

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

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСВИЕ 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 заходи щодо покращення діагностики, профілактики та лікування медикаментозної алергії», согласно которому перед антибиотикотерапией, наряду с тщательным сбором аллергологического анамнеза, рекомендуется постановка кожных прик-тестов с антибиотиками при отсутствии противопоказаний. Между тем, известно, что одним

из важных противопоказаний для постановки кожных проб с антибиотиками является наличие инфекционного и аллергического процесса. Кроме того, кожные пробы способны вызывать развитие сенсибилизации у лиц, у которых ее раньше не было, а нередко и - анафилактического шока. Поэтому вопрос о целесообразности использования кожных проб в практическом здравоохранении перед антибиотикотерапией с целью профилактики аллергии остается до сих пор дискуссионным ввиду того, что кожные пробы являются опасными для жизни больных из-за возможности развития анафилактического шока, малоинформативными из-за частых ложноположительных и ложноотрицательных результатов, имеют много противопоказаний и ограничений для их применения. Учитывая спорность вопроса о постановке кожных проб и их опасности для жизни больных, ведущая роль в диагностике и профилактике аллергических реакций на введение антибиотиков при лечении НС должна отводиться результатам специфических иммунологических и биофизических тестов. Таким образом, лабораторные методы выявления сенсибилизации к антибиотикам при лечении больных НС по безопасности и возможности их использования в любой период заболевания остаются более предпочтительными в отличие от кожных проб, которые не несут достоверной информации о наличии сенсибилизации и которые нельзя использовать в острой стадии инфекционного и кожного процесса, а главное, при постановке которых есть опасность развития анафилактического шока и летального исхода.

ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИЙ ТВЕРДИЙ ШАНКЕР

Т.І.Труніна¹, М.Р.Анфілова²

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця¹

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова²

До сімейного лікаря звернувся хворий Д., 45 років, будівельник, одружений, має двох синів 10 і 13 років, дружині 40 років, зі скаргами на виразку в ротовій порожнині, яка з'явилась два дні тому. Турбує незначна болючість при їжі. Чотири дні тому на внутрішній поверхні нижньої губи виник безболісний вузол, на поверхні якого виникла виразка. Був направлений до районної поліклініки, де впродовж тижня обстежений стоматологом, онкологом, алергологом, хірургом, оториноларингологом, дерматологом. Повторно призначено консультацію стоматолога, котрий направив пацієнта в клініку щелепно-лицевої хірургії. Взята кров на РВ і біоптат із підщелепного лімфатичного вузла, що виник впродовж обстеження лікарями. В біоптаті виявлений потужний інфільтрат із плазматичних клітин і гістіоцитів. Кров на РВ - різко позитивна (4+). Хворий Д. з діагнозом сифіліс доставлений в обласний шкірно-венеричний диспансер. Огляд дерматолога: на слизовій внутрішньої поверхні нижньої губи, ближче до лівого кута рота, виразка діаметром 3 см на цупкій основі, трохи піднята над слизовою оболонкою, покрита сірим нальотом, по периферії - свіжі островки грануляцій, межі чіткі. При пальпації безболісна, основа щільна, виступає за межі виразки, чітко пальпується з зовнішньої поверхні губи. В підщелепній зоні, проти виразки, збільшений лімфовузол 3,5см в діаметрі з гладенькою поверхнею, не зпаяний з оточуючими тканинами, рухливий, безболісний. На вузлі два шва після біопсії. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки, волосся, нігті без змін; доступні пальпації лімфатичні вузли не збільшені, не пальпуються. В райцсерумі із виразки бліда спірохета не виявлена (хворий застосовував за призначенням стоматолога та дерматолога фуорцин і розчин бриліантового зеленого). РВ-різко позитивна (4+). Діагноз: Первинний серопозитивний сифіліс з екстрагенітальною локалізацією твердого шанкеру (ротова порожнина), підщелепний бубон. Після проведеного протисифілітичного лікування по схемі шанкер зарубцювався, підщелепний бубон і основа шанкеру розсмоктались.

Епідеміологія: Хв. Д. працював у бригаді із трьох чоловік на будівництві дачних будинків. Снідали і вечеряли дома, а обід готували самі на роботі. Посуд загальний. Один із будівельників хворів на вторинний свіжий сифіліс з рясною папульозно-розеольозною висипкою на