

метионин путем метилирования и использования в синтезе цистеина затруднено.

Таким образом, использованные методические приемы позволили определить не только гомоцистин, но и другие серосодержащие аминокислоты, являющиеся факторами риска атеросклероза.

### ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РОЖИ В РЕСПУБЛИКЕ АДЫГЕЯ

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; отсутствие выраженных болей в очаге воспаления в покое (А.А. Еровиченков и соавт., 2001). Начальный период у больных рожей характеризовался быстрым развитием симптомов интоксикации, из которых с наибольшей частотой регистрировались: лихорадка в 100% случаев на фоне озноба у 92 (61,3%) больных, общая слабость у 138 (88,7%), снижение аппетита у 110 (73,3%). Симптомы интоксикации развивались быстрее и чаще регистрировались у больных с первичной рожей и геморрагической формой заболевания. Лихорадочный период составил при первичной роже –  $3,9 \pm 0,17$ , рецидивирующей –  $3,4 \pm 0,17$ , геморрагической форме –  $5,0 \pm 0,17$ , негеморрагической –  $3,1 \pm 0,14$  дня, то есть наиболее длительным был лихорадочный период у больных рожей с геморрагическим синдромом. В 98,7% случаев интоксикационный синдром предшествовал проявлению местных изменений, а у 6,7% больных наблюдалось одновременное появление общих и местных симптомов. Местные признаки поражения кожи появлялись в первые сутки в 82,6% случаев; при первичной роже – в 86,4%, при рецидивирующей – в 74,5%. Жжение в области очага воспаления, боли в области регионарных лимфоузлов и по ходу лимфатических сосудов отмечали все больные. Первичная рожа зарегистрирована в 68,7%, при этом в 77,3% случаев имела место среднетяжелая форма. Эритематозная форма рожи наблюдалась у 79 (52,7%), эритематозно-буллезная – у 18 (12%), эритематозно-геморрагическая – у 25 (16,6%) больных. Буллезно-геморрагическая рожа отмечена у 28 (18,7%) пациентов. Последняя форма трансформировалась из эритематозно-буллезной и эритематозно-геморрагической в 90% случаев. Воспалительный процесс в 80,7% локализовался в области нижних конечностей, при этом в 80,9% случаев была отмечена рецидивирующая рожа. Рецидивирующая рожа имела место у 47 (31,3%) больных, негеморрагическая форма зарегистрирована у 46 (97,9%) больных, геморрагическая – у одного (2,1%). Геморрагические формы

регистрировались чаще у больных первичной рожей, чем рецидивирующей (у 50,5% и 2,1% соответственно). Период реконвалесценции характеризовался обратным развитием симптомов болезни. Нормализация температуры и исчезновение интоксикации наблюдался при роже раньше, чем исчезновение местных проявлений. Длительность заболевания, при эритематозной форме рожи составила 6, при эритематозно-буллезной – 9, при эритематозно-геморрагической – 14, при буллезно-геморрагической – 14 дней. 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, тромбфлебит, нагноившуюся гематому, экзему, дерматит, токсикодермию, импетиго, опоясывающий герпес, узловатую эритему. Определенное диагностическое и прогностическое значение при роже имеют лабораторные исследования, у наблюдавшихся больных выявили определенные закономерности. Результаты определения количества эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов крови, исследования лейкоцитарной формулы и СОЭ в зависимости от метода лечения показали, что у больных основной группы зарегистрирована более ранняя нормализация изучаемых показателей по сравнению с контрольными группами. Регистрировалось увеличение по сравнению с нормой ПТВ, времени рекальцификации, тромботеста, фибриногена, было достоверно выше в зависимости от формы, тяжести и течения ( $p < 0,05$ ). Объективным показателем эффективности данного метода является динамика изменения гематологических показателей интоксикации, ЛИИ и ГПИ были ниже, начиная с 3-7 дня лечения и до выписки из стационара, нормализовались раньше.

В начальном периоде и разгаре заболевания лабораторные показатели эндогенной интоксикации, оказались неинформативными. Изменения в общем анализе мочи у больных рожей характеризовались незначительными изменениями.

В настоящее время одним из основных принципов этиотропного лечения рожи является назначение антибиотиков и химиотерапевтических препаратов. Лечение больных рожей проводили дифференцированно с учетом клинической формы и степени тяжести болезни. Пероральное назначение антибиотиков допускали *амбулаторным больным* при лечении первичной рожи легкой и среднетяжелой степени в среднетерапевтических дозах в течение от 5 до 10 дней. Основными препаратами являлись - эритромицин, ровамицин, ципрофлоксацин, фуразолидон. *Стационарным больным с первичной и повторной рожей* лечение проводили бензилпенициллином в суточной дозе 6-12 млн ЕД в течение 7-10 дней, при тяжелом течении болезни сочетаем с цефалоспоридами, аминогликозидами, линкосамидами и нитрофурановыми препаратами. Для повышения лечебной эффективности этиотропной терапии, снижения числа и выраженности аллергических реакций осуществляли эндо-

лимфатическое введение антибиотиков. *Лечение часто рецидивирующей рожи* проводили в условиях стационара. Терапия строго индивидуальная. Вводили цефалоспорины, линкосамиды, курс 8-10 дней. При тяжелой форме рожи в комплекс терапевтических методов включали дезинтоксикационную инфузионную терапию с использованием глюкозо-солевых коллоидных растворов и препаратов, обладающих ангиопротективным и антиоксидантным действием. При выраженной инфильтрации кожи в очаге воспаления применяли нестероидные противовоспалительные препараты: хлортазол, бутадион, а также комплекс витаминов группы В, витамина А, рутина, аскорбиновой кислоты, курс лечения – 2-4 недели. При рецидивирующей форме рожи на фоне антибактериальной терапии при выраженных явлениях лимфостаза, назначаем гормональную терапию. Рекомендуем при рецидивирующей роже фитотерапию, сбор трав: листья эвкалипта – 4 части, почек березы – 3 части, травы сушеницы – 3 части, травы тысячелистника – 2 части, травы хвоща – 3 части, травы зверобоя – 4 части. Смешать. 1 столовую ложку смеси трав залить стаканом кипятка, настоять 30 мин., процедить и принимать по ½ стакана 2 раза в день после еды в течение месяца.

Нами предложено комплексное лечение больных рожей с местными аппликациями галактилина на очаг воспаления два раза в сутки в течение 2-10 дней. Отмечен положительный терапевтический клинический эффект: уменьшение болевых ощущений, чувства жжения в очаге воспаления, длительности периода лихорадки и других симптомов интоксикации, регресс местных проявлений – гиперемия составила  $5,8 \pm 0,42$  дня, геморрагий у больных геморрагическими формами рожи составила в среднем  $7,7 \pm 0,6$  дня, сокращение сроков пребывания больных в стационаре. Больным с тяжелыми формами течения заболевания с осложнениями в виде флегмон, некрозов на фоне явления эндотоксикоза проводили оперативное лечение – вскрытие гнойного очага с максимальным иссечением всех видимых некротических измененных тканей, дренирование затеков. Физиотерапевтическое лечение включало применение УФО на очаг и УВЧ на область регионарных лимфоузлов 2-3 процедуры в остром периоде болезни, а в период реконвалесценции продолжали данное лечение до 10. При сохранении в периоде реконвалесценции инфильтрации кожи, отекающего синдрома, регионарного лимфаденита назначаются аппликации озокерита, парафина (лицо), электрофорез с лидазой в стадии формирования слоновости, хлорида кальция. Диспансерное наблюдение реконвалесцентов рожи должно проводится врачами кабинетов инфекционных заболеваний или специализированных отделений с привлечением других специалистов. Срок диспансерного наблюдения составляет 2-3 года при отсутствии рецидивов в этот период. В целях профилактики и своевременного выявления рецидивов у пролеченных нами больных в Майкопской клинической инфекционной больнице проводятся следующие организационные и лечебно-диагностические мероприятия: проспективное наблюдение за реконвалесцентами с амбулаторным обследованием и лечением; формирование групп риска из лиц с частыми и

сезонными рецидивами, наличием на пораженной конечности остаточных явлений после лечения в виде инфильтрации кожи, отекающего синдрома, регионарного лимфаденита; проведение лечения фоновых заболеваний (санация очагов хронической инфекции, лечение микозов, хронической венозной недостаточности и лимфостаза); в весенне-зимний период проведение курсов витаминотерапии (аскорбиновая кислота, рутин, поливитамины), назначение адаптогенов и лекарственных растений, периодически с интервалом в 6-9 месяцев назначали физиотерапевтическое лечение.

Таким образом, диагностические критерии заболевания, используемая методика лечения и профилактики рожи в республике Адыгея, свидетельствует о благоприятном влиянии комплексного подхода на течение болезни, лабораторные показатели, что позволяет добиться быстрой регрессии воспаления в очаге и сокращение сроков пребывания больного на койке. Диспансерное наблюдение реконвалесцентов рожи, профилактические организационные и лечебно-диагностические мероприятия препятствуют развитию осложнений и рецидивов болезни.

Работа представлена на II научную конференцию с международным участием «Медицинские, социальные и экономические проблемы сохранения здоровья населения» (18-25 мая, 2004 г., г. Анталия, Турция)

#### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВЫХ МЕНИНГИТОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Курятникова Г.К., Жирнов В.А., Черенова О.П.,  
Галимзянов Х.М., Тимонина О.Г.

*Астраханская государственная медицинская  
академия, Астрахань*

В настоящее время менингококковая инфекция регистрируется во многих странах мира и имеет тенденцию к увеличению заболеваемости. Проведен анализ 20 случаев менингококкового менингита по данным нейроинфекционного отделения ОИКиБ за 2002-2003 гг. Возрастной состав был следующий: 20-30 лет – 10 чел., до 40 лет – 6 чел., 4 чел. Были в возрасте 45-60 лет; 17 чел. – мужчин, 3 – женщины. Большая часть заболевших была представлена городским населением.

Все больные были госпитализированы в основном на 3-й день от начала заболевания. В клинической картине имело место острое начало заболевания, быстрое нарастание всего менингеального симптомокомплекса. У всех больных был выражен гипертензионный синдром: интенсивная головная боль распирающего характера с преимущественной локализацией в области лба и глазниц, тошнота, рвота. Ригидность затылочных мышц выявлена у 18 чел., симптом Кернига у 16 чел.