

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

Егорова Е.В., Мезенцева С.Н., Бардаш Е.Г., Мионов 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 расстройство 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-

личных органов и систем не выявлены у 20 (48,7%) и зарегистрированы у 21 (51,2%) человек, что отражает тенденцию к затяжному течению процесса и длительном сохранении патологии.

Таким образом, у переболевших каникулезным лептоспирозом в периоде поздней реконвалесценции формируются нарушения функции сердечно-сосудистой системы, почек, нервной системы, гепатобилиарной системы, органа зрения. Зарегистрированные осложнения со стороны различных органов и систем в 62,8% случаев манифестировались в сроки от 3 до 18 месяцев после острого заболевания. Выраженность и частота выявленных патологических изменений существенно не зависела от тяжести и формы заболевания в остром периоде, что говорит о наличии самостоятельных механизмов формирования осложнений в периоде поздней реконвалесценции лептоспироза.

Особенности диагностики и хирургическое лечение гнойных осложнений при роже

Жаров М.А

*Городская клиническая инфекционная больница,
Майкоп*

Диагностическими критериями рожи в типичных случаях являются: острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации, повышением температуры тела до 38-39°C и выше; преимущественная локализация местного воспалительного процесса на нижних конечностях и лице; развитие типичных местных проявлений с характерной эритемой, возможным местным геморрагическим синдромом; развитие регионарного лимфаденита; отсутствии выраженных болей в очаге воспаления в покое [А.А. Еровиченков и соавт., 2001]. Осложнения рожи, преимущественно местного характера, наблюдаются у 5-8% больных. К местным осложнениям рожи относят: абсцессы, флегмоны, некрозы кожи, пустулизацию булл, флебиты, тромбозы, лимфангиты, периадениты. Наиболее часто осложнения возникают у больных буллезно-геморрагической рожей. При тромбозах чаще поражаются подкожные и реже глубокие вены голени. К общим осложнениям, развивающимся у больных рожей достаточно редко, относятся - сепсис, инфекционно-токсический шок, острая сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии и др. [А.В. Безуглый, 1998; М.П. Королев и соавт., 2000; Jorgun-Ronstrom С., 1986]. Дифференциальный диагноз при роже проводится с большим кругом заболеваний, имеющих с ней общие симптомы. В начальном периоде болезни до появления изменений на коже рожу дифференцируют с гриппом и другими острыми респираторными инфекциями, менингитом, пищевыми токсикоинфекциями. При появлении местных изменений исключают - эризипеллоид, сибирскую язву, абсцесс, флегмону, тромбозы, нагноившуюся гематому, экзему, дерматит, токсикодермию, импетиго, опоясывающий герпес, узловатую эритему и др.

Диагностика гнойных осложнений при роже основывается на местных изменениях кожи и характеризуется: разлитой гиперемией с четкими границами, инфильтрацией мягких тканей, равномерной болез-

ненностью в очаге воспаления. Критериями клинко-лабораторного исследования для диагностики возникшего гнойного осложнения являются: продолжающаяся лихорадка в течение недели на фоне антибактериальной терапии, усиление локальной болезненности и появление признаков размягчения с флюктуацией в очаге рожи, увеличенного лейкоцитоза с нейтрофилезом и палочко-ядерным сдвигом влево. Для уточнения гнойно-воспалительного процесса в очаге рожи, показано проведение диагностической пункции.

Нами проведено комплексное лечение 179 больных рожей, сочетающее консервативную терапию и оперативные вмешательства в очаге воспаления. Данный метод основан на адекватной этиотропной и дезинтоксикационной терапии, законах фазового течения раневого процесса, при этом воспаление купируется, снижается эндотоксикоз, удаляется экссудат из патологического очага. Больным при поступлении в стационар, сразу проводится инфузионная терапия на фоне антибактериального, антиоксидантного и антикоагулянтного лечения. На очаг воспаления два раза в сутки в течение 2 – 10 дней прикладывается препарат на основе галавита, обладающий выраженным противовоспалительным, иммуностропным, антиоксидантным и репаративным действием.

Данная методика, носит упреждающий характер, предусматривает управление течением патологического процесса в очаге воспаления, исходя из особенностей его развития и основываясь на коррекции предупреждения развития осложнений.

Результаты исследования показали, что применяемый нами метод активного комплексного ведения больных рожей приводит к более быстрому купированию местных проявлений, сокращению частоты гнойных осложнений.

Таким образом, особенностями диагностики гнойных осложнений рожи являются клинко-лабораторные данные, включая диагностическую пункцию, а своевременно проведенное комплексное лечение позволяет добиться быстрой регрессии воспаления и препятствует развитию осложнений.

Опыт комплексного лечения рожи в условиях инфекционного стационара

Жаров М.А

*Городская клиническая инфекционная больница,
Майкоп*

Рожа на протяжении многих лет продолжает оставаться в числе наиболее актуальных проблем здравоохранения во всех странах мира. Особенности современного течения рожи являются: тенденция к хронизации и рецидивированию, преобладание геморрагических форм, замедление процессов репарации, развитие гнойно-некротических осложнений заболевания и остаточных явлений, приводящих к инвалидизации. Добиться более эффективной эрадикации β - гемолитического стрептококка, снижение трансформации негеморрагических форм рожи в геморрагические, ликвидации гнойных осложнений, возможно, при активном комплексном подходе в лечении ро-