

ская катаракта — у 11(40 %), деструкция стекловидного тела — у 11 (40 %), изменение цвета радужки и дистрофия радужки — у 13 (46 %), что при биомикроскопии является важным диагностическим критерием для подтверждения развития металлоза в тканях глаза, у одного пациента отмечался вялотекущий увеит, в одном случае эндофтальмит. Проведенная витреоретинальная хирургия позволила удалить внутриглазные инородные тела у 14 пациентов, т. е. 50 % операций закончились удалением инородных тел. В 3 случаях не удалось удалить инородное тело во время проведения ВРХ в нашем отделении, остальным 6 пациентам инородные тела были удалены диасклеральным методом с применением магнита на этапе ПХО раны. В послеоперационном периоде все пациенты получали противовоспалительную терапию, направленную на профилактику развития в послеоперационном периоде увеита, эндофтальмита, симпатической офтальмии и др. осложнений. В результате проводимого комплексного лечения, включающего ВРХ и противовоспалительную терапию осложнения развились у 2 пациентов (7%): 1 случай угрозы экспульсивной геморрагии на этапе удаления ПФОС по поводу хирургического лечения отслойки сетчатки, у 1 пациента развился эндофтальмит

Выводы

1. Проникающие ранения с наличием внутриглазных инородных тел по нашим наблюдениям в 57 % сопровождаются тотальным гемофтальмом и в 43 % случаев отслойкой сетчатки. Наличие внутриглазных инородных тел требует высокотехнологичных методов оперативного вмешательства — ВРХ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витреоретинальная хирургия отслойки сетчатки на глазу с металлозом вследствие вовремя недиагностированного внутриглазного инородного тела, расположенного в заднем сегменте глаза / Н. М. Самохвалова [и др.] // ГУ РНПЦ «Радиационной медицины и экологии человека»/«Современные технологии лечения витреоретинальной патологии»; под ред. Х. П. Тахчиди, IX научно-практическая конференция с международным участием. — М., 2011.
2. Амбарцумян, А. Р. Роль ультразвуковой биомикроскопии в диагностике офтальмосидероза / А. Р. Амбарцумян / ГУ «НИИ глазных болезней РАМН» Журнал российская офтальмология Восток — Запад /раздел «Травмы органа зрения. Реконструктивные и пластические операции». — 2011.
3. Поченко, И. В. Наш опыт витреоретинальной хирургии проникающих ранений с наличием внутриглазного инородного тела / И. В. Поченко, Ю. Л. Белькевич, Н. М. Самохвалова / ГУ РНПЦ «Радиационной медицины и экологии человека»/«Современные технологии лечения витреоретинальной патологии», под редакцией Х. П. Тахчиди, IX науч.-практ. конф. с междунар. участием. — М., 2011.

УДК 616.972:316

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СИФИЛИСОМ

Матюшенко Е. А., Зборовский В. Ю., Полын И. В.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Сифилис — хроническая венерическая болезнь, вызываемая бледной трепонемой. Очаги специфического воспаления при сифилисе могут образовываться во всех органах и тканях. Сифилису свойственно многолетнее течение с периодическими ремиссиями (латентная стадия) и обострениями, постепенным возрастанием тяжести поражения. Выделяют приобретенный и врожденный сифилис.

Сифилис является классическим и наиболее массовым представителем инфекций передающихся половым путем. Он отражает сложившуюся эпидемическую ситуацию по инфекциям передаваемым половым путем и социально-экономическое состояние населения Гомельской области. Вспышки заболеваемости регистрируются через 25–30 лет.

Во время последней из них, пик заболеваемости был зарегистрирован в 1996 г. (более 21 тыс. больных в Республике Беларусь). По оценкам ВОЗ, ежегодно во всем мире сифилисом инфицируются более 15 млн человек [2].

Заболевание передается главным образом половым путем; группами риска являются проститутки, гомосексуалисты, лица, имеющие беспорядочные половые связи, наркоманы. Возможно бытовое (неполовое) заражение при прямом контакте с больным заразной формой сифилиса и через предметы, загрязненные выделениями больного (например, слюной, гноем), содержащими возбудителей заболевания. Вероятность бытового сифилиса тем больше, чем ниже уровень санитарно-гигиенических навыков населения, поэтому он чаще встречается в развивающихся странах. Особенно чувствительны к заражению при бытовом контакте дети младшего возраста. Крайне редко наблюдаются случаи заболевания сифилисом медперсонала при выполнении служебных обязанностей без соблюдения мер предосторожности (профессиональный сифилис) и случаи заражения при переливании консервированной крови (трансфузионный). При заболевании сифилисом беременных в результате трансплацентарного проникновения бледных трепонем инфицируется плод, что ведет к его гибели или к рождению ребенка с врожденным сифилисом [1].

Признаки сифилиса появляются после инкубационного периода продолжительностью от 10 до 90 дней (в среднем 3–4 недели) в виде образования первичной сифиломы (первичный сифилис). Сифилома представляет собой небольшой (1 см в диаметре), единичный, плотный, безболезненный узел, располагающийся в месте внедрения трепонемы, на поверхности которого возникает язва с чистым дном — твердый шанкр. Самая распространённая локализация шанкра — аногенитальная зона (пенис, вульва, шейка матки, анус), реже твердый шанкр обнаруживают на губах, языке. Иногда язвы бывают атипичными: множественными, болезненными, гнойными, экстрагенитальными (шанкр-панариций, шанкр-амигдалит, баланит Фольмана). Первичная сифилома самостоятельно регрессирует в течение нескольких недель с образованием рубца. Через 3–6 недель после образования шанкра в результате бактериемии появляются признаки вторичного сифилиса в виде распространенных высыпаний (сифилидов) на коже (чаще на ладонях и подошвах) и слизистых оболочках. Сыпь может иметь характер розеол, папул, везикул или пустул. Элементы сыпи заразны, любой контакт с поврежденной кожей или слизистыми оболочками больного может привести к развитию заболевания. Сыпь исчезает без лечения в течение нескольких недель или месяцев. К другим проявлениям вторичного сифилиса относят небольшую лихорадку, головные боли, ангину, гнездную аллопецию, генерализованную лимфаденопатию, увеит (сифилис глаз), менингит, гепатит, гломерулонефрит. Происходит чередование периодов активности заболевания с латентными.

Для латентного сифилиса характерно наличие положительных серологических реакций на сифилис без клинических проявлений.

Развитие третичного сифилиса происходит через 3–6 лет после заражения. Морфологической основой этого периода считают гранулематозное воспаление. Поражение кожи и слизистых оболочек проявляется образованием узлов, бляшек или язв (гуммозный сифилис), сердечнососудистой системы — развитием стенокардии, стеноза устьев коронарных артерий, клапанного поражения (чаще аортального), аневризмы грудного отдела аорты, опорнодвигательного аппарата — развитием артритов. Нейросифилис наблюдают у 3–7 % больных, не леченных на ранних стадиях заболевания. Он может протекать по типу менингита (лихорадка, головная боль, ригидность затылочных мышц) или менингососудистого поражения (мышечная слабость, потеря чувствительности, ухудшение зрения). В поздних стадиях заболевания возникает паренхиматозный нейросифилис (прогрессивный паралич, сухотка спинного мозга), который может длиться в течение многих лет. Бывает и бессимптомное течение нейросифилиса. Третичный си-

филис приводит к психическим и неврологическим расстройствам, слепоте, тяжёлым поражениям сердца и сосудов и смерти [1, 3].

Цель

Оценить:

- 1) качество жизни пациентов, страдающих сифилисом;
- 2) сложившуюся эпидемическую ситуацию по сифилису в Гомельской области;
- 3) социально-экономическое состояние населения по данным о заболеваемости сифилисом.

Материалы и методы исследования

Работа была выполнена на базе Гомельского областного кожно-венерологического диспансера. Было исследовано 25 пациентов, у которых мы определяли социальный статус, семейное положение, и количество половых партнеров. Также были обследованы контактные больные.

Результаты исследования

За 2012 г. в Гомельской области был зарегистрирован 61 пациент, страдающий сифилисом. Все пациенты были выявлены активно. Причем, дерматовенерологами было выявлено 47,5 % случаев, гинекологами — 3,3 %, урологами — 1,6 %, врачами других специальностей (как правило при прохождении серологических исследований на сифилис при госпитализации) — 36 %. У 8,2 % пациентов сифилис определили при прохождении профосмотра, доноры составили 3,3 %. Мы изучили структуру занятости данной группы пациентов. Таким образом, рабочие составили — 16 % от всех больных сифилисом, служащие — 7 %, пенсионеры — 3 %, студенты — 8 %. Не работали — 34 % в исследуемой группе. Изучая семейное положение пациентов, мы определили, что лишь 36 % пациентов, страдающих сифилисом, состоят в браке.

Выводы

1. Наибольшая заболеваемость сифилисом регистрируется среди безработных.
2. Большинство пациентов, заболевших сифилисом, не состоят в браке.
3. Гинекологи и урологи выявляют небольшое количество случаев заболевания сифилисом, хотя к ним, как правило, обращаются пациенты с высыпаниями на половых органах. Высокий процент выявленных пациентов дерматовенерологами можно объяснить их активной работой по исследованию конфронтаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Торсуев, Н. А. Сифилис / Н. А. Торсуев, М. Н. Бухарович. — Киев, 1975.
2. <http://www.belmedpreparaty.com>.
3. Адашкевич, В. П. Инфекции, передаваемые половым путем: руководство для врачей / В. П. Адашкевич. — М., 2002. — 437 с.

УДК 616-078:616.157-0973.

ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМИ ТИТРАМИ АНТИСТРЕПТОЛИЗИНА-О

Мелеш Т. Н., Быстренкова Ю. И.

Научный руководитель: д.м.д., профессор И. А. Новикова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Стрептолизин-О — хорошо изученный стрептококковый токсин, обладающий достаточно высокой иммуногенностью, в результате чего после перенесенных инфекций