

Soft", США). Зміни функціонального стану печінки виявлені у 55 (80,9%) хворих на ХССХ: гіперферментемія відзначалася у 41 (60,2%) хворого, гіпоферментемія – у 5 (7,4%), дисферментемія – у 9 (13,3%) хворих на ХССХ. Виявлено збільшення активності АсАТ на 15,3%, АлАТ – на 16,8%, СОДГ – на 24,3%, ЛГД – на 19,5% ( $p < 0,05$ ) і зменшення ХЕ на 10,9% ( $p < 0,05$ ) порівняно зі здоровими. У більшості хворих на ХССХ (80,9%) виявлено зміни функціонального стану печінки, що обґрунтовує доцільність його оцінки в діагностичному алгоритмі і своєчасному призначенню комплексної терапії із застосуванням гепатопротекторів.

## СИФИЛИТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК ПРИЧИНА СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

А.И.Литус, И.В.Куценко

*Ужгородский национальный университет*

*Городской клинический кожно-венерологический диспансер № 1, г. Донецк*

Одна из проблем сифилидологии, с которой столкнулись в последнее время врачи, является серорезистентность после проведенного лечения. Основные трудности связаны с необходимостью выявления причины сохранения позитивных серологических реакций после перенесенной инфекции. При этом имеется в виду, что серорезистентность означает положительные серологические реакции у больных, леченных по поводу сифилиса. Выделяют три варианта серорезистентности после лечения: истинную, относительную и псевдорезистентность. Истинная резистентность обычно возникает у больных, лечившихся по поводу свежих форм сифилиса, преимущественно вторичного рецидивного и скрытого сифилиса (срок болезни до 6 мес.). У этих больных отмечаются колебания титра антител в процессе лечения, однако полная негативация серореакций не наступает. Относительная серорезистентность устанавливается у лечившихся больных вторичным рецидивным и ранним скрытым сифилисом (продолжительность болезни более 6 мес.). Полагают, что этот вариант серорезистентности связан с наличием в организме мало- и авирулентных цист и L-форм трепонем. Наконец, псевдорезистентность отличается полным отсутствием возбудителя болезни в организме после проведенного лечения при положительных серологических реакциях. К сожалению теоретические предположения, уточняющие представления о серорезистентности при сифилисе, не нашли применения в практике и в настоящее время не используются. Наиболее общепринятым является представление о том, что в силу ряда факторов бледные трепонемы персистируют в организме больного после проведенного лечения. Среди причин серорезистентности выделяют: 1) начало лечения в поздних стадиях сифилиса; 2) неполноценное лечение (недостаточные суточные и курсовые дозы противосифилитических средств; 3) наличие сопутствующих инфекций и соматических заболеваний; 4) хроническая алкогольная интоксикация; 5) употребление наркотиков; 6) «фоновая» иммунодепрессия – нарушение иммунитета под влиянием внешних или генетических факторов. Большинство зарубежных и некоторые отечественные ученые не считают серорезистентность состоянием, требующим какой-либо коррекции, и даже само понятие «серорезистентность» не рассматривают. Снижение титра нетрепонемных тестов в 8 раз через 12 мес после лечения считают достаточным доказательством успеха терапии. Однако нельзя не отметить, что в настоящее время увеличилось количество случаев поражения нервной системы при сифилисе, как у больных с впервые установленным диагнозом, так и у пациентов, ранее получавших антисифилитическую терапию. По данным отечественной литературы, среди пациентов с серорезистентностью высок удельный вес лиц с патологией ликвора (до 30%), что служит основой для формирования в будущем манифестных форм нейросифилиса. Таким образом, вопрос о целесообразности проведения люмбальной пункции больных с серорезистентностью подлежит дальнейшему изучению. Вместе с тем, результаты исследования спинномозговой

жидкости могут, вероятно, оказать помощь при дифференциации истинной и относительной серорезистентности, а также псевдорезистентности.

## ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ

Э.Н.Солошенко

*ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМН Украины»*

Сложившаяся эпидемиологическая ситуация свидетельствует об увеличении заболеваемости нейросифилисом (НС) в Украине и диктует необходимость раннего выявления и адекватного лечения социально значимой инфекции. Несмотря на значительные успехи в лечении НС, достигнутые после внедрения в широкую практику антибиотиков, общепринятой схемы терапии различных форм специфических поражений нервной системы до настоящего времени не существует. На сегодняшний день пенициллин и его препараты являются единственными испытанными средствами для лечения НС. Однако, их оптимальная дозировка, способ введения и продолжительность лечения еще окончательно не разработаны. Установлено, что применение пенициллина в низких дозах не позволяет создать трепонемоцидную концентрацию в ЦНС и не предупреждает развитие патологического процесса в головном и спинном мозге. Поэтому, чтобы обеспечить гибель трепонем и остановить прогрессирование заболевания, рекомендуется проводить лечение высокими дозами водорастворимого пенициллина, вводимыми внутривенно. В последние годы внимание клиницистов-сифилидологов привлек цефтриаксон - цефалоспорин III поколения, обладающий выраженной трепонемоцидной активностью, который прошел клиническую апробацию у больных первичным и вторичным свежим сифилисом в 1996-1997 гг. В.Аковбяном и А.Кубановой. В настоящее время Цефтриаксон принадлежит к альтернативным препаратам, конкурирующим с пенициллином при лечении не только ранних форм, но и НС, что позволяет врачу сделать обоснованный выбор, особенно при непереносимости пенициллина. Между тем, при назначении больным НС антибиотиков невозможно гарантировать отсутствие побочных эффектов фармакотерапии и перекрестных аллергических реакций. Поэтому побочное действие лекарственных средств (ПДЛС) продолжает оставаться одной из актуальнейших проблем клинической венерологии, а внутривенное введение высоких доз антибиотиков при лечении НС диктует необходимость строгого отношения к сбору аллергологического анамнеза. Неуклонному росту числа побочных эффектов фармакотерапии способствуют: аллергизация населения за счет загрязнения экологической среды; постоянный контакт в быту и на производстве с разнообразными химическими веществами; полипрагмазия и самолечение, особенно на фоне стрессов. Немалый вклад в процесс аллергизации населения вносят пестициды и нитраты, обнаруживаемые в овощах, консерванты и различные пищевые добавки, антибиотики и гормональные средства в мясомолочных продуктах, в которые они попадают при лечении больных животных или в качестве стимуляторов их роста. Постоянный ежегодный рост ПДЛС связан также с увеличением численности людей, работающих на производствах с вредными условиями труда (химическая, строительная, медицинская, бытовая, пищевая отрасли промышленности и т.д.), злоупотреблением высокоаллергенной пищей, употреблением продуктов быстрого приготовления, а также содержанием в домашних условиях животных и птиц. С целью профилактики побочных эффектов фармакотерапии, и особенно аллергических реакций на лекарственные средства, все вышеуказанные факторы необходимо учитывать при назначении лечения больным НС. С этой же целью в 2011 г. МЗ и НАМН Украины был издан приказ «При заході щодо покращення діагностики, профілактики та лікування медикаментозної алергії», согласно которому перед антибиотикотерапией, наряду с тщательным сбором аллергологического анамнеза, рекомендуется постановка кожных прикестов с антибиотиками при отсутствии противопоказаний. Между тем, известно, что одним