В группе ПСН число диагностически достоверных случаев составило 90%, тогда как в группе РСН наблюдались: 69,2% случаев достоверной диагностики и число детей с недостаточной диагностикой составило 30,8% (превалирование в 2,6 раз). Таким образом, диагностика РСН является на настоящий момент проблемой требующей дальнейшего поиска диагностически достоверных маркеров с учетом сроков гестации новорожденных.

Количественный анализ перинатальных исходов показал, что при ПСН летальность была в 3 раза ниже (23,4%), в основном летальные исходы превалировали в группе недоношенных детей в 5 раз (соответственно 83%, относительно 17% среди доношенных).

Вывод

Недоношенность, маловесность по-прежнему детерминируются, как основные факторы риска на развитие СН и его летальности, особенно при поздней форме манифестации. Диагностика РСН чаще является клиническим диагнозом, требующим усиления базы доказательных критериев диагностики.

Список литературы

1. Bellid L.L, Ohning B.L. Neonatal sepsis. Medicine. Neonatology. Com. Inc, 2006: 351–369.

2. Etiology and Clinical Signs of serious infections in young infants in developing countries: a WHO collaborative study. The PediatricInfectiousDiseaseJournal. 1999; 18 (10) (Suppl.): 8–16.

3. Joy E Lawn, Simon Cousens, JelkaZupan. Neonatal Survival 1: 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? Lancet, Vol. 365 March 5, 2005.

4. The World Health Report. Make every mother and child count. WHO, 2005.

5. Friedman G, Silva E, Vinsent J.L. Has the mortality of septic shock changed with time. Crit. Care Med. 2001.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ИЕРСИНИОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У РЕБЕНКА

Катхе С.В., Гаджиева Ш.Р.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,
Шымкентская городская инфекционная больница,
Шымкент, Республика Казахстан,
e-mail: fberdalieva@mail.ru

Введение

В настоящее время заболеваемость иерсиниозом в Республике Казахстан по данным официальной статистики относительно невысокая, так на 100 тысяч населения показатель составляет 1,86. По ЮКО соответственно за 2012 год – 0,46 и за 2013 год – 0,56. Из указанных показателей заболеваемости иерсиниозом, на долю детей в возрасте до 14 лет приходится около 80-90% от общего числа. Сложный иммунопатогенез иерсиниозов, разнообразие клинических масок, склонность к хронизации процесса, проблемы дифференциальной и лабораторной диагностики создают трудности верификации диагноза и большая часть случаев остается нараспознанной, незарегистрированной.

Среди видов иерсиниозов, кишечный иерсиниоз, относится к трудно диагностируемым острым инфекциям и часто регистрируется под видом других заболеваний. Трудности в постановке клинического диагноза, длительность бактериологического выделения возбудителя, перекрестная иммунореактивность с рядом других микроорганизмов являются основанием для акцентирования данного заболевания, и основанием для совершенствования методов и приемов диагностики. Предлагаем обсудить случай из практики иерсиниозной инфекции у мальчика 13 лет, из Казыгуртского района ЮКО, поступившего на лечение в Шымкентскую городскую инфекционную больницу.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ истории болезни, статистические данные Шымкентской городской инфекционной больницы.

Результаты и их обсуждение

Больной поступил с жалобами на повышение температуры тела до 38-39^0, высыпания по телу, головные боли, слабость, снижение аппетита.

Из anamnesis morbi: со слов мамы ребенок болеет 5-й день. Заболевание началось остро с повышения температуры до 38,5-39^0, кашля, головной боли и боли в животе. На 2-3 день общая слабость, умеренные высыпания по телу. На 4-й день сыпь появилась на ногах и руках. Обратились в поликлинику по месту жительства, где получили назначения: парацетамол и аспирин. На следующий день сыпь появилась по всему телу, больше в конечностях кистей рук, стоп и ухудшилось самочувствие. Вновь обратились в поликлинику, откуда были доставлены в Шымкентскую городскую инфекционную больницу. скорой медицинской помощью, госпитализированы по тяжести состояния в ОРИТ, затем после стабилизации состояния перевели в отделение.

Из anamnesis vitae: в семье 4-й ребенок. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит по плану. Состоит на «Д» учете у уролога с д/з: «Варикоцеле». Аллергоанамнез и наследственность не отягощены. Перенесенные заболевания: ОРВИ с судорогами (получали лечение в Шымкентской городской инфекционной больнице.)

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает. Живет в частном доме, водоснабжение централизованное, санитарную гигиену соблюдает. Овощи хранят в погребе. Мальчик помогает родителям по уходу за домашними животными. Со слов мальчика другие члены семьи здоровы.

Status praesens: Состояние при поступлении тяжелое за счет симптомов интоксикации. Сознание ясное. Самочувствие нарушено. Вялый, слабый. Аппетит снижен. Менингеальные знаки отрицательные. Температура тела 38,5^0 С. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, по всему телу темные мелко-точечные высыпания на неизменном фоне, особенно много на локтевых сгибах, в паховой области, в подмышечных впадинах, и в естественных складках. Кисти рук и стопы ярко гиперемированы по типу симптомов «перчаток» и «носков». Тургор тканей сохранен. Периферические лимфоузлы не увеличены. При осмотре: склеры глаз инъецированы, легкая фотофобия, губы сухие запекшиеся, рот открыл с трудом, язык по краям – малиновый, корень покрыт грязно-белым налетом. В зеве яркая гиперемия дужек; миндалины – гипертрофированы, рыхлые, налетов нет; задняя стенка глотки – зерниста. Дыхание через нос затрудненно, отделяемого нет. Легкая токсическая одышка. ЧД – 32 в мин. Аскультативно в легких жесткое дыхание, хрипов нет, перкуторно легочной звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 96 в мин. Живот мягкий, доступен пальпаций, отмечаются незначительная болезненность по всему животу. Печень увеличена на 1,0 см, селезенка не увеличена. Стул кашицеобразный, Диурез адекватный.

В анализах умеренная лейкопения, нейтрофилез; Б/хАК; ОАМ, Копрологии – б/о. Бак посев из носа, зева – отрицательный; ИФА на иерсиниоз, листериоз – Ig M, Ig G не обнаружены; Бак анализ кала и мочи на иерсиниоз – в работе; РПГА – нет реактивов.

Проведено лечение: стол № 15, теплое питье; этиотропная терапия (левомицетин 0,5×3 р/д №6, цефа-

золин 1,0×3 р/д №6), патогенетическая терапия (гепарин 500 ЕД×4 р/д № , 10% глюкоза 400,0 мл+ Вит С 5% 6,0 мл+ 4% калия хлорид 30,0 мл № 1, 0,9% натрия хлорид №1, 1% кальция хлорид – 100,0 мл №1), симптоматическая терапия (литическая смесь №1, мезим форте по 1 таб×3 р/д №4).

В ходе лечения состояние ребенка улучшилось, температура в пределах нормы. Самочувствие не нарушено. Сыпь в динамике – бледная, на кистях рук и стопах исчезла. В зеве легкая гиперемия. Дыхание свободное, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Печень +1,0 см. Стул и диурез не нарушен. Выписывается с клиническим выздоровлением.

Вывод

Анализируя этот случай, нужно отметить, что для установления правильного диагноза требовалось проведение тщательной дифференциальной диагностики с целым рядом заболеваний, а также настороженность в отношении иерсиниозной инфекции, так как лабораторная диагностика не всегда дает исчерпывающий ответ в постановке диагноза, кроме того, часто отсутствует оснащение (реактивы) в лабораториях. Exjuwantibus – клиническое выздоровление больного.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА КАЗАНЬ

Киясов И.А., Хузиханов Ф.В., Ичкеева А.А., Романова К.О.

ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Казань, Россия, e-mail: roksalan@bk.ru

Введение

Проблема заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), существовала во все времена. Эту проблему необходимо рассматривать с трех сторон: непосредственно период течения заболевания, отсроченные последствия перенесенного заболевания, как на организм самого человека (включая репродуктивную систему мужчины и женщины – первичное и вторичное бесплодие), так и на организм будущего потомства. Эти заболевания надлежит рассматривать не только как медицинскую, но и как социально значимую проблему [2, 3, 4, 5].

В городе Казань – столице республики Татарстан, как и на всей территории Российской Федерации, сформировалась благоприятная тенденция к снижению уровня общей заболеваемости ИППП. Однако, некоторые авторы отмечают, что уровень и доля заболеваний, вызываемых вирусными ИППП, растет. Так, например, на территории Российской Федерации в 2009 г. темп прироста уровня заболеваемости урогенитальным герпесом по сравнению с 2003 г. составил +6,7%, а вирусом папилломы человека (ВПЧ) +10,5%. По данным А.А. Кубановой и соавторов, высокий прирост заболеваемости вирусными ИППП отмечается в Южном, Уральском, и Приволжском федеральных округах. На территории последнего располагается город Казань [1].

В связи с этим было проведено исследование, целью которого явилась оценка развития заболеваемости ИППП на территории города Казань за период с 2000 по 2013 гг..

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи: изучить динамику заболеваемости, вычислить изменения в структуре заболеваемости, выявить закономерности развития заболеваемости.

Материалы и методы статистического исследования заболеваемости ИППП на территории города Казань за период с 2000 по 2013 гг.

Единица наблюдения – случай заболевания, вызванного ИППП на территории города Казань с 2000 по 2013 гг., зарегистрированный в учетной форме дерматовенерологической службы РТ N 089/У-КВ «извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенетальными бородавками (ВПЧ), микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки».

Методы исследования: статистический и математический.

Сбор материала производился по способу выкопировки данных, объем выкопировки данных был сплошной и одномоментный.

Материалом для исследования стали учетные формы дерматовенерологической службы РТ N 089/У-КВ. Они включают в себя регистрацию заболеваний, вызванных ИППП, и заразных кожных заболеваний, последние мы не изучали. Учетные формы регистрируют шесть наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем, согласно нормативным документам министерства здравоохранения Российской Федерации.

С 2000 по 2010 год учетные формы включали в себя регистрацию случаев заболеваний с вновь установленным диагнозом, которые сводились в комбинационные таблицы по полу и возрасту заболевших ИППП. При этом по возрастным группам существовала следующая градация: 0-14, 15-17, 18-19, 20-29, 30-39, 40 лет и старше. Учетные формы в 2011 году претерпели изменения. Начиная с 2011 года, учитываются следующие возрастные группы: 0-1, 2-14, 15-17, 18-29, 30-39, 40 лет и старше.

В связи с этим все статистические данные за 2000-2013 гг. были сведены нами в комбинационные таблицы по полу и возрасту, по следующим возрастным группам: 0-14, 15-17, 18-29, 30-39, 40 и старше. Данная разбивка предусматривает выделение группы молодежи, в которую включается две возрастные подгруппы: 15-17 и 18-29 лет. То есть молодежь до совершеннолетия и старше.

Сводка в комбинационные таблицы произведена по всем регистрируемым в учетных формах дерматовенерологической службы РТ ИППП вместе взятым.

Среднегодовая численность населения города Казань сведена в такую же комбинационную таблицу. На основании чего, вычислены интенсивные показатели общей заболеваемости ИППП на территории города Казань за 2000-2013 гг. При помощи линейной диаграммы наглядно продемонстрирована динамика заболеваемости (рис. 1).

Вычислены и сведены в групповую таблицу экстенсивные показатели (таблица 1), результаты которых наглядно продемонстрированы на секторных диаграммах, отражающих разницу в структуре заболеваемости по заболеванию между 2000 г. и 2013 г. (рис. 2, рис. 3).

В связи с изменениями в структуре заболеваемости по заболеванию, произведена сводка статистических данных по каждому отдельно взятому заболеванию в комбинационные таблицы по полу и возрасту. Вычислены интенсивные и экстенсивные показатели. Построены линейные диаграммы для наглядной демонстрации динамики заболеваемости по каждому заболеванию, вызываемому ИППП, на территории города Казань за период с 2000 по 2013г. При этом в трех случаях изучения динамики заболевания по ли-