

## ВОЗМОЖНОСТИ СОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

**ИВАН ВЛАДИМИРОВИЧ КЛЮШКИН**, докт. мед. наук, профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-919-624-96-40, e-mail: hirurgivan@rambler.ru

**ЮЛИЯ АРКАДЬЕВНА КЛЮШКИНА**, канд. мед. наук, врач ультразвуковой диагностики отделения диагностики ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, ассистент кафедры ультразвуковой диагностики ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-919-625-68-25, e-mail: klyushkina\_1974@mail.ru

**Реферат.** Цель исследования — использовать комбинированное ультразвуковое исследование для диагностики и дифференцированного подхода к пациентам с кожными новообразованиями. Проблема лечебной тактики у больных с кожными новообразованиями, несмотря на их поверхностное расположение, вызывает много вопросов у врачей-клиницистов, дерматологов и онкологов, наибольшая часть больных обращается в амбулаторные медицинские организации. **Материал и методы.** Обследовано 39 амбулаторных пациентов от 20 до 67 лет с косметическим дефектом и чувством дискомфорта в области кожных образований. **Результаты и их обсуждение.** Выявлено, что ультразвуковое исследование позволяет с большой степенью достоверности визуализировать размеры, экзоструктуру образования, границы и прорастание в близлежащие ткани. Оцениваются патологические процессы в мягкотканых образованиях, сопровождающиеся изменением регионарного кровотока, вид сосудов, а также наличие или отсутствие избыточной васкуляризации. Полученная информация о сосудах позволяет судить о доброкачественности или злокачественности процесса в новообразовании, а изменения в тканях, окружающих образование, позволяет судить о возможных воспалительных посттравматических и инфекционных составляющих патологического процесса. **Заключение.** В ходе исследования проанализирована ультразвуковая семиотика наиболее часто встречающихся кожных новообразований, пигментные невусы, опухоли из сальных желез, дерматофибромы и фибромы кожи, сосудистые опухоли. При анализе перечисленных новообразований приведены наиболее патогномичные для них ультразвуковые признаки, что позволяет принять правильное решение в выборе лечебной тактики. Информация о виде кровоснабжения, получаемая при ультразвуковом исследовании, позволяет своевременно скорректировать тактику лечения. Несомненным достоинством ультразвукового исследования является его доступность, возможность полипозиционного сканирования и бесконтрастной оценки васкуляризации. Для сканирования необходимо использовать поверхностные высокочастотные датчики.

**Ключевые слова:** кожа, новообразования, ультразвуковое исследование, кровоснабжение, ультразвуковой датчик.

## POTENTIAL OF ULTRASOUND IN DERMAL NEOPLASMS DIAGNOSTIC

**IVAN V. KLYUSHKIN**, doctor of medicine, professor of chair of the general surgery of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia, tel. 8-919-624-96-40, e-mail: hirurgivan@rambler.ru

**JULIA A. KLYUSHKINA**, candidate of medical sciences, ultrasonographer of unit of diagnostics of GAUZ GKB № 7 of Kazan, assistant to chair of ultrasonic diagnostics of SBEI APE «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia, tel. 8-919-625-68-25, e-mail: klyushkina\_1974@mail.ru.

**Abstract.** Aim. Research objective — to use the combined ultrasound for diagnostic and the differentiated approach to patients with skin new growths. Problem of medical tactics in patients with skin new growths, despite their superficial arrangement, causes many questions among clinical physicians, dermatologists and oncologists. Most of these patients consult in outpatient medical organizations. **Material and methods.** 39 ambulatory patients from 20 to 67 years, with cosmetic defect and feeling of discomfort in area of skin new growths are surveyed. **Results and discussion.** Demonstrated that ultrasound allows visualizing with big degree of reliability the size, structure of new growths, its borders and germination in nearby tissues. We estimated pathological processes in the soft tissues of new growth. This processes being accompanied with regionary blood-flow changes, type of vessels changes, and existence or absence of vascularisation. Received information of vessels, allows to determine benign or malignancy processes in a new growth. Nearby tissue changes shows possible inflammatory post-traumatic and infectious components of pathological process. **Conclusion.** We analyzed ultrasound semiotics of most often skin new growths: a pigmentary nevus, tumors from sebaceous glands, dermatofibromas, skin fibromas and vascular tumors. The most patognomic signs are produced to make the correct decision in a choice of medical tactics. Information on a type of the blood supply, received at ultrasound allows to correct treatment tactics in time. The undoubted advantages of ultrasound are availability, possibility of polyposition survey and a assessment of a vascularisation without contrast. For scanning it is necessary to use superficial high-frequency sensors.

**Key words:** skin, new growths, ultrasound, blood supply, ultrasound sensors.

**В**ведение. Кожные новообразования являются одним из сложных разделов диагностики, в том числе и онкоморфологии, что обусловлено большим числом нозологических форм и их вариантов, многообразием гисто- и морфогенеза, сложностями диффе-

ренциального диагноза при наличии весьма близкой структурной и клеточной характеристики опухолей, разнообразием клинического течения и прогноза [7].

Частота опухолей мягких тканей в общей структуре онкологических заболеваний составляет до

5%. Среди них выделяют три основные группы опухолей: доброкачественные, злокачественные и промежуточные [10]. Однако возможна и малигнизация длительно существующих доброкачественных образований. Несмотря на то что в данной группе доброкачественные новообразования преобладают над злокачественными, отсутствие онкологической настороженности у врачей первичного (поликлинического) звена приводит к тому, что уточняющая диагностика часто запаздывает, и 2/3 больных не получают должного лечения [2, 6].

Использование ультразвуковых методик в клинической практике стали обычным явлением, что обусловлено доступностью, относительной простотой исследования и отсутствием противопоказаний. Ультразвуковое исследование (УЗИ) в диагностике мягкотканых образований по точности, специфичности и чувствительности не уступает компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Понятия УЗИ и ультразвуковая томография (SonoCT) стали идентичными, а отсутствие ионизирующего излучения при наличии больших диагностических возможностей привело к тому, что количество ультразвуковых исследований в клинике стали намного превышать количество рентгеновских исследований [3, 11]. Появление и широкое внедрение в практику новых высокочастотных линейных датчиков (с частотой сканирования 7—30 МГц), ультразвуковой доплерографии, эхогистографии и эластометрии [1] позволило получить более подробную информацию о патологических образованиях поверхностных мягких тканей [5, 9].

Патологические процессы, затрагивающие мягкие ткани, сопровождаются изменением регионарного кровотока, отсутствием или наличием васкуляризации, ее характера, что позволяет провести дифференциальную диагностику доброкачественности процесса. Изменение уровня васкуляризации дает дополнительную информацию к стандартному ультразвуковому исследованию при воспалительных, посттравматических и инфекционных образованиях, соответственно применение методики цветовой и энергетического доплеровского картирования значительно повышает диагностические возможности ультразвукового исследования [8, 12]. Применение методики эластографии по цветовой картограмме позволяет определить коэффициент жесткости образования [4, 13].

*Целью* нашего исследования явилось изучение комплексной ультразвуковой методики с применением доплерографического режима, эластографии у амбулаторно-поликлинических пациентов с новообразованиями кожи для своевременной постановки правильного диагноза, планирования оперативного вмешательства и прогнозирования послеоперационного периода.

**Материал и методы.** Было проведено 139 исследований у больных с кожными новообразованиями в возрасте от 20 до 67 лет, обратившихся за амбулаторной помощью по поводу косметического дефекта кожи, чувства дискомфорта при соприкосании этих образований с одеждой, изменения цвета новообразования, увеличения его размеров, изменения структуры, кровоточивости, повышенной ранимости, появления изъязвлений. Исследование проводилось на ультразвуковых сканерах «Acuson XG» корпорации «Medison» (Корея), «Medison A30» корпорации

«Medison» (Корея), «Toshiba Applio» (Япония), мультимодальным линейным датчиком 5—13 МГц. Алгоритм обследования строился следующим образом: в начале В-режим в двух взаимно перпендикулярных плоскостях с последующим переходом в режим доплерографии для оценки регионарного кровотока. Для объективности исследования датчик ставился строго перпендикулярно к плоскости образования, так как даже при незначительных наклонах датчика возникали артефакты, искажающие истинную картину. Исследование пациентов с визуализируемыми и пальпируемыми дермальными образованиями проводилось без предварительной подготовки вне зависимости от локализации образования с осмотром близлежащих тканей и контрлатеральных сегментов для сравнительного анализа.

При проведении исследования пациент находился в наиболее удобном положении для мультиплоскостного ультразвукового доступа к образованию для выявления максимальной достоверности глубины залегания, размеров, контуров и границ, эхоструктуры образования, связи с анатомическими образованиями. Протокол обследования строился, как правило, в описательной форме с обязательным указанием следующих характеристик в соответствующей последовательности:

- место расположения с указанием поверхности, уровня, сегмента;
- глубина залегания с указанием слоя, прорастающее или непрорастающее в подкожно-жировую слой или поверхностную фасцию;
- размеры, контуры (ровные, неровные, четкие, нечеткие);
- эхоструктура (однородная, неоднородная), эхогенность;
- кровоток в режиме цветовой и энергетического доплеровского картирования, спектральном доплере, по возможности эластометрия;
- предварительное заключение [эхографические признаки образования мягких тканей (кожи) предположительно доброкачественной, переходной (предраковой) или злокачественной природы].

**Результаты и их обсуждение.** Были выявлены следующие ультразвуковые симптомы патологических изменений.

*Пигментные невусы* (родимые пятна) обычно расположены в пределах кожи и характеризуются слегка возвышающимися пятнами темно-коричневой или черной окраски. Локализация их может быть различной, гигантские пигментные невусы часто покрыты волосами. Глубина их расположения характеризуется проникновением в собственно дерму. УЗИ проводится из косых параопухолевых доступов, оцениваются все пункты ранее изложенного протокола, особое внимание уделяется глубине залегания с возможной верификацией слоев мягких тканей, оценке контуров опухоли, эхогенности, отношению к окружающим тканям и степени васкуляризации (рис. 1).

*Опухоли из салльных желез* (наиболее часто атеромы). Опухолевидное образование наиболее часто встречается на лице, груди, спине, переднезадней поверхности бедер, выступает над поверхностью кожи размером от нескольких миллиметров до гигантских размеров — более 10 см. При УЗИ атеромы, как правило, переменного объема имеют довольно четкие, ровные контуры, содержимое опухоли неоднородное,

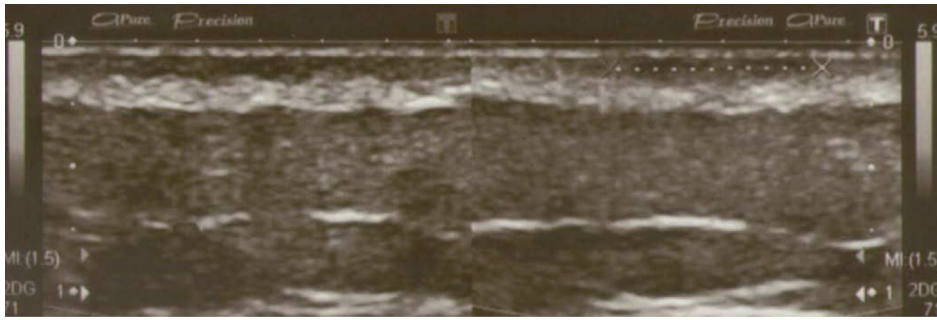


Рис. 1. В проекции пигментного невуса в толще кожи гипозоногенная линейная зона 16×1,6×8,5 мм с ровными относительно четкими контурами; в режиме энергетической доплерографии без признаков васкуляризации

умеренно гипозоногенное, связь с сосудами и нервами не выявляется, кровоток в образовании не регистрируется. При воспалении внутри могут появляться жидкостные включения, что свидетельствует о нагноении атеромы (рис. 2).

**Дерматофибромы и фибромы кожи.** Фиброма — доброкачественная опухоль, образованная зрелыми элементами соединительной ткани. Клинически представляет округлое или овальное образование, гладкой формы, плотной консистенции, безболезненное, часто на ножке. Дерматофибромы — внутрикожные образования плотнотканной консистенции, при пальпации подвижные и безболезненные, могут быть единичными и множественными, цвет кожи в пределах образования не изменен.

При УЗ-исследовании патологические образования небольших размеров имеют довольно четкие, ровные контуры, эхоструктура плотная, гиперэхогенная, с нали-

чием линейных эхоструктур, не имеют инфильтрирующего роста в окружающие ткани. При доплерографии опухоли могут регистрироваться сосуды правильной формы с низкими скоростями кровотока. Мягкие фибромы, возникающие чаще у пожилых людей, размерами от долей миллиметров до значительных 3—5 см в диаметре нуждаются в ультразвуковой диагностике на предмет их распространения в мягкие ткани, отношения к окружающим анатомическим образованиям и наличия в толще крупного сосуда (рис. 3).

**Сосудистые опухоли кожи.** Чаще всего гемангиомы в зависимости от вида бывают капиллярные, венозные, кавернозные. При планировании хирургического лечения в обязательном порядке подлежат УЗИ с оценкой вида кровотока, возможного питающего сосуда, глубины распространения опухоли, проникновения в окружающие ткани и вовлечения в процесс слоев мягких тканей (рис. 4).

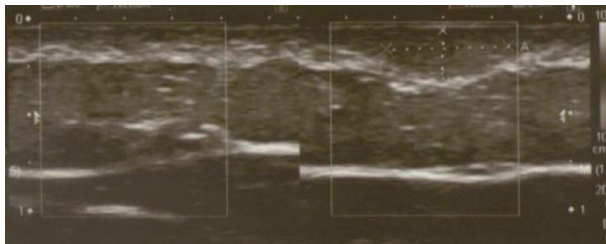


Рис. 2. Справа в толще кожного слоя гипозоногенное образование с ровными, относительно четкими контурами 7×2,5×7,5 мм, слегка выступающее над поверхностью кожи, в режиме доплерографии без признаков васкуляризации; слева — неизменный близлежащий участок кожи

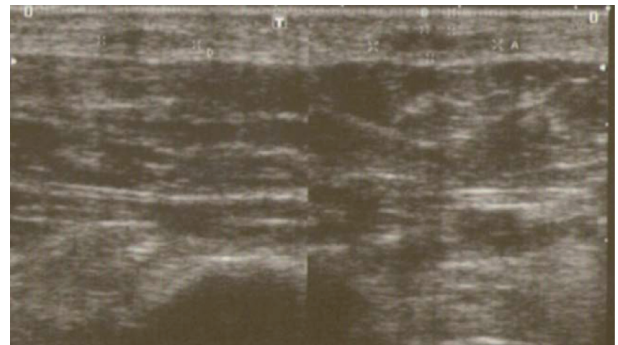


Рис. 3. Дерматофиброма подошвенной области

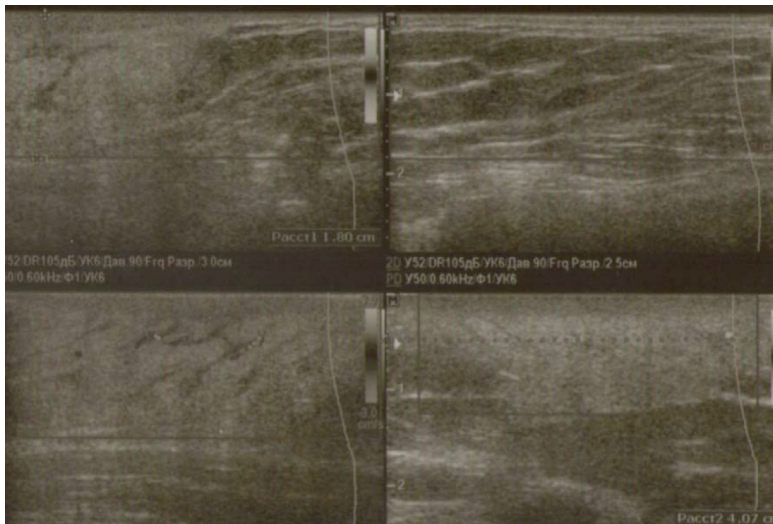


Рис. 4. По наружной поверхности плеча исходящее из кожи образование повышенной эхогенности неправильной формы, длинником до 48 мм, глубиной 18 мм, с относительно четкими контурами, рыхлой структурой, с наличием питающих сосудов; дифференциация между кожей и подкожно-жировой клетчаткой не прослеживается

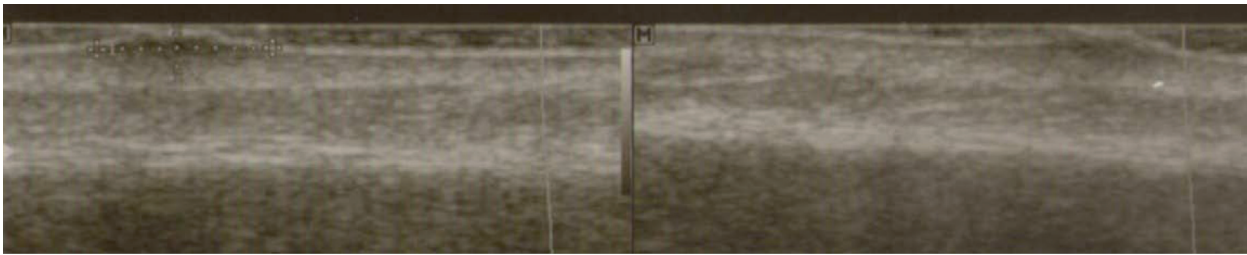


Рис. 5. В толще верхнего слоя кожи визуализируется выступающее над ней гипозоногенное образование 7×1,9×10 мм с ровными, четкими контурами, с огибающей зоной средней эхогенности поперечником до 2,0 мм. Толщина кожи в зоне образования до 2,6 мм, на отдаленных участках — 2,1 мм

Лимфатические сосудистые опухоли возникают обычно в коже, прорастая далее в глубокие мягкие ткани, могут встречаться как в виде единичных, так и множественных (иногда сливных) очагов. При УЗИ в протоколе обязательно фиксируются топография поверхности кожи с указанием глубины залегания, контуры, границы, прилежащие зоны, анализ кровотока (рис. 5).

**Заключение.** Таким образом, ультразвуковое обследование кожных новообразований с использованием комбинированной сонографии с обязательным включением методик доплеровского картирования и эластосканирования с большой степенью достоверности позволяет получить информацию о состоянии анализируемого кожного новообразования, его доброкачественности, что поможет врачам-хирургам принять правильное решение в выборе лечебной тактики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Веснин, А.Г.* Лучевая диагностика опухолей мягких тканей / А.Г. Веснин // Практическая онкология. — 2004. — № 1. — С.243—249.
2. *Вецмадян, Е.А.* Ультразвуковая диагностика липом мягких тканей с использованием методик цветового доплеровского картирования и эластографии / Е.А. Вецмадян, Г.Е. Труфанов, В.В. Рязанов, О.Т. Мостовая [и др.] // Вестник Российской военной медицинской академии. — 2012. — № 2(38). — С.43—50.
3. *Забелина, И.В.* Ультразвуковая диагностика повреждений мягких тканей нижних конечностей при спортивных травмах / И.В. Забелина // Ультразвуковая и функциональная диагностика: сб. тезисов 2-го Съезда врачей ультразвуковой диагностики Центрального федерального округа (Ярославль, 13—15 окт., 2010). — 2010. — № 4 — С.126.
4. *Зубарев, А.Р.* Ультразвуковое исследование опорно-двигательного аппарата у взрослых и детей: пособие для врачей / А.Р. Зубарев, Н.А. Неменова. — М.: Видар-М, 2006. — 136 с.
5. *Каминская, И.В.* Ультразвуковая томография в комплексной диагностике злокачественных опухолей мягких тканей туловища и конечностей у детей / И.В. Каминская, Н.А. Кошечкина // Детская онкология. — 2004. — № 3/4. — С.19—25.
6. *Клюшкина, Ю.А.* Ультразвуковая визуализация дермальных образований: учеб.-метод. пособие для врачей, аспирантов, ординаторов, интернов, студентов старших курсов медицинских вузов / Ю.А. Клюшкина, И.В. Клюшкин. — Казань: ИД МедДок, 2013. — 28 с.
7. *Курбанова, А.А.* Кожные болезни: руководство для врачей и студентов медицинских вузов / А.А. Курбанова. — М.: ГЭОТАР-Медцина, 1998. — 178 с.
8. *Пугачева, Е.Н.* Возможности комплексной ультразвуковой визуализации доброкачественных мягкотканых образований стопы и голеностопного сустава / Е.Н. Пугачева, И.В. Варакута, Л.В. Коришкова // Ультразвуковая и функциональная диагностика: тезисы VI Съезда РАСУДМ. — 2011. — № 5. — С.99.

9. *Опти, Дж.* Ультразвуковое исследование / Дж. Опти, Э. Хоуи, С. Вульстенхульм [и др.]; пер. с англ. под ред. В.А. Сандрикова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 256 с.
10. *Скрипкин, Ю.К.* Кожные и венерические болезни: руководство для врачей и студентов медицинских вузов / Ю.К. Скрипкин. — М.: Триада-фарм, 2001. — 656 с.
11. *Тухбатуллин, М.Г.* Современные ультразвуковые технологии в клинической практике / М.Г. Тухбатуллин, И.М. Алиева // Практическая медицина. — 2012. — № 5(60). — С.30—35.
12. *Федорова, И.В.* Современные возможности сонографии в дифференциальной диагностике опухолей мягких тканей / И.В. Федорова, И.Г. Фролова // Сибирский онкологический журнал. — 2004. — № 1. — С.49—50.
13. *Фатыхов, Р.И.* Применение ультразвуковых методов диагностики при выборе способа лечения синдрома «диабетической стопы» / Р.И. Фатыхов, И.В. Клюшкин // Трансфузиология XXI века: проблемы, задачи, перспективы развития: Междунар. науч.-практ. конф. по организационным и клиническим разделам в трансфузиологии; «День трансфузиолога». — Казань, 2013. — С.170—172.

#### REFERENCES

1. *Vesnin, A.G.* Luchevaya diagnostika opuholei myagkih tkanei / A.G. Vesnin // Prakticheskaya onkologiya. — 2004. — № 1. — S.243—249.
2. *Vecmadyan, E.A.* Ul'trazvukovaya diagnostika lipom myagkih tkanei s ispol'zovaniem metodik cvetovogo dopplerovskogo kartirovaniya i elastografii / E.A. Vecmadyan, G.E. Trufanov, V.V. Ryazanov, O.T. Mostovaya [i dr.] // Vestnik Rossiiskoi voenno-medicinskoj akademii. — 2012. — № 2(38). — S.43—50.
3. *Zabelina, I.V.* Ul'trazvukovaya diagnostika povrezhdenii myagkih tkanei nizhnih konechnostei pri sportivnyh travmah / I.V. Zabelina // Ul'trazvukovaya i funkcional'naya diagnostika: sb. tezisev 2-go S'ezda vrachei ul'trazvukovoi diagnostiki Central'nogo federal'nogo okruga (Yaroslavl', 13—15 okt., 2010). — 2010. — № 4 — S.126.
4. *Zubarev, A.R.* Ul'trazvukovoe issledovanie oporno-dvigatel'nogo apparata u vzroslyh i detei: posobie dlya vrachei / A.R. Zubarev, N.A. Nemenova. — M.: Vidar-M, 2006. — 136 s.
5. *Kaminskaya, I.V.* Ul'trazvukovaya tomografiya v kompleksnoi diagnostike zlokachestvennyh opuholei myagkih tkanei tulovischa i konechnostei u detei / I.V. Kaminskaya, N.A. Koshechkina // Detskaya onkologiya. — 2004. — № 3/4. — S.19—25.
6. *Klyushkina, Yu.A.* Ul'trazvukovaya vizualizaciya dermal'nyh obrazovaniy: ucheb.-metod. posobie dlya vrachei, aspirantov, ordinatorov, internov, studentov starshih kursov medicinskih vuzov / Yu.A. Klyushkina, I.V. Klyushkin. — Kazan': ID MedDok, 2013. — 28 s.
7. *Kurbanova, A.A.* Kozhnye bolezni: rukovodstvo dlya vrachei i studentov medicinskih vuzov / A.A. Kurbanova. — M.: GEOTAR-Medicina, 1998. — 178 s.
8. *Pugacheva, E.N.* Vozmozhnosti kompleksnoi ul'trazvukovoi vizualizacii dobrokachestvennyh myagkotkanyh obrazovaniy stopy i golenostopnogo sustava / E.N. Pugacheva, I.V. Varakuta, L.V. Koryshkova // Ul'trazvukovaya i funkcional'naya

- diagnostika: tezisy VI S'ezda RASUDM. — 2011. — № 5. — S.99.
9. *Opti, Dzh.* Ul'trazvukovoe issledovanie / Dzh. Opti, E. Houi, S. Vul'stenhul'm [i dr.]; per. s angl. pod red. V.A. Sandrikova. — M.: GEOTAR-Media, 2010. — 256 s.
  10. *Skripkin, Yu.K.* Kozhnye i venericheskie bolezni: rukovodstvo dlya vrachei i studentov medicinskih vuzov / Yu.K. Skripkin. — M.: Triada-farm, 2001. — 656 s.
  11. *Tuhbatullin, M.G.* Sovremennye ul'trazvukovye tehnologii v klinicheskoi praktike / M.G. Tuhbatullin, I.M. Alieva // Prakticheskaya medicina. — 2012. — № 5(60). — S.30—35.
  12. *Fedorova, I.V.* Sovremennye vozmozhnosti sonografii v differencial'noi diagnostike opuholei myagkih tkanei / I.V. Fedorova, I.G. Frolova // Sibirskii onkologicheskii zhurnal. — 2004. — № 1. — S.49—50.
  13. *Fatyhov, R.I.* Primenenie ul'trazvukovykh metodov diagnostiki pri vybere sposoba lecheniya sindroma «diabeticheskoi stopy» / R.I. Fatyhov, I.V. Klyushkin // Transfuziologiya XXI veka: problemy, zadachi, perspektivy razvitiya: Mezhdunar. nauch.-prakt. konf. po organizacionnym i klinicheskim razdelam v transfuziologii; «Den' transfuziologa». — Kazan', 2013. — S.170—172.

Поступила 06.06.14

© М.Г. Ногаяева, 2014

УДК 616.72-002-085:616.643-002-022.7

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ

**МАРАЛ ГАЗИЗОВНА НОГАЕВА**, канд. мед. наук, и.о. доцента кафедры амбулаторно-поликлинической терапии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан, e-mail: maral.nogayeva@mail.ru

**Реферат.** Цель работы — изучение эффективности и безопасности растительного препарата канефрон®Н в комплексном лечении больных урогенитальным реактивным артритом. *Материал и методы.* Обследованы 47 больных урогенитальным реактивным артритом в возрасте 18—44 лет (мужчины), средний возраст — 26,01±0,86. Пациенты были распределены на две группы: I группа (n — 27) получала этиотропную антибактериальную терапию, канефрон®Н в дозе по 2 драже 3 раза в день в течение трех месяцев и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) коротким курсом (ксефокам в дозе 8 мг в течение 7 дней *per os*), II группа (n — 20) — антибактериальную терапию и НПВП короткими курсами (ксефокам в дозе 8 мг в течение 7 дней *per os*). *Результаты и их обсуждение.* В I группе пациентов, получавших канефрон®Н, отмечено достоверное снижение ( $p < 0,05$ ) лейкоцитурии, бактериурии и лучшая субъективная оценка самочувствия по сравнению со II группой. Нормализация микрофлоры мочи (I группа) отмечалась на 2-й, а во II группе — на 4-й нед лечения. Исследование позволило выявить основные патогенные микроорганизмы — хламидии в 40% случаев, их различные сочетания с бактериальными агентами — в 25% случаев. *Заключение.* Полученные данные свидетельствуют о противомикробном и противовоспалительном эффектах канефрона®Н на фоне комплексной терапии, особенно при урогенной форме реактивного артрита (PeA).

**Ключевые слова:** реактивный артрит, уретрит, антибактериальная терапия, канефрон®Н.

## OPTIMISATION OF TREATMENT REACTIVE ARTHRITIS PATIENTS

**MARAL G. NOGAYEVA, PHD.**, the Acting lecturer of faculty outpatient therapy Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty city, e-mail: maral.nogayeva@mail.ru

**Abstract.** *Aim.* The purpose — to study the efficacy and safety of herbal drug Kanefron®N in the complex treatment of patients with reactive arthritis. *Material and methods.* The study included 47 patients with ReA aged 18 — 44 years (men), mean age — 26,01±0,86. Patients were divided into two groups: I group (n — 27) was obtained etiotropic antibiotic therapy Kanefron®N at a dose of 2 tablets 3 times a day for three months, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), short-course (Ksefokam at a dose of 8 mg for 7 days *per os*), II group (n — 20) — antibiotics and NSAIDs short courses (Ksefokam 8 mg for 7 days *per os*). *Results.* In the first group of patients treated with Kanefron®N showed a significant decrease ( $p < 0,05$ ) leukocyturia, bacteriuria, and better subjective health assessment in comparison with the second. The normalization of the microflora of urine (I group) was noted at the 2th, and in the II group on the 4th week of treatment. The study revealed the major pathogens — ureaplasma in 40% of cases, and their various combinations with bacterial agents in 25%. *Conclusion.* The findings suggest that Kanefron®N has antimicrobial and anti-inflammatory action in complex therapy in regard to urinogenous ReA.

**Key words:** reactive arthritis, urethritis, antibiotic therapy, Kanefron®N.

**Актуальность.** Заболевания опорно-двигательного аппарата занимают ведущее место среди всех причин первичной инвалидности взрослого населения, однако, по свидетельству многих исследователей, начало заболевания приходится на более молодой возраст. На сегодняшний день своевременная диагностика и рациональное лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата, и в частности патологии суставов, относят к одной из наиболее актуальных в деятельности врача-ревматолога.

Реактивные артриты (PeA) — негнойные «стерильные» воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата, индуцированные инфекциями внесуставной локализации, прежде всего мочеполового или кишечного тракта [7].

В настоящее время PeA относят к группе спондилоартропатий, что связано с поражением подвздошно-крестцовых сочленений и позвоночника. Спондилоартропатии представляют большой интерес для врачей ревматологов, ортопедов, травматологов, врачей