

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 негативации серологических реакций или как состояние, когда наступает неполная микробиологическая санация (возбуди-