

УДК 616.97-085

М. М. Лебедюк, *д-р мед. наук, проф.*,
Ю. О. Баранівська

АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.97-085

Н. М. Лебедюк, Ю. А. Барановская
АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ,
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

Рассмотрены современные аспекты лечения заболеваний, передающихся половым путем. Анализ литературных источников показал, что в настоящее время исследователи ведут активный поиск новых методов и способов лечения данной патологии, главный критерий которого — повышение эффективности лечения, способствующее улучшению качества жизни молодого поколения.

Ключевые слова: заболевания, передающиеся половым путем, лечение, дети, подростки.

UDC 616.97-085

М. М. Lebedyuk, Yu. O. Baranivska
ASPECTS OF MEDICAL TREATMENT OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES
AT MODERN STAGE

The Odessa State Medical University, Odessa, Ukraine

The modern aspects of medical treatment of sexually transmitted diseases are considered in the article. The analysis of the literature data showed that now the scientists are in active search for new modes and methods of medical treatment of this pathology, the main criterion of which is an increase in treatment efficiency, with favors the improvement of the young generation life quality.

Key words: diseases, sexually transmitted diseases, medical treatment, children, teenagers.

Захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), є серйозною загрозою здоров'ю населення, особливо молоді, і можуть призводити до загрозливих ускладнень. Останнім часом у загальній структурі реєстрованих урогенітальних інфекційних захворювань наголошується прогресуюче їх зростання. Проблематичним у розв'язанні питання своєчасної діагностики і лікування даних захворювань є їх неповна реєстрація різними структурами, що займаються наданням медичної допомоги населенню, але не схильними до контролю з боку органів і установ охорони здоров'я: приватними лікарями, спільними медичними підприємствами, медичними працівниками різних спеціальностей, а також особами, що взагалі не мають медичної освіти. Важливим фактором, що впливає на неповний облік хворих, є самолікування, чому сприяє вільний продаж антибактеріальних лікарських препаратів. У зв'язку з цим необхідне впровадження конфіденційної системи лікування, перехід від стаціонарного лікування до амбулаторного, забезпечення невисокої вартості лікування і діагностики, використання принципу синдромного підходу, а також забезпечення населення, зокрема підлітків і молоді, повнішою інформацією про шляхи і принципи сучасного лікування урогенітальних захворювань.

Синдромний підхід — це практика лікування пацієнтів, стверджують F. J. Bowden і G. P. Garnett (2000), «у яких виявляються специфічні симптоми і ознаки захворювання, за певною за протоко-

лом схемою без необхідності підтвердження діагнозу лабораторними методами. Переваги такого підходу — низька вартість, можливість обійтися без лабораторних служб і почати лікування негайно» [1].

Згідно дослідженню, проведеному Г. П. Чіновим (2005), хламідійна інфекція сьогодні являє найбільший інтерес для практичних лікарів і науковців. Це пов'язано зі значним її поширенням, труднощами в лікуванні, тяжкістю ускладнень, впливом на репродуктивне здоров'я населення. Найвищі показники поширеності (3–11 %) характерні для популяції сексуально активних осіб у віці 15–24 роки [2]. Все вищевикладене свідчить про важливість і актуальність розробки нових комплексних методів лікування хворих із урогенітальним хламідіозом (УГХ) із використанням нових високоактивних препаратів.

Останніми роками при лікуванні УГХ все ширше застосовуються макроліди, завдяки їх здатності нагромаджуватися у високих концентраціях у клітинно-тканинних структурах організму, схильних до дії хламідійної інфекції. А. Д. Дюдон і співавт. (2006) у своєму дослідженні розглядають переносність препарату даної групи Зомакс (азитроміцину дигідрат) і ефективність запропонованого ними лікування хворих з УГХ залежно від давності захворювання. Хворим першої групи (давність захворювання до 3 міс) як етіотропний препарат для лікування УГХ призначався Зомакс по 1000 мг за 1 год до або через 2 год піс-

ля їди на 1, 7 і 14-й день лікування захворювання. Хворим другої терапевтичної групи (давність процесу більше 3 міс) як етіотропне лікування призначали послідовно два антибіотики: доксициклін (Юнідокс Солютаб) і Зомакс. Перші десять днів хворі приймали доксициклін — на перший прийом 200 мг, подальші прийоми — по 100 мг двічі на добу. Зомакс хворі другої терапевтичної групи приймали по 1,0 за 1 год до або через 2 год після їди на 11, 17 і 24-й день етіотропної терапії. Хворим, у яких була діагностована трихомонадна інвазія, на першому етапі лікування призначали орнідазол за загальноприйнятими методиками. Лікування УГХ розпочинали тільки після контролю санації трихомонадної інвазії, поєднаність з якою виявлена в 21,6 % випадків. Вивчення динаміки запропонованої терапії показало її добру переносність у 97,3 % випадків. Одержані найближчі (через 1 міс після лікування — 98,6 %) і віддалені (через 6 міс — 95,9 %) результати клініко-мікробіологічної ефективності лікування УГХ за запропонованою методикою дозволили авторам рекомендувати Зомакс для широкого вживання в комплексному лікуванні хламідійної інфекції [3].

Розглядаючи *Chlamydia trachomatis* і *Ureaplasma urealyticum* як урогенітальні інфекції «другої генерації», А. А. Халдін і співавт. (2007) зазначають, що сьогодні найперспективніший напрям етіотропної терапії урогенітального хламідіозу й уреаплазмозу — вживання сучасних фторхінолонів і макролідів, зокрема джозаміцину (вільпрафену). Підкреслюючи його безпечність, добру переносність, автори вважають, що це — один із препаратів першої лінії етіотропної терапії при лікуванні інфекцій, спричинених хламідіями і мікоплазмами (зокрема уреаплазмами) [4].

Розглядаючи проблему УГХ у дітей, В. Ф. Коліна (2007) наголошує на необхідності проведення комплексного лікування, яке включає етіологічну, патогенетичну, симптоматичну терапію і місцеву дію на осередки ураження, оскільки вживання тільки антибіотиків може призвести до хронізації інфекції, появи L-форм збудника, спровокувати загострення запального процесу. Препаратами вибору автор вважає азитроміцин (сумамед) і доксициклін. Найчастіше з макролідів застосовують азитроміцин (сумамед) дозою в перший день 10 мг/кг, із другого по п'ятий — 5 мг/кг 1 раз на день. Доксициклін рекомендований дітям старше 9 років дозою 4 мг/кг у першу добу і 2 мг/кг — у подальшому. При персистуючих формах хламідійної інфекції найефективнішим є поєднання антибактеріальних препаратів та імуномодулюючих засобів. Дітям до 3 років призначають віферон-1 (150 тис. ОД) по 1 свічці двічі на день, від 3 до 6 років — віферон-2 (500 тис. ОД) по 1/2 свічки двічі на день, старше 6 років — віферон-2 по 1 свічці двічі на день. Застосовують віферон протягом 10 днів щодня, потім через 20 днів. Автор згадує про ефективність лікування хламідіозу циклофероном (низькомолекулярний індук-

тор синтезу α -, β - і γ -інтерферонів в організмі) парентерально (в/м). Циклоферон (2,5 %) призначають по 1,0–2,0 мл дітям старше 4 років 1 раз на день за схемою: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23-й день. Препарат застосовують у поєднанні з антибіотиками. У комплексі лікування хламідійної інфекції обов'язковим є призначення разом з етіотропною терапією пробіотиків курсами по 10–14 днів: бактиспорин, фціпол, кіпферон і ацилакт у вікових дозах [5].

Д. К. Ермоленко і співавт. (2006) вивчали ефективність і доцільність терапевтичного вживання лактофільтруму — комбінації пребіотичного препарату лактулози (20 %) у комплексі з гідролізним лігніном (65 %) і макролідними антибіотиками (кларитроміцин) при лікуванні УГХ. Лактофільтрум пацієнти приймали щодня в 1 прийом одночасно по 250 мг двічі на день протягом 14 днів. У результаті проведеного лікування у хворих не помічено змін у мікрофлорі кишечника, що дозволило авторам зробити висновок про можливість поєднаного використання даних препаратів для профілактики дисбіозів у процесі терапії хламідійної інфекції [6].

Лікування хворих із герпесвірусною інфекцією являє певні труднощі через відсутність протівірусних препаратів, здатних повністю елімінувати вірус простого герпесу (ВПГ) з організму, а також унаслідок формування порушень в імунній системі при високій частоті рецидивів. Також причинами неефективності лікування нерідко є недостатність рекомендованих лікарями терапевтичних доз препаратів для контролю над тяжкістю захворювання, нерозуміння механізмів дії ациклических нуклеозидів, а також відсутність особистого контакту пацієнта з лікарем. Нині всі методи лікарської терапії та профілактики герпесвірусної інфекції можна об'єднати в три основні групи: хіміотерапія (ациклическі нуклеозиди), імунотерапія і комбінована терапія, що включає хімію й імуномодулюючі препарати [7; 8].

Виділяють два основні способи вживання протівірусних хіміопрепаратів: епізодичне призначення (у міру необхідності при загостреннях герпесвірусної інфекції); пролонгована або превентивна терапія. У першому випадку препарат призначають коротким курсом протягом 7–10 днів. У другому — пацієнти приймають препарат щодня протягом кількох місяців або років не тільки для купірування даного рецидиву, але і для профілактики подальших рецидивів [9].

Аналізуючи сучасний стан проблеми лікування генітального герпесу, дослідники відзначають [10], що сьогодні не існує препаратів, здатних повністю позбавити організм від вірусу. Препаратами першої лінії вибору автори вважають ациклическі нуклеозиди (ацикловір, валацикловір, фамцикловір). Вказуючи на низьку біодоступність ацикловіру (10–20 %), вони наголошують на 3–5-кратному збільшенні порівняно з останнім у валацикловіру (вальтрексу), що робить його препаратом вибору в лікуванні патології [10].

P. A. Leone et al. (2002) стверджують, що валацикловір — перший і єдиний препарат, для якого доведена триденна схема лікування рецидиву генітального герпесу (по 500 мг двічі на добу так само ефективний у лікуванні рецидиву, як і п'ятиденний курс) [11].

R. Patel et al. (2003) повідомляють про вірогідне зниження (на 75 %) ризику передачі ВПГ неінфікованому сексуальному партнеру при щоденному прийомі 500 мг валацикловіру хворим на генітальний герпес [12].

J. S. Brantley et al. (2006), посиляючись на клінічні дослідження більше 10 000 пацієнтів із герпесвірусною інфекцією, оцінюють безпечність і ефективність валацикловіру в проведенні епізодичної, а також супресивної терапії. Препарат є єдиним антивірусним лікарським засобом, рекомендованим для однократного вживання для забезпечення контролю над рецидивами герпесу при проведенні епізодичної терапії [13].

Про успішне вживання вказаного препарату при проведенні супресивної терапії повідомляють багато сучасних зарубіжних дослідників [14–17].

А. Е. Шульженко і І. Н. Зуйкова (2007) досліджували різні схеми вживання ациклических нуклеозидів у пацієнтів із генітальною герпесвірусною інфекцією з високою частотою рецидивів. Явні переваги високодозової терапії виявилися при оцінці тривалості рецидиву генітального герпесу на фоні лікування. Валтрекс і фамвір у високих дозах скоротили терміни рецидиву більш ніж удвічі порівняно з стандартною терапією (з 3,9 до 1,7 дня). Ефективність ацикловіру виявилася дещо нижчою. Проте всі ці препарати істотно знизили терміни клінічних проявів рецидиву порівняно з стандартною схемою лікування. Проведені дослідження довели незаперечні переваги високодозової схеми терапії, коли на її фоні вже на 3-тю добу вірогідно зменшувалась інтенсивність свербіжів, набряку і гіперемії в ділянці висипань. Тривалість ремісії у хворих із різними формами генітальної герпесвірусної інфекції, на думку авторів, залежить від схеми лікування. При стандартній і високодозовій схемі терапії ацикловіром, валтрексом і фамвіром при типовому перебігу захворювання період ремісії коливався від 0,8 до 1,6 міс, при атиповій формі — від 0,7 до 1,7 міс. Статистично значущих відмінностей щодо тривалості ремісії при даних схемах лікування не одержано. Водночас пролонгована схема терапії сприяла вірогідному збільшенню безрецидивного перебігу герпесвірусної інфекції. Так, при типовій формі захворювання після лікування ацикловіром період ремісії дорівнював 4,1, валтрексом — 10,5, фамвіром — 9,2 міс, при атиповій формі — відповідно 3,3; 7,1 і 6,8 міс. Таким чином, максимальний безрецидивний період спостерігався при пролонгованому прийомі валтрексу і фамвіру [18].

Метою дослідження, проведеного Е. В. Липовою і Р. С. Хрзян (2007), була розробка ефективного способу терапії поєднаної кандидозно-герпетичної інфекції генітального тракту жінок.

Для цього, відповідно до розробленої авторами методики, одночасно призначали противірусні та протигрибкові препарати — арбідол (100 мг — по 2 таблетки тричі на день до їди протягом 7 днів) і аміксин (125 мг — 2 таблетки на день після їди протягом 2 днів, потім по 1 таблетці через день, на курс 12,5 г). Як протигрибковий препарат застосовували флюкостат *per os* і місцево: перший прийом — 150 мг, потім по 40 мг протягом 7 днів з одночасним лікуванням розчином цього ж препарату у вигляді інстиляцій в уретру, вагінальних ванн і мікроклізм в ампулу прямої кишки протягом 7–10 днів. Ефективність запропонованого методу лікування — 89,2 % [19].

Викликає інтерес дослідження нових антропонозних представників сімейства герпесвірусів, проведене [20]. Аналізуючи ННВ-6, ННВ-7, ННВ-8, відкриті наприкінці ХХ ст., автори підкреслюють різноманіття їх клінічних проявів і безсимптомне носійство. Терапія захворювань, спричинених даними вірусами, являє значні труднощі, незважаючи на достатню кількість антигерпетичних препаратів. Це зумовлено генотиповими особливостями збудника, тривалою персистенцією його в організмі, різною чутливістю до препаратів. Так, дослідження антивірусної дії деяких ліків довели, що дані віруси малочутливі до аналогів нуклеозидів. Спостерігався деякий успіх при використанні ганцикловіру і фоскарнету, але даних про ефективність препаратів у лікуванні інфекції, спричиненої вірусами, автори дослідження не знайшли [20].

Не менш важливою для фахівців є проблема урогенітального трихомоніазу (УГТ) — однієї з найпоширеніших інфекцій піхви, яка часто перебігає як змішана протозойно-бактерійна хвороба із залученням у запальний процес багатьох органів сечостатевої системи. Тому доцільним є використання комплексної терапії для лікування даної патології.

Ретроспективний аналіз проблеми вибору методів терапії УГТ провела в своїй роботі В. І. Кісіна (2001). Розглядаючи позитивні та негативні сторони призначення разових і курсових доз, автор відзначає, що з моменту відкриття 5-нітроїмідазолів вони є єдиною групою лікарських засобів, ефективних щодо *Trichomonas vaginalis*. За рекомендацією CDC, метронідазол слід призначати або по 2,0 г однократно, або по 500 мг двічі на день протягом 7 діб. Але автор звертає увагу на те, що протягом останніх років спостерігаються зміни в бік збільшення дози препарату. Даний факт можна пояснити зниженням чутливості штамів *Trichomonas vaginalis* до метронідазолу, що зумовлює необхідність пошуку нових лікарських засобів для лікування УГТ [21].

Вивчення клінічної безпечності секнідазолу (синтетичного 5-нітроїмідазолу з системною антибактеріальною і протипротозойною дією) порівняно з орнідазолом (тиберал) і трихополом, що раніше застосовували при лікуванні УГТ, стало основою дослідження, проведеного Ю. С. Бу-

товим і Е. Ю. Горіною. Лікування проводили амбулаторно. У групі хворих, які одержували секнідазол у вигляді монотерапії по 2 г однократно, трихомонади в мазках були відсутні через 24 год у 100 % пацієнтів, а через 8–10 днів — у 80 % хворих фіксувалося повне клініко-етіологічне одужання. Дослідники рекомендують секнідазол для широкого вживання у хворих на УГТ через його виражену антитрихомонадну активність при різних формах трихомонадної інфекції, добру переносність і відсутність негативного впливу на гепатобілярну і кровотворну системи [22].

Розробка нового методу лікування УГТ — мета наукового дослідження, проведеного Г. М. Бондаренко і И. Н. Никитенко (2005). Лікування пацієнток проводили метронідазолом, що вводився внутрішньовенно краплинно по 0,5 г через 8 год разом з антибіотиками цефалоспоринового ряду. Вживання запропонованого методу лікування привело до елімінації трихомонад майже у 95,6 % пацієнток, що дозволило авторам зробити висновок про його високу ефективність у лікуванні сечостатевого трихомоніазу у жінок [23].

Останніми роками перед дослідниками постає проблема виникнення чутливості штамів *N. gonorrhoeae* до антимікробних препаратів. Так, А. А. Кубановою і співавт. (2006) було виявлено високий рівень резистентності *N. gonorrhoeae* до пеніциліну, тетрацикліну і ципрофлоксацину, що, на думку авторів, робить необхідним виключення даних препаратів із схем лікування гонококової інфекції, а препаратами вибору слід вважати спектоміцин і цефтриаксон, враховуючи їхню найбільшу активність щодо досліджених штамів гонокока [24].

Г. Л. Колієва і співавт. (2003) у ретроспективному огляді світової літератури навели дані про стан захворюваності на гонорею, шляхи й методи її лікування. Після відкриття інгібіторів ДНК-гірази — хінолонів — лікування гонореї стали вести саме фторхінолонами. З початку 60-х до кінця 80-х рр. минулого століття отримано вже 4 покоління фторхінолонів. Сьогодні автори описують випадки лікування ЗПСШ за допомогою гатифлоксацину і моксифлоксацину (авелоксу), але підкреслюють, що в доступній літературі вони не зустріли результатів лікування гонококової інфекції моксифлоксацином [25].

І. В. Хамаганова (2007) вивчає кандидозний вульвовагініт і методи його лікування. Препарат вибору в даному випадку — флуконазол, який застосовують по 150 мг перорально однократно, а при рецидивній формі — по 150 мг перорально з повторним прийомом через 3 доби, потім флуконазол призначають по 150 мг на тиждень перорально протягом 6 міс. Оскільки часто спостерігається мікст-інфекція, зумовлена дріжджоподібними грибами і різними бактеріями, останніми роками використовують комплексні препарати, наприклад Макмірор комплекс (в одному вагінальному супозиторії міститься 10 г ніфурателу і 200 000 ОД ністатину). Обґрунтовано, на

думку автора, є комбінація антимікотичних засобів із метронідазолом, який має антибактеріальну, протипротозойну, трихомонацидну дію. Так, вагінальні супозиторії нео-пенотран містять 100 мг міконазолу й 500 мг метронідазолу, а вагінальні таблетки кліон — 100 мг міконазолу і 100 мг метронідазолу в одній дозі [26].

Таким чином, реальна загроза здоров'ю майбутніх поколінь — це інфекції, що передаються статевим шляхом, частота яких особливо збільшується серед підлітків. Тому важливою і найактуальнішою задачею дослідників є пошук нових методів діагностики і засобів лікування цієї патології, причому головним критерієм під час вибору схем лікування повинна бути їхня ефективність.

Необхідна спільна скоординована робота дерматовенерологічної, урологічної, акушерсько-гінекологічної й інших служб спільно з організаторами охорони здоров'я, щоб проблема сьогодення не стала катастрофою у майбутньому.

ЛІТЕРАТУРА

1. Bowden F. J., Gamett G. P. Trichomonas vaginalis epidemiology: parameterising and analyzing a model of treatment interventions // Sex. Transm. Inf. — 2000. — Vol. 76. — P. 248-256.
2. Чінов Г. П. Поширеність і клінічна характеристика хламідіозу і трихомоніазу — двох найчастіших статевих інфекцій: Огляд сучасних літературних даних та показників статистичної звітності // Укр. журн. дерматол., венерол., косметології. — 2005. — № 1 (16). — С. 74-81.
3. Дифференцированные подходы к лечению больных урогенитальным хламидиозом / А. Д. Дюдон, Н. Н. Полион, С. А. Дюдон, Ю. Н. Полион // Там же. — 2006. — № 1. — С. 84-87.
4. Халдин А. А., Фадеев А. А., Изюмова И. М. Урогенитальные инфекции «второй генерации» и возможности их этиотропной терапии // Леч. врач. — 2007. — № 4. — С. 39-42.
5. Кокolina В. Ф. Урогенитальный хламидиоз у детей // Леч. врач. — 2007. — № 3. — С. 37-39.
6. Ермоленко Д. К., Ермоленко Е. И., Исаков В. А. Применение пребиотика при антибиотикотерапии больных с урогенитальным хламидиозом // Леч. врач. — 2006. — № 9. — С. 86-87.
7. Аврамов П. С. Лечение больных рецидивирующим генитальным герпесом // Дерматол., косметол., сексопатология. — 2001. — № 2-3 (4). — С. 175-178.
8. Маркевич К. Г., Степаненко В. І. Генітальна герпетична інфекція: сучасний стан проблеми та перспективи її розв'язання // Укр. журн. дерматол., венерол., косметології. — 2005. — № 2. — С. 86-97.
9. Кускова Т. К., Белова Е. Г. Семейство герпес-вирусов на современном этапе // Леч. врач. — 2004. — № 5. — С. 6-11.
10. Коляденко В. Г., Павлишин А. В. Профилактика и лечение генитального герпеса: современное состояние проблемы // Укр. журн. дерматол., венерол., косметології. — 2006. — № 2 (21). — С. 94-96.
11. Leone P. A., Trotter S., Miller J. Valacyclovir for episodic treatment of genital herpes: a shorter 3-day treatment course compared with 5-day treatment // Clin. Infect. Dis. — 2002. — Vol. 34, N 7. — P. 958-962.

12. *Ones-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes* / R. Patel, N. J. Bodsworth et al. // Abstract FC4-03, 5th EUROGIN, France, April 13-16, 2003.
13. *Valacyclovir for the treatment of genital herpes* / J. S. Brantley, L. Hicks, K. Sra, S. K. Tyring // *Expert Rev. Anti Infect. Ther.* — 2006. — Vol. 4, N 3. — P. 367-376.
14. *Fife K. H., Almekinder J., Ofner S.* A comparison of one year of episodic or suppressive treatment of recurrent genital herpes with valacyclovir // *Sex. Transm. Dis.* — 2007. — Vol. 34, N 5. — P. 297-301.
15. *Reduction of HIV-1 RNA levels with therapy to suppress herpes simplex virus* / N. Nagot, A. Ouédraogo, V. Foulongne et al. // *N. Engl. J. Med.* — 2007. — Vol. 356, N 8. — P. 790-799.
16. *Suppressive therapy with valacyclovir in early genital herpes: a pilot study of clinical efficacy and herpes-related quality of life* / H. H. Handsfield, T. Warren, M. Werner, J. A. Phillips // *Sex. Transm. Dis.* — 2007. — Vol. 34, N 6. — P. 339-343.
17. *Suppressive valacyclovir therapy: impact on the population spread of HSV-2 Infection* / J. R. Williams, J. C. Jordan, E. A. Davis, G. P. Garnett // *Sex. Transm. Dis.* — 2007. — Vol. 34, N 3. — P. 123-131.
18. *Шульженко А. Н., Зуйкова И. Н.* Современные подходы к диагностике и лечению герпесвирусных инфекций // *Леч. врач.* — 2007. — № 5. — С. 52-55.
19. *Литова Е. В., Хрзян Р. С.* Возможные принципы рецидивов урогенитального кандидоза и генитального

- герпеса: клинично-лабораторное обследование, комбинированная терапия // *Вестн. дерматол. и венерологии.* — 2007. — № 1. — С. 50-54.
20. *Белова Е. Г., Кускова Т. К.* Герпесвирусы VI, VII, VIII типов // *Леч. врач.* — 2006. — № 2. — С. 76-79.
21. *Кисина В. И.* Урогенитальный трихомониаз: проблемы и пути их решения // *Инф., передав. полов. путем.* — 2001. — № 6. — С. 14-17.
22. *Бутов Ю. С., Горина Е. Ю.* Эффективность секнидазола при лечении трихомониаза // *Там же.* — 2001. — № 4. — С. 31-33.
23. *Бондаренко Г. М., Никитенко И. Н.* Новый метод лечения урогенитального трихомониаза у женщин // *Дерматол. та венерологія.* — 2005. — № 1 (27). — С. 78-80.
24. *Мониторинг антибиотикорезистентности N. gonorrhoeae и молекулярных механизмов ее развития в Российской Федерации* / А. А. Кубанова, В. М. Говорун, Н. В. Фриго и др. // *Дерматология.* — 2006. — № 5. — С. 17.
25. *Колиева Г. Л., Кисина В. И., Яковлев С. В.* Эпидемиология гонококковой инфекции и клиническое значение устойчивости *Neisseria gonorrhoeae* к фторхинолонам: Обзор литературы // *Инф., передав. полов. путем.* — 2003. — № 3. — С. 4-15.
26. *Хамаганова И. В.* Кандидозный вульвовагинит // *Леч. врач.* — 2007. — № 3. — С. 50-53.

УДК 616.12-009.72-08:615.272.4

О. В. Телятников

СТАН NO-СИНТАЗНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ СТАТИНАМИ

Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, Одеса, Україна

УДК 616.12-009.72-08:615.272.4

А. В. Телятников

СОСТОЯНИЕ NO-СИНТАЗНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ СТАТИНАМИ

Военно-медицинский клинический центр Южного региона, Одесса, Украина

Обследовано 40 больных со стенокардией напряжения II–III ФК на фоне приема аторвастатина в суточной дозе 20 мг. Нормализовалась активность NO-синтазы, содержание нитритов в плазме крови снижалось, а нитратов — значительно увеличивалось. В группе больных, которые не принимали статины, отмечалось повышение активности NO-синтазы в плазме крови.

Ключевые слова: статины, NO-синтаза, нитраты, нитриты, ишемическая болезнь сердца.

UDC 616.12-009.72-08:615.272.4

O. V. Telyatnikov

NO-SYNTHASE SYSTEM CONDITION IN PATIENTS SUFFERING FROM ISCHEMIC HEART DISEASE AFTER THERAPY WITH STATINS

The Military Medical Clinical Center of the South Region, Odesa, Ukraine

40 patients suffering from exertional angina pectoris of II–III functional classes (FC), who took atorvastatin in a daily dose of 20 mg were examined. The therapy resulted in increase of NO-synthase activity, decrease in content of nitrites, increase in content of nitrates. Another group of patients who didn't take statins had increase in NO-synthase activity in the blood plasma.

Key words: statins, NO-synthase, nitrites, nitrates, ischemic heart disease.

Вступ

Сьогодні інгібітори β-гідрокси-β-метилглутарил-коензим-А-редуктази — статини — одна з основних груп препаратів для лікування, а також первинної та вторинної профілактики ішемічної хвороби серця (ІХС) й атеросклерозу. Холестерин-

знижувальний ефект дії статинів приводить до зниження рівня загального холестерину й головних ліпідних фракцій, що сприяє покращанню функції ендотелію та зменшує ступінь оксидантного стресу [1].

Відомо, що, крім холестеринзнижувальних, статини мають плейотропні властивості, а саме: