

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.Радионо́в, В.Г.Радионо́в, 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-

тель остається в організмі в неактивному стані без клінічних проявлень) или когда после проведенного полноценного лечения раннего сифилиса, лабораторные тесты остаются стойко положительными. Пока нет общепринятого определения состояния серорезистентности, что нередко приводит к длительному, порой необоснованному серологическому контролю и назначению дополнительных курсов терапии. Под нашим наблюдением находилось 135 пациентов, которые получили дополнительное лечение, из них, 14 с диагнозом серорецидив и 121 с диагнозом серорезистентность. Анализ анамнеза заболевания показал, что ранее 91 (67,4%) больной получали лечение бициллином-5, 23 (17,0%) – экстенциллином, 14 (10,3%) – бензилпенициллином, 7 (5,1%) – бициллином-3. Из них у 31 (15,5%) пациента был установлен диагноз сифилиса вторичного, остальным 104 (67,9%) – сифилис скрытый ранний. Дополнительное лечение препаратами пенициллина получали 43 (31,8%) пациента (I группа). Вторая группа пациентов получала параллельно с антибиотикотерапией один из безопасных, ранее уже нами апробированный метод – внутривенное введение озонированного физиологического раствора и проведение аутогеомооноотерапии. Дальнейший клинико-серологический контроль показал, что негативация серологических реакций в течение 1 года после дополнительного лечения наступила в I группе у 14 (32,0%), во II группе у 78 (84,7%) пациентов. Причем к окончанию последнего курса лечения негативация отмечена у 11 (11,9%) человек II группы. Проведенные наблюдения подтверждают необходимость и целесообразность проведения курсов дополнительного лечения вышеуказанной категории пациентов с параллельным введением больших доз озона, в диапазоне терапевтических концентраций, которые оказывают значительное бактерицидное и противогипоксическое действие, что крайне необходимо при проведении курсов специфического лечения серорезистентности.

ІНФОРМАЦІЯ

УСЛОВИЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ

“Журнал дерматовенерологии и косметологии им. Н.А.Торсуева”

1. Рукопись статьи должна быть представлена в двух экземплярах на украинском, русском или английском языках. Объем статей, научных обзоров и лекций должен составлять 8-12 страниц машинописного текста через 1,5 интервала. Рецензий – 4 страницы, наблюдений из практики, работ методического характера и прочих 6-8 стр. Текст должен быть в текстовом редакторе Word 95 и выше; шрифт Times New Roman размер 12 через 1,5 интервала; поля: верхнее - 30 мм, левое, правое и нижнее – по 20 мм; на листах формата А4. Обязательно электронный вариант статьи в формате Word 95 (и выше) **на CD-ROM диске.**
2. Графические объекты следует сохранять в формате "TIF" с разрешением 300 точек на дюйм (пикселей на дюйм) в 256 градациях серого для фотографий и 600 точек на дюйм (пикселей на дюйм) для рисунков (2 цвета) и архивировать стандартными архиваторами WinRAR или WinZIP.
3. Статья должна иметь визу руководителя кафедры (института) на 2-м экземпляре, направление от руководства учреждения, в котором проведены исследования, и экспертное заключение.
4. На первой странице **в левом верхнем углу размещают шифр УДК, далее название статьи выделить, ниже инициалы и фамилии авторов и ниже наименование учреждения (курсив), название страны. Затем пишут ключевые слова (не более 10).** После текста статьи список литературы ("Список литературы"). После списка литературы рефераты на украинском, русском и английском языках.
5. Оригинальные статьи должны состоять из четких подразделов, каждый из которых отвечает определенной цели и содержит лишь соответствующий материал. Эти подразделы: **введение, материал и методы исследований, результаты и обсуждение, выводы, реферат.**
6. Научные обзоры должны содержать анализ литературных данных, а также исследования автора по этой проблеме, опубликованные ранее, и ссылки на них.