

Литературные ссылки

1. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection / Fried MW [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2002. – V.347. – P. 975–982.
2. IL28B is associated with response to chronic hepatitis C interferon-alpha and ribavirin therapy / Suppiah V. [et al.] // Nat Genet. – 2009. – V. 41. – P. 1100–1104.
3. IL28B SNP rs12979860 Is a Critical Predictor for On-Treatment and Sustained Virologic Response in Patients with Hepatitis C Virus Genotype-1 Infection / Chun-Yen Lin [et al.] // PLoS ONE. –2011. – Vol. 6(3): e18322.
4. Genetic Variation in IL28B Is Associated With Chronic Hepatitis C and Treatment Failure: A Genome-Wide Association Study / A. Rauch [et al.] / Gastroenterology. -2010. – V. 138. – P. 1338–1345.

Нечипоренко Н.А., Нечипоренко А.Н.

ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМИТ ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Острый эпидидимит (ОЭ) у мужчин в возрасте 18-45 лет среди заболеваний мочеполовой системы занимает пятое место после простатита, инфекций мочевыводящих путей, МКБ и неосложненных инфекций, передаваемых половым путем [1, 2].

У молодых мужчин наиболее частой причиной ОЭ является инфицирование половым путем, возбудитель – *C. trachomatis*, а у старших мужчин – инфекции мочевыводящих путей (возбудитель – кишечная палочка) [3].

Цель исследования – установить роль хламидийной инфекции в развитии ОЭ.

Материал и методы. Наблюдали 82 мужчин, страдавших односторонним ОЭ. Возраст пациентов 19-40 лет.

Всем пациентам выполнялись общий анализ крови, анализ мочи, УЗИ органов мошонки, микроскопическое исследование мазков из уретры, 37 пациентом проведено исследование секрета простаты, 15 пациентом выполнен посев отделяемого из уретры и 7 пациентом выполнена уретроскопия с целью уточнения состояния слизистой мочеиспускательного канала.

После проведенного обследования проводилось хирургическое или консервативное лечение. Через месяц после операции пациентам проведено обследование с целью уточнения состояния пораженного придатка и простаты. Проводились осмотр и пальпация, выполнялся анализ секрета простаты, а методом ПЦР проведено обследование для исключения хламидиоза, уреа- и микоплазмоза.

Результаты. Из 82 пациентов 65 поступили в сроки до 5 суток от начала заболевания, остальные в сроки 5-11 суток.

В анализах мочи во всех случаях отмечена лейкоцитурия, в секрете простаты у 37 пациентов отмечено повышенное содержание лейкоцитов.

Гонококки обнаружены у 4-х пациентов. При уретроскопии во всех 7 случаях отмечена картина острого уретрита. В посеве отделяемого из уретры у 4 выделен стафилококк, у 3 – кишечная палочка, у 8 роста микрофлоры не отмечено.

Во всех случаях, по данным УЗИ, придаток яичка был увеличен, структура его была неоднородной. У 5 человек выявлены абсцессы придатка, у всех пациентов отмечено увеличенное содержание жидкости в оболочках яичка.

В клинике принята следующая тактика лечения пациентов с ОЭ и эпидидимитом. При давности заболевания не более 5 суток пациенту предлагаем хирургическое органосохраняющее вмешательство. Если пациент поступает в сроки более 5 суток от начала заболевания, то показаниями для операции являются только признаки абсцедирования придатка или большой реактивной водянки оболочки яичка. Если признаков абсцедирования, по данным УЗИ, нет, то пациенту проводится антибактериальная терапия.

Среди наших пациентов на операцию в день поступления согласились 50 человек из 65, которым вмешательство было предложено. Остальные 15 пациентов от операции отказались. Им и 17 пациентом с ОЭ давностью более 5 суток без признаков абсцедирования начато традиционное консервативное лечение: суспензорий, компрессы, фторхинолоны+доксикалин, дезинтоксикационная терапия. У 8 из этих 32 человек лечение эффекта не дало, и им было выполнено хирургическое вмешательство – эпидидимотомия (3) или эпидидимэктомия (5).

В послеоперационном периоде проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия и дезинтоксикационная терапия.

Среди 50 пациентов, которым проведено первичное хирургическое лечение, эпидидимотомия и дренирование полости мошонки выполнены в 45 случаях, первичная эпидидимэктомия – 2, вскрытие абсцесса придатка – 3.

После операции 46 пациентов были выписаны на 6-7-е сутки на амбулаторное лечение с выраженной положительной динамикой со стороны придатка и яичка. У 4 ($8,0 \pm 3,8\%$), пациентов несмотря на выполненную операцию (эпидидимотомия 3, эпидидимэктомия – 1), нарастали признаки гнойно-деструктивного поражения придатка и(или) яичка и они оперированы повторно: эпидидимэктомия выполнена 3 и орхиэктомия – 1.

При гистологическом исследовании биопсийного материала в 23 случаях выявлено гнойное воспаление, в остальных – серозное.

Через месяц после выписки из стационара повторно обследованы 38 человек, которые подверглись хирургическому органосохраняющему лечению. У 30 пациентов придаток пальпировался, но был значительно меньших размеров по сравнению с таковыми при поступлении, безболезненный. Лабораторно простатит диагностирован у 30-ти из них. Этим 30 пациентом проведено обследование и на хламидии, уреаплазмы, микоплазмы, гарднереллы. Хламидиоз выявлен у 11, (в ассоциации с микоплазмозом – у 3), уреаплазмоз – у 4-х.

У других 15 пациентов, у которых в анализе секрета простаты обнаружено повышенное количество лейкоцитов, был диагностирован неспецифический простатит и назначен интенсивный курс лечения ципрофлоксацином. Пациентам, у которых выявлены хламидии и уреаплазмы, проведено лечение доксициклином (7), фромилидом (8 человек). Эффект лечения проконтролирован через 4-6 недель после окончания курса лечения у 11 человек (хламидиоз – 9, уреаплазмоз – 2) методом ПЦР. Ни у одного пациента лабораторных признаков активного хламидиоза или уреаплазмоза не выявлено.

Таким образом, ОЭ у мужчин в возрасте 19-40 лет в большинстве случаев является следствием инфицирования уретры и простаты. В спектре возбудителей ОЭ значительную роль играет инфекция передаваемая половым путем, поэтому обследование на ИППП должно быть обязательным при ОЭ.

Заключение. Активная хирургическая тактика в первые 5 дней от момента возникновения инфекционного ОЭ (независимо от вида возбудителя) позволяет у большинства пациентов быстро купировать воспалительный процесс в придатке. Консервативное лечение ОЭ показано пациентом при давности заболевания, превышающей 5 суток в случае отсутствия признаков деструкции придатка. Всем пациентом с ОЭ показано обследование на предмет исключения хламидиоза.

Литературные ссылки

1. Урология: национальное руководство / под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024с.

2. Ханно, Ф.М. Руководство по клинической урологии (3-е издание) / Ф.М. Ханно, С.Б. Малкович, А.Д. Вейн. – Москва, 2006. – 543 с.
3. Клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с урологическими и нефрологическими заболеваниями/ Приказ МЗ РБ №920 от 22.09.2011) /В.И. Вощула [и др.]. – Минск, 2011. – 202 с.

Омельчук О.С., Стецкая Н.А., Парфенчик И.В., Пашинцева М.Е.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА-D(+) У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) продолжают занимать ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, уступая по массовости и экономическому ущербу только острым респираторным вирусным инфекциям и гриппу [1]. Среди пациентов с острыми кишечными инфекциями детей, госпитализированных в реанимационные отделения, острая почечная недостаточность (ОПН) выявляется примерно у 11% пациентов, включая одно из ее проявлений – гемолитико-уремический синдром (ГУС) [2]. Типичной формой, встречающейся в основном у детей, является ГУС, ассоциированный с диареей – ГУС-D(+).

Цель исследования – представить клинико-эпидемиологические особенности ГУС-D(+) у детей Гродненской области.

Материалы и методы. Ретроспективно были изучены истории болезни 18 детей с диагнозом ГУС, находившихся на стационарном лечении в отделении реанимации (ОРИТ) УЗ г. Гродно «Областная инфекционная клиническая больница» за период 1994–2011 годы.

Статистическая обработка данных проводилась на основе общепринятых критериев с использованием программы Statistica 5.5.

Результаты. За период 1994–2011 годы в ОРИТ УЗ «ГОИКБ» находилось на лечении 18 детей с диагнозом ГУС, примерно по 1 случаю в год. Возраст пациентов распределился следующим образом: дети до года составили 33,32%, от года до пяти – 50,1%, старше пяти лет – 16,6%. Средний возраст составил $3,47 \pm 1,2$ года. По полу: мужской – 33,3%, женский – 66,7%. Среди детей 5 были жителями г. Гродно, 5 – жители районных центров, 8 пациентов – жители сельской местности.