставного процесса, своевременности начатого лечения. В комплексной терапии при поражениях опорно-двигательного аппарата назначался иммуномодулирующий препарат изоксазолового ряда Лефно (лефлуномид), который блокирует синтез пиримидина путем обратимого ингибирования фермента дигидрооротатдегидрогеназы, оказывает антипролиферативное действие на активированные лимфоциты (играют роль в патогенезе артрита). Лефлуномид путем первичного метаболизма в стенке кишечника и в печени превращается в активный метаболит А771 726, с которым связана практически вся его активность. В плазме крови активный метаболит А771 726 связывается с белком (альбумином). Выведение А771 726 происходит медленно. Абсорбция не зависит от приема пищи и составляет 82-95%. Период полувыведения составляет около 2 недель. Препарат выводится в равной степени с мочой и с калом. Лефно (табл. 20 мг № 30 и табл. 100 мг № 3) применялся у пациентов в виде монотерапии: 1 этап – насыщающая доза внутрь по 100 мг 1 раза в сутки (3 дня) и 2 этап – поддерживающая доза 20 мг 1 раз в сутки. Терапевтический эффект после приема препарата согласно нашим наблюдениям проявлялся через 2-3 недели от начала лечения и усиливался в течение 1-2 мес. Согласно нашим клиническим наблюдениям комплексное лечение БР с применением Лефно приводит к выраженному клиническому эффекту.

УДК 616.97/98-08-058

**ЗАСТОСУВАННЯ ПРАКТИКИ ВЕДЕННЯ ВИПАДКУ ІНФЕКЦІЇ,  
ЩО ПЕРЕДАЄТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, У ПРЕДСТАВНИКІВ ГРУП РИЗИКУ**

Г.І.Мавров, Г.М.Бондаренко, Ю.В.Щербакова, І.М.Нікітенко,

Т.В.Губенко, С.В.Унучко, Т.В.Осинська

*ДУ «Інститут дерматології та венерології АМН України», м.Харків*

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) – національна проблема України. За даними МОЗ в Україні щорічно реєструють близько 400 тисяч нових випадків ІПСШ. Проблему ІПСШ не можна відокремлювати від епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, оскільки статевий шлях інфікування відіграє значну роль у поширенні ВІЛ-інфекції. Епідеміологічні дослідження свідчать, що поширеність ІПСШ серед населення України нерівномірна. Основну роль у посиленні динаміки епідемічного процесу грають групи ризику - робітники комерційного сексу, чоловіки, що мають статеві стосунки з чоловіками, споживачі ін'єкційних наркотиків. З 2008 року основним шляхом інфікування ВІЛ став

статевий (41,7%), перевищив частку випадків зараження унаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом (37%). Це зумовлює необхідність інтенсифікації заходів з діагностики та лікування ПСШ в уразливих щодо ВІЛ-інфекції групах населення - групах ризику, з метою запобігання подальшого поширення ВІЛ в Україні. В Україні розроблено проект Протоколу надання допомоги представникам груп ризику з ПСШ. Лікування пацієнтів та їх статевих партнерів буде проводитися за синдромами: виділення з піхви виділення з уретри, генітальна виразка, біль внизу живота, набряк-лість калитки. Для уразливих груп населення рекомендується застосування кейс-менеджменту, що включає проведення діагностики ПСШ за допомогою швидких тестів; у разі неможливості проведення такої діагностики, слід призначати лікування на підставі клінічної симптоматики захворювання та анамнестичних даних – синдромний підхід; призначення разових схем лікування ПСШ; призначення превентивного лікування на підставі анамнестичних даних. Завдяки застосуванню кейс-менеджмента очікується зниження захворюваності населення України на ПСШ, що в свою чергу призведе до стабілізації ситуації із поширенням ВІЛ.

УДК 616.97/98-085+615.33

### ЛЕЧЕНИЕ СМЕШАННОЙ ИНФЕКЦИИ ВЫСОКИМИ ДОЗАМИ МЕТРОНИДАЗОЛА В СОЧЕТАНИИ С АНТИБИОТИКАМИ ЦЕФАЛОСПОРИНОВОГО РЯДА

Г.И.Мавров, Г.М.Бондаренко, И.Н.Никитенко, Ю.В.Щербакова  
ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМН Украины», г.Харьков

Урогенитальный трихомоноз как моноинфекция встречается сравнительно редко и представляет собой большей частью смешанный протозойно-бактериальный процесс, поэтому топография и выраженность поражений органов мочеполовой системы во многом определяется именно смешанной инфекцией. Под нашим наблюдением было 48 больных с урогенитальным трихомонозом-23 (48%) женщины и 25 (52%) мужчин. В результате клинико-микробиологического обследования установлено, что трихомоноз как моноинфекция встречался у 10 % больных, у 90 % пациентов *Trichomonas vaginalis* являлась ассоциантом сложного микробиоценоза. Бактериологически выделяли: энтерококки (10 %), *Staph. Epidermidis* (21 %), *Staph. Saprophyticus* (42 %), *Staph. aureus* (2 %), *Escherichia coli* (2 %), *Proteus mirabilis* (2 %), *Klebsiella* (3 %), *Enterobacter* (1 %), *Pseudomonas* (3,5 %). В анамнезе у многих пациентов (56 %) были неоднократные курсы лечения с использованием производных 5-нитроимидазола по поводу рецидивирующей инфекции. Лечение больных трихомонозом проводили метронидазолом в сочетании с антибиотиками цефалоспоринового ряда. Метронидазол вводили внутривенно капельно в дозе 0,5 г через 8 ч в течение 10 – 14 дней. Со 2-го дня назначались цефалоспориновые препараты (цефазолин вводился по 1,0 г внутримышечно 3 – 4 раза в день, цефтриаксон вводился по 1,0 г внутримышечно 2 раза в день). Выбор антибиотика основывался на данных антибиотикограммы больного. В комплексе терапевтических мероприятий использовали местное лечение, физиотерапевтические процедуры. Использование комплексного метода лечения хронического трихомоноза с применением инфузионных форм метронидазола в сочетании с цефалоспориновыми антибиотиками привело к элиминации трихомонад у 45 (93,75 %) больных. Рецидивы возникли у 3 (6,25 %) больных: 2 (66,7 %) мужчин и 1 (33,33 %) женщины.

УДК 616.972-08

### АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

Д.В.Радионон, В.Г.Радионон, Е.М.Хайминов  
Луганский госмедуниверситет, кафедра дерматовенерологии  
Луганский областной кожновенерологический диспансер

Человечество всегда будет стоять перед проблемой борьбы с различными патогенными микроорганизмами. Одной из таких проблем в практике дерматовенеролога является лечение серорезистентности, которая рассматривается как лабораторный признак замедленной негитивации серологических реакций или как состояние, когда наступает неполная микробиологическая санация (возбуди-