

Сравнительное распределение нозологических форм заболеваний передающихся преимущественно половым путем по результатам полимеразной цепной реакции

Егорова Е.В., Мезенцева С.Н., Бардаш Е.Г., Миронов М.А., Волков Б.В., Щербакова Е.В.

Пензенский государственный университет, Пенза

Лабораторией генетической диагностики Пензенского государственного университета за период с января 2002 г. по январь 2003 г. обследовано 572 человека на предмет выявления ДНК возбудителей хламидиоза, микоплазмоза, уреаплазмоза, трихомониаза, гонореи, герпеса 1-2 и ВПЧ 16/18 типов. Для проведения исследований использовались соскобы со слизистой уретры у мужчин и цервикального канала у женщин. Для постановки ПЦР применялись тест-системы производства ЦНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, постановка ПЦР осуществлялась в амплификаторе «Терцик». Обследовались больные, впервые обратившиеся в поликлинику пензенской областной больницы имени Н.Н. Бурденко, горбольницы, анонимные кож-вен. кабинеты. Пациенты предъявляли жалобы на расстройства уrogenитальной системы, либо обследовались в целях профилактики.

Из 572 обследованных (256 женщин и 316 мужчин), у 278 результат на урогенитальные инфекции был положительным (48,60%).

Частота встречаемости моноинфекций была представлена в следующем порядке.

- U.urealyticum - 33,81%
- Ch.trachomatis - 17,62%
- T.vaginalis - 6,47%
- M.hominis - 4,67%
- N.gonorrhoeae - 0,71%

В случае микст-инфекций лидировали сочетания Ureaplasma urealyticum с другими возбудителями.

- U.urealyticum – M.hominis - 10,07%,
- Ch.trachomatis – U.urealyticum - 5,75%,
- U.urealyticum - T.vaginalis - 3,59%,
- Ch.trachomatis- T.vaginalis - 2,87%
- M.hominis – T.vaginalis у - 1,79%
- Ch.trachomatis – M.hominis - 1,07%,

Также отмечалось выявление одновременно трех возбудителей.

- Ch.trachomatis – T.vaginalis – M.hominis - 0,71%
- Ch.trachomatis – M.hominis – U.urealyticum - 2,15%
- U.urealyticum – M.hominis – T.vaginalis - 2,15%
- Ch.trachomatis – U.urealyticum - T.vaginalis - 1,79%

Сочетание четырех возбудителей (Chlamydia trachomatis - Mycoplasma hominis - Ureaplasma urealyticum- Trichomonas vaginalis) обнаруживалось в 1,43% случаев.

Анализ полученных данных позволил сделать предположение об увеличении частоты встречаемости Ureaplasma urealyticum (в том числе у клинически здоровых пациентов). В предыдущие годы (2000-2001) лидирующие позиции занимал возбудитель урогенитального хламидиоза - Chlamydia trachomatis.

Течение периода отдаленной реконвалесценции при каникулезном лептоспирозе

Есипов Е.Н.

Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар

Течение периода отдаленной реконвалесценции изучено у 41 больного возрасте от 7 до 44 лет на момент выписки из стационара, перенесших лептоспироз, вызванный лептоспирами серогруппы Canicola. Все больные заболели лептоспирозом в 1998 г. во время купальной вспышки в г. Абинске. Тяжелая форма заболевания наблюдалась в 2 (4,9%) , среднетяжелая – в 39 (95,1%). Течение лептоспироза с желтухой имело место у 4 (9,8%) больных. В периоде ранней реконвалесценции, который начинался при среднетяжелой форме с 3-й, а при тяжелой – с 4-й недели заболевания и продолжался до 6-8 недель соответственно, преобладал астеновегетативный синдром. Сохранялись жалобы на общую слабость – у 40 (97,6%), периодическую головную боль – у 27 (65,9%), головокружение – у 7 (17,1%), боли в икроножных мышцах – у 2 (4,9%) больных. После выписки из стационара обследование реконвалесцентов проводилось через 3, 6, 9, 12 месяцев и далее 1 раз в полгода в течение 1999-2003 гг.

У 28 (68,2%) человек через 3-18 месяцев после перенесенного заболевания сформировались отклонения со стороны различных органов и систем организма. Через 18 месяцев патологические изменения не выявлены только у 13 (31,7%) человек. У 5 (12,2%) больных поражения различных органов и систем носило не изолированный, а сочетанный характер. У 12 (29,2%) реконвалесцентов в периоде поздней реконвалесценции имел место выраженный астеновегетативный синдром, проявляющийся слабостью, быстрой утомляемостью больных, головной болью. Нарушение функции почек отмечено у 3 (7,3%) реконвалесцентов и расценивалось как нефропатия и пиелонефрит. Миокардиодистрофия зарегистрирована в 2 (4,9%) случаях. Из жалоб отмечались боли в области сердца и одышка при физической нагрузке, слабость. При аускультации выявлялась глухость сердечных тонов. На ЭКГ – замедление внутрижелудочковой проводимости. В обоих случаях больные наблюдались кардиологом и неоднократно лечились в стационаре. Нарушение со стороны гепатобилиарной системы имели место у 8 (19,5%) реконвалесцентов. У них была увеличена печень, периодически отмечались боли в правом подреберье. Больные наблюдались по поводу хронического гепатита, хронического холецистита, хронического панкреатита и дискинезии желчевыводящих путей. В 2 из 8 случаев обнаруживались маркеры ВГВ и ВГС. Поражения глаз (иридоциклит, миопия тяжелой степени, астигматизм, ангиопатия сетчатки) зарегистрированы у 4 (9,7%) реконвалесцентов. У 1 (2,4%) реконвалесцента через 3 месяца после выписки из стационара развилась полирадикулонейропатия нижних конечностей. Больной в остром периоде перенес лептоспирозный менингит.

В 2003 году, через 5 лет после выписки из стационара, патологические изменения со стороны раз-