

Все вышеперечисленные изменения, характерные для детей с аномалией экстракраниальных артерий, являются маркерами соединительно-тканной дисплазии сердца, и обнаружение их еще раз подтверждает системность патологии.

В нашем исследовании каждый ребенок с аномалией сосудов шеи имел признаки патологии со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы.

**Выводы.** Высокая частота сочетания малых форм ДСТ с аномалией экстракраниальных сосудов у детей позволяет заключить, что эта аномалия является одним из проявлений генерализованной недифференцированной патологии соединительной ткани.

Аномалия экстракраниальных артерий у детей с ДСТ часто является причиной, приводящей к сосудистой патологии нервной системы.

С целью раннего предупреждения цереброваскулярных расстройств рекомендуется проводить ультразвуковое исследование сосудов шеи у детей с ДСТ в качестве скринингового и верифицирующего метода.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Нечаева Т.И., В.П.Конев. «Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение». Лечащий врач.
2. Ткаченко Ю.Г., Подлианова И.С. «Возрастная динамика клинических проявлений синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани». Врачебная практика 2003, №2.
3. Гавалов С.М., Зеленская В.В., Тимофеева Е.П., Праворотов Г.В. «Особенности течения заболевания у детей с недифференцированными (мальми) формами дисплазии соединительной ткани» - Новосибирск, 1998.
4. Земцовский Э.В. «Соединительно-тканые дисплазии сердца». – СПб, 1998.
5. «Наследственная патология человека» / Под ред. Вельтишева Ю.Е., Бочкова Н.П. – М., 1992. – Т. 1. – С. 91 – 162.
6. Покровский А.В. «Болезни сердца и сосудов» Руководство для врачей – М., 1992.
7. Белозеров Ю.М. «Детская кардиология» - М., 2004.

УДК 616.973 – 07: 615.281: 314.4 (574.5)

#### ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОНОРЕИ, АНАЛИЗ РОСТА РЕЗИСТЕНТНЫХ ШТАММОВ NEISSERIA GONORRHOEAE, К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПО ЮКО ЗА 2007-2009 ГОДЫ

*Г.Б. Нурмагамбетова, А.К. Дерипсалдинова, Е.Е.Щеглова, Л.А.Патсаева, К.Б. Карабасова  
Областной дермато-венерологический диспансер, г. Шымкент  
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

2007-2009 жылдар аралығында ОҚО бойынша сөз инфекциямен ауыру-сырқауына талдау жүргізілген, сонымен бірге 2007-2009 жылдар аралығында ОҚО бойынша- N. GONORRHOEAE антибиотик сезімталдық штамдарының өсуіне талдау жүргізілген.

#### SUMMARY

The organized analysis to diseases gonorrhoea infection on YUKO for period 2007-2009, was also organized analysis of the growing antibioticoresistens N. GONORRHOEAE on YUKO for 2007-2009 .

Laboratory analysis of the gonorrhoea, growth analysis of the resistant stamps Neisseria Gonorrhoea to antibacterial preparations about SKO from 2007 to 2009 have been made.

Гонорея – это инфекционное заболевание, вызываемое гонококком, передающееся преимущественно половым путём при контакте через влагалище или прямую кишку, а также при оральном сексе. При гонорее поражаются слизистая оболочка мочеполового тракта, прямой кишки, конъюктива глаз, слизистая оболочка полости рта и глотки.

Возбудитель гонореи - NEISSERIA GONORRHOEAE, микроорганизмы с вполне характерной морфологией, достаточно крупные. Это бобовидной формы диплококк, который, как правило, можно легко идентифицировать с помощью окраски по Грамму, с использованием обычной световой микроскопии. При возникновении трудностей в идентификации и диагностике по мазку, проводят культуральную диагностику, т.е. посев материала от больного на специальные питательные среды с последующей идентификацией выросшего на этой среде возбудителя, что и является золотым стандартом в диагностике гонореи. [1]

Гонорея приносит массу страданий людям сексуально-активного возраста. Наибольшему риску заражения подвергаются сексуально активные подростки моложе 25 лет с большим количеством половых партнёров, гомосексуалисты и проститутки.

Легкомысленное предположение, что вылечиться можно легко без врача с помощью советов «опытных» друзей и знакомых, представляет главную опасность для пациента. А. Нейссер открывший возбудитель гонореи, говорил, что «...по своим последствиям гонорея есть болезнь несравненно более опасная, чем сифилис», и она гораздо более распространена, чем сифилис. Самолечение ведёт лишь к устранению симптомов гонореи, в дальнейшем болезнь прогрессирует и переходит в хроническую форму, что в конечном счёте грозит серьёзными осложнениями: воспалительными заболеваниями гениталий и внутренних органов, нередко ведущих к бесплодию. Болеть гонореей можно несколько раз, стойкого иммунитета к ней не существует.[2]

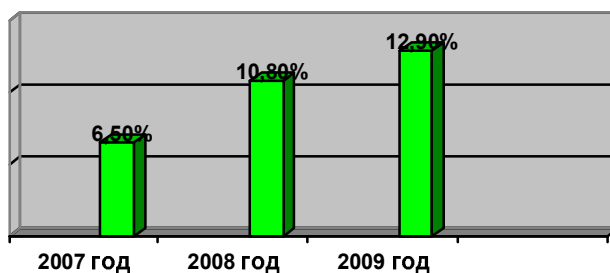
Возбудитель гонореи передаётся от больного человека, здоровому, практически, исключительно половым путём. Из этого правила возможны исключения.[3] Хотя и описаны случаи так называемого бытового заражения, но их достоверность, как правило вызывает сомнения. Безусловно, встречаются случаи заражения плода при прохождении родовых путей матери, поражённых гонококком, при этом возбудитель может попасть на конъюнктиву глаз и вызвать гонобленнорею.[4]

Благодаря крупным размерам и характерной морфологии, как правило, идентификация *N. GONORRHOEAE* не представляет особых трудностей. Наиболее распространённым методом лабораторной диагностики гонореи является окраска по Грамму мазков отделяемого из уретры или цервикального канала. В подавляющем большинстве случаев такого исследования для выявления гонореи бывает достаточно. Если же возникают какие-либо трудности, то используют культуральную диагностику, т. е. посев материала от больного на специальные питательные среды с последующей идентификацией выросшего на этой среде возбудителя. Одним из наиболее важных правил в лечении гонореи является определение чувствительности штамма гонококка к выбранному антибактериальному препарату у каждого конкретного больного, однако, это проводится не всегда, так как, в случае неэффективности вначале выбранной терапии, назначают препарат из другой группы антибактериальных препаратов, т.е. действуют как бы методом подбора и исключения. Во избежании ошибок в выборе терапии следует руководствоваться региональными данными об устойчивости возбудителя к антибактериальным препаратам для каждой конкретной местности.[5]

Был проведён анализ выявляемости по гонореи по Южно-Казахстанской области за 2007-2009 годы

Таблица 1

Период	Всего обследовано	Положительные	%
2007г	21333	458	6,5
2008г	22840	1116	10,8
2009г	29223	1641	12,9



Как видно из таблицы №1, процент положительных находок при культуральном методе исследования (бактериологический посев), который является золотым стандартом в лабораторной диагностике гонореи, в период с 2007 года по 2009 год увеличился с 6,5% до 12,9%. Данные результаты заставляют задуматься о причинах такого роста заболеваемости почти в два раза.[6]

Как и любая другая инфекция, гонорея имеет тенденцию к периодическим повышением и снижениям заболеваемости. Это связано с изменяющимися геополитическими, социальными, экономическими и другими глобальными условиями жизни населения, но это очень широкое объяснение проблемы. Как было сказано выше, одним из правил успешного лечения гонорейной инфекции является выбор антибактериального препарата, к которому чувствителен конкретный штамм возбудителя гонореи, у конкретного больного. Необходимо отметить, что данный вид лабораторной диагностики, (бактериологический посев на *N. GONORRHOEAE* с определением чувствительности к антибактериальным препаратам), возможен только в специализированной бактериологической лаборатории, специально обученными специалистами, что не всегда возможно в клиниках и кабинетах частного характера.[7]

Был проведён анализ роста резистентных штаммов гонореи к определённым антибактериальным препаратам по ЮКО. Использовался диско-диффузионный метод для определения чувствительности к antimicrobial препаратам (АМП). Выбор антибиотиков определялся рекомендованными и наиболее часто применяемыми препаратами для терапии гонококковой инфекции – пенициллин, ампициллин, доксициклин, азитромицин, тетрациклин, ципрофлоксацин, цефтриаксон, цефазолин.

Таблица 2

№ п/п	Вид АМП	Процент резистентных штаммов N. GONORRHOEAE 2007 год	Процент резистентных штаммов N. GONORRHOEAE 2008 год	Процент резистентных штаммов N. GONORRHOEAE 2009 год
1	Пенициллин	63,4%	82,7%	92,5%
2	Ампициллин	89,3%	92,4%	96,1%
3	Доксициклин	64,2%	72,15	77,3%
4	Азитромицин	59,4%	58,8%	62,3%
5	Тетрациклин	72,9%	76,5%	87,2%
6	Ципрофлоксацин	32,5%	37,2%	44,6%
7	Цефтриаксон	29,5%	32,8%	39,4%
8	Цефазолин	17,1%	21,8%	33,7%

Сравнительный анализ результатов мониторинга антибиотикорезистентности штаммов N. GONORRHOEAE, проводившегося в 2007-2009 годах по ЮКО, отмечена тенденция к нарастанию резистентности штаммов N. GONORRHOEAE, практически ко всем антибактериальным препаратам, применявшимся для мониторинга:

- число штаммов нечувствительных к пенициллину, увеличилось с 63,4% в 2007 году до 92,5% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к ампициллину, увеличилось с 89,3% в 2007 году до 96,1% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к доксициклину, увеличилось с 64,2% в 2007 году до 77,3% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к азитромицину, увеличилось с 59,4% в 2007 году до 62,3% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к тетрациклину, увеличилось с 72,9% в 2007 году до 87,2% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к ципрофлоксацину, увеличилось с 32,5% в 2007 году до 44,6% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к цефтриаксону, увеличилось с 29,5% в 2007 году до 39,4% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к цефазолину, увеличилось с 17,1% в 2007 году до 33,7% в 2009 году.

Результаты мониторинга устойчивости штаммов N. GONORRHOEAE, на протяжении 2007-2009 годов по ЮКО, позволяют отметить, что наиболее высокий уровень чувствительности N. GONORRHOEAE, регистрируется к таким антибактериальным препаратам как: цефазолин, цефтриаксон, ципрофлоксацин. Однако обращает на себя внимание то, что в период с 2007 по 2009 годы, количество чувствительных штаммов N. GONORRHOEAE к данным препаратам снижается.

Анализируя данные таблицы №2 видно, что антибактериальные препараты пенициллин, ампициллин, тетрациклин, доксициклин в настоящее время являются препаратами, к которым подавляющее большинство штаммов N. GONORRHOEAE (до 96 %) резистентны, что подтверждает необходимость исключить вышеуказанные препараты из схем лечения гонорейной инфекции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Меликянц И.Г., Волков В.М., Гонорея у женщин. 1999 г. стр. 123-127
2. Филатова Е.Н., Аковбян В.А., Дмитриев Г.А., Тихонова Л.И., Культуральный метод диагностики гонореи при проведении скрининга на инфекции передаваемые половым путём. 2001 г. стр.20-25.
3. Гомберг М.А., Соловьёв А.М. Вариант терапии неосложнённой гонорейно-хламидийной инфекции. Инфекции передаваемые половым путём. 2000 г.
4. Борисенко К.К., Каминский А.А., Дмитриев Г.А. Эффективность цефтриаксона при лечении мужчин, больных неосложнённой гонореей.

5. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М., Смирнова Т.С., Павлова Н.Г., Беляева Т.В., Аравийская Е.Р., Антонов М.М. Методические материалы по диагностике, лечению и профилактике наиболее распространённых инфекций, передаваемых половым путём /методическое пособие/ СПб: Издательство Н-Л, 2002 год.
6. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М., Беляева Т.В., Алмазьян Э.К. Инфекции, передаваемые половым путём, руководство для врачей. М.: Медпресс-информ, 2006 год.
7. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М. Краткое руководство по микроскопической диагностике инфекций, передаваемых половым путём. СПб: Фолиант, 2004 год.

УДК 616.97 – 07

### ВИДЫ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДИКАМИ

*Г.Б.Нурмагамбетова, А.К. Дерипсалдинова, Е.Е.Щеглова, Л.А. Патсаева, Ж.У.Будесова, К.Б. Карабасова*  
*Областной дермато-венерологический диспансер, г. Шымкент*  
*Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Урогениталды трихомониазбен ауыратын 57 науқасқа қазіргі заманғы әдістермен зертханалық анықтау нәтижелеріне талдау жүргізілді: жағынды әдістері, культуралды әдіс, иммуноферментті талдау, ПЦР-талдау.

#### SUMMARY

Comparative analysis of the laboratory results of the urogenital trichomoniasis diagnostics has been made at 57 patients by modern methods (laboratory, microbiological, PCR analysis)

Возбудителем урогенитального трихомониаза является паразит *Trichomonas vaginalis*, это широко распространённое инфекционное воспалительное заболевание, передаваемое половым путём, не носит сезонного характера и поражает все слои населения. Болезнь протекает с минимальными клиническими проявлениями, поэтому часто трихомонады выявляются при профилактических осмотрах или при активном привлечении к обследованию половых партнёров, больных трихомониазом. Трихомонадное носительство встречается у 40-50% больных со смешанной урогенитальной инфекцией.[1]

При анализе заболеваемости ИППП за 2009 по ЮКО, урогенитальный трихомониаз (далее УГТ), занимает по структуре третье место, после урогенитального уреоплазмоза и микоплазмоза. Хотя поражение урогенитального тракта микоплазмами и уреоплазмами не всегда говорит об одноимённой инфекции, так как эти микроорганизмы являются условно-патогенными и могут вызывать патологический процесс при наличии некоторых факторов (снижение иммунитета). Соотношение больных УГТ мужчин и женщин составило примерно соотношение 1:5, это скорее всего связано с определёнными нюансами в строении мочепоолового тракта у мужчин. [2]

#### Данные уровня заболеваемостью УГТ за 2007-2009 гг по ЮКО

Таблица 1

	2007 год	2008 год	2009 год
Число обследованных	6198	5449	5304
Число положительных находок	1073	963	1360
%	17,3%	17,7%	25,6%

Как видно по данным таблицы 1 процент положительных находок *Trichomonas vaginalis* в течение предпоследних двух лет 2007-2008 гг, оставался примерно на одном уровне, в 2009 году этот процент составил 25,6%. [3]

Существенную эпидемиологическую проблему представляет преобладание при УГТ вялотекущих форм воспалительного процесса, трихомонадоносительство, а также резистентность к метронидазолу и другим препаратам этого ряда. Следует также отметить способность влагалищных трихомонад осуществлять незавершённый фагоцитоз различных патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и, таким образом, резировировать в себе гонококки, хламидии, уреоплазмы, микоплазмы и другие инфекционные агенты, которые могут длительное время персистировать в простейших и проявлять резистентность к воздействию антимикробных препаратов в периоды лечения.[4]

Возбудителем УГТ является *Trichomonas vaginalis*, относится к царству высших процистов – Protozoa, классу жгутиковых - Flagella, семейству - Trichomonadidae, роду - Trichomonas. В организме человека существует три вида трихомонад: *Trichomonas tenax* (elongate), *Trichomonas hominis*