

значительно реже назначались цефалоспорины (12,7%). Достоверный ($p < 0,001$) рост частоты нейтропений у детей на фоне проводимого лечения свидетельствует о необходимости более тщательного подхода к решению вопроса о необходимости назначения антибактериального препарата для лечения ОРИ, а также длительности его использования.

Литературные ссылки

1. Таточенко В.К. Практическая пульмонология детского возраста / В.К. Таточенко. – 3-е издание – Москва, 2006. – С. 75-83.
2. Парамонова Н.С. Лечение и профилактика острых респираторных вирусных инфекций у часто болеющих детей: учебное пособие / Н.С. Парамонова, З.В. Сорокопыт. – Минск: «Зималетто», 2011. – С. 3- 5.
3. Козарезова Т.И. Болезни крови у детей: Учеб. пособие / Т.И. Козарезова, Н.Н. Климкович. – Мн.: Белорусская наука, 2001. – С. 163-174

Филиппович В.А.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

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

Актуальность. У значительного количества пациентов хронический простатит осложняется уретритом и везикулитом, эректильной дисфункцией, является причиной бесплодия, что обуславливает социальную значимость проблемы.

Лечение заболевания не всегда эффективно, часто возникают рецидивы, что обусловлено особенностями патогенеза заболевания, а также тем, что не все микроорганизмы, являющиеся этиологическими факторами, выявляются при стандартном лабораторном обследовании. Поэтому не все случаи возникновения так называемого абактериального простатита на практике являются таковыми. С другой стороны, многие случаи простатита вызываются смешанной флорой, в том числе бактериями, простейшими, грибами, вирусами. Вышеизложенное указывает на важность совершенствования лабораторной диагностики и разработки методов лечения форм простатита, вызванных смешанной флорой.

Цель исследования – усовершенствовать методику обследования пациентов с хроническим простатитом, уретропростатитом,

везикулитом, и дать рекомендации по лечению пациентов в зависимости от этиологии, наличия изменений в предстательной железе и семенных пузырьках.

Материал и методы. С января 2008 г. по январь 2011 г. проведено обследование 35 пациентов с хроническим простатитом, уретропростатитом, простатовезикулитом в возрасте от 25 до 55 лет. Часть пациентов имели длительный анамнез и неоднократные курсы лечения по поводу простатита, включающие антибактериальную терапию, физиотерапевтическое лечение, массаж предстательной железы.

Клиническими проявлениями простатита у 14 пациентов были боли в промежности, области таза, прямой кишки, яичек, полового члена. У 21 пациента наличие боли сочеталось с нарушениями акта мочеиспускания. У 6 отмечалась сексуальная дисфункция. У 5 пациентов были выделения из мочеиспускательного канала и у 4 – баланопостит.

Пациентам проводилось исследование в объеме: пальцевое ректальное исследование, определение уровня простатического специфического антигена, мазок из уретры, ПЦР, абдоминальное и трансректальное УЗИ предстательной железы и семенных пузырьков, уретроскопия. Пациентам с впервые выявленным простатитом проводилось микроскопическое исследование мазка из уретры и секрета простаты. При выявлении бактерий проводилось антибактериальное лечение, при его эффективности в дальнейшем проводилось динамическое наблюдение за пациентом. Если бактерии не были выявлены, пациенту проводилось обследование методом ПЦР. При выявлении хламидий, трихомонад или вируса герпеса проводилось этиотропное лечение, если данные возбудители не определялись – симптоматическое лечение, включающее физиотерапию и массаж предстательной железы.

Результаты. При пальцевом ректальном исследовании у 24 пациентов предстательная железа была напряженной, в разной степени болезненной, границы боковых стенок были нечеткими или не определялись. У 9 пациентов поверхность железы была неравномерной, с участками западения паренхимы, которые чередовались с неизменными участками. У 4 пациентов пальпаторно определялись увеличенные семенные пузырьки. Уровень простатического специфического антигена у всех пациентов не превышал нормы. Исследование мазка из уретры и простатического секрета цитологическим методом позволило выявить возбудителя у 18 (51,4%) пациентов.

При лабораторном ПЦР-обследовании у 30 (86%) пациентов были выявлены возбудители инфекционного процесса. Возбудителями

оказались хламидии (80%), трихомонады (51,4%) и вирус герпеса (28,5%). Кроме того, в секрете простаты часто выявлялась бактериальная флора, которая в 71,4% случаев была грамположительной и в 28,6% – грамотрицательной. Хламидийная моноинфекция была выявлена в 20% случаев, во всех остальных наблюдалась смешанная хламидийно-трихомонадная или хламидийно-трихомонадно-вирусная моноинфекция. Клинические проявления были минимальными у тех пациентов, у которых возбудитель не был выявлен и при хламидийной моноинфекции. При смешанной инфекции клинические проявления были выраженными и наряду с болью и дизурическими расстройствами сопровождались выделениями из уретры в 40% случаев и баланопоститом в 28% случаев.

Этиотропная терапия назначалась в зависимости от выявленных возбудителей, причем сначала проводилось противотрихомонадное и противовирусное лечение, а затем – противохламидийное. Терапия трихомониаза заключалась в назначении 5-нитроимидазолов и нитрофуранов в максимальных суточных дозировках двумя курсами по 7 дней с перерывом на 7-10 дней (метронидазол, орнидазол, ниморазол, ниуратель). При обнаружении герпесвирусной инфекции назначался ацикловир 0,4 5 раз в сутки 5-10 дней. В терапии хламидиоза применяли кларитромицин 0,5 2 раза в сутки в течение 10 дней или доксициклин 0,1 2 раза в сутки в течение 10 дней. Это привело к исчезновению или значительному уменьшению клинических проявлений у всех пациентов и у 31(88,5%) пациента отмечены улучшение или нормализация лабораторных показателей.

Заключение. У пациентов с часто рецидивирующим простатитом, а также при отсутствии эффекта от антибактериальной терапии необходимо проводить обследование, направленное на выявление трихомониаза, хламидиоза и герпетической инфекции.

Исследование мазка из уретры и простатического секрета цитологическим методом не всегда позволяет выявить возбудителя (в 51,4% случаев).

Для улучшения диагностики необходимо использовать комплексный подход с применением цитологических, культуральных, молекулярно-генетических (ПЦР) методов исследования, повышающих выявляемость возбудителей до 86%.

При выявлении смешанной хламидийно-трихомонадной или хламидийно-трихомонадно-вирусной инфекции целесообразно провести вначале противотрихомонадно-вирусную, а затем противохламидийную терапию.

Литературные источники

1. Ассоциированные инфекции при хроническом уретропростатите: проблемы диагностики и лечения / А.А. Гаврусев, К.Э. Ивинский, Н.Н. Полищук, А.В. Строчкин // Медицинские новости.-2009.-№8.-С.17-22.
2. Переверзев О.С. / Инфекции в урологии : Монография.- Харьков.:Факт, 2006.-352 с.

Ханенко О.Н.¹, Тонко О.В.¹, Левшина Н.Н.²

ИНФЕКЦИИ В ОБЛАСТИ ОЖГОВЫХ РАН У ДЕТЕЙ: ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ, РЕЗИСТЕНТНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», ²ГУ «Минский городской центр гигиены и эпидемиологии», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на постоянное совершенствование методик оказания медицинской помощи пациентам с термическими травмами, инфекции в области ожоговых ран у детей по-прежнему представляют актуальность. Серьезной проблемой на современном этапе является также высокая резистентность к антибактериальным препаратам госпитальных штаммов микроорганизмов – возбудителей инфекций в области ожоговых ран.

Цель исследования – определить видовой состав возбудителей, изолированных из ран детей с ожогами, находившихся на госпитализации в Белорусском республиканском ожоговом центре (РОЦ), а также резистентность основных этиологических агентов инфекций в области ожоговых ран к антибиотикам.

Материалы и методы. Забор биологического материала из ран 638 детей в возрасте до 17 лет с ожогами для микробиологического исследования осуществлялся медицинскими работниками РОЦ в процессе выполнения перевязок или хирургических операций.

Микробиологические исследования выполнены в аккредитованной лаборатории ГУ «Минский городской центр гигиены и эпидемиологии». Идентификацию выделенных бактерий до вида проводили в соответствии с требованиями действующих нормативных документов, а также с помощью микробиологического анализатора mini Api, VITEK 2 Compact. Устойчивость бактерий к антибиотикам определяли диско-