

логия, наркология, дезинфекция.

Поскольку гипохлорит натрия неустойчив во времени и в определенных условиях хранения, то его применение требует точного знания концентрации в зависимости от условий хранения,

Нами было изучено изменение концентрации гипохлорита натрия в зависимости от условий хранения в течение 30 календарных суток.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ДИФТЕРИИ

Красовицкий В.И., Троцкая И.А., Кулеш Л.П.,
Лазарева Л.М.

Кафедра инфекционных болезней с курсами
эпидемиологии и детских инфекционных болезней
Областная инфекционная больница

Проблеме дифтерии, как и проблеме алкоголизма, посвящена необозримая литература. Клинические же особенности этих двух заболеваний при их сочетании изучены недостаточно. Мы нашли лишь две публикации, касающиеся этой темы. Настоящая работа посвящена изучению влияния хронической алкогольной интоксикации на течение дифтерии.

Под нашим наблюдением с января 1994 г. по январь 1997 г. находилось 236 больных дифтерией в возрасте 16-72 лет (мужчин 102 и женщин 134). У всех больных установлена дифтерия ротоглотки, составшаяся в 7 случаях с дифтерией носа, в 6 случаях - с дифтерией гортани, в 4 случаях имела место дифтерия ротоглотки, гортани и носа, в одном - дифтерия ротоглотки и глаз, в 2 случаях - дифтерия ротоглотки и ротовой полости, в комбинации с дифтерией раны у одного больного.

Диагноз подтвержден бактериологически у 220 больных (93 %). В 89% случаев выделена токсигенная дифтерийная палочка типа *gravis*, в 3% токсигенная

дифтерийная палочка типа *mitis*, в 1% случаев выделены нетоксигенные штаммы дифтерийной палочки.

Все наблюдавшиеся нами больные были разделены на две группы. В 1-ю группу (213 больных) вошли лица, отрицавшие употребление алкоголя (72 человека) или же принимающие его не чаще 1-2 раза в месяц. 2-ю группу (23 больных) составили лица, страдающие хроническим алкоголизмом (18) и бытовым пьянством (10). В 1-й группе преобладали женщины (125 или 58% против 88 или 42%), во 2-й - мужчины (14 или 60% против 9 или 40%). Больные обеих групп отличались по возрастному составу. Если в первую группу входили больные от 16 до 72 лет, то вторую группу составили больные преимущественно от 40 до 50 лет (18 больных или 78%), минимальный возраст здесь равнялся 34 годам, максимальный - 59.

Отмечена более поздняя госпитализация больных второй группы (в среднем на 5,2 дня), что чаще всего было обусловлено поздним их обращением за медицинской помощью. Так лишь 17% больных обратились за медицинской помощью в первые 2 дня заболевания, 26% - на 3-4 день, 13% за медицинской помощью не обращались вовсе, - они были выявлены активно при обследовании очагов. В одном случае смерть наступила на дому и диагноз дифтерии был установлен посмертно.

Тяжелые формы заболевания в первой группе регистрировались в 7% случаев, а во второй - в 87%. Легкое течение дифтерии среди больных второй группы не наблюдалось, тогда как среди больных первой группы легкие формы составили 48%. У больных второй группы чаще встречались комбинированные формы дифтерии - они составили 39%, в первой группе эти формы регистрировались в 4,6% случаев. Редкие комбинации (дифтерия ротоглотки и глаз, дифтерия ротоглотки и ротовой полости, дифтерия ротоглотки и раны) наблюдались исключительно среди больных, злоупотребляющих спиртными напитками.

Осложнения дифтерии достоверно чаще регистрировались во второй группе, они составили 83%, тогда как в первой группе осложнения отмечались лишь в 8% случаев. Осложнения возникающие у больных второй группы носили угрожающий для жизни характер (инфекционно-токсический шок - 26%, ДВС синдром - 30%, поражение сердца - 65%, нервной системы - 43%, почек - 30%). У 4-х больных после выписки из стационара наблюдалось развитие поздних осложнений, чему, безусловно, способствовал приём больших доз алкоголя. В 3-х случаях это были тяжёлые формы распространённого полирадикулоневрита с бульбарным синдромом, в одном случае - острая сердечно-сосудистая недостаточность, развившаяся после массивного алкогольного эксцесса и приведшая к смерти больного.

Летальные исходы были зарегистрированы у 2-х больных первой группы (0,9%) и у 8-ми больных второй группы (34%). В 2-х из 8-ми случаев смерть наступила на третьем месяце заболевания в результате прогрессирования энцефаломиелополирадикулоневрита.

Осложнения алкогольной интоксикации делирием отмечались у 5-ти больных (21%), у 15-ти больных развился абстинентный синдром. Клинические проявления делирия характеризовались нарушением сна, возникновением чувства страха и беспокойства. При этом наблюдались двигательное возбуждение, эрительные и слуховые галлюцинации, нарушение сознания, агрессивность. Алкогольный делирий, безусловно, способствовал "отяжелению" дифтерийной инфекции и ухудшал прогноз. Кроме того, у 15 больных (65%) отмечались диспептические явления, у 17 (74%) - тремор рук, у 21 (91%) - увеличение печени, диспротеинемия, повышение активности трансаминаз сыворотки крови.

Таким образом, на фоне хронической алкогольной интоксикации дифтерия протекает более тяжело, чаще

развиваются осложнения, имеющие угрожающий для жизни характер, чаще регистрируются летальные исходы. Всё это позволяет говорить о крайне неблагоприятном влиянии алкоголизма и бытового пьянства на течение дифтерии. Реконвалесценты, страдающие злоупотреблением спиртными напитками, нуждаются в тщательном диспансерном наблюдении и проведении антиалкогольного воспитания с полным отказом от алкоголя.

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ В ДЕРМАТОЛОГИИ

студ. V к. 212 гр. Винник О.В. СумГУ

В дерматовенерологической практике нередко имеют место симптомы, синдромы и отдельные заболевания кожи, в той или иной степени связанные с эндокринологическими расстройствами. В последние годы отмечается увеличение их удельного веса, что может быть связано с неблагоприятной экологической обстановкой в регионах, ошибками в назначении гормональной терапии, тяжелым течением того или иного заболевания кожи и другими факторами.

Под наблюдением находилось 62 больных хроническими дерматозами. У 7 патологическое состояние (или отдельные симптомы) могут быть связаны с функциональными изменениями щитовидных желез (муциноз кожи - 1, гинергидроз - 5), у 10 - функциональными изменениями кортико-адреналовой системы (ахрофические полосы кожи - у 5, синдром Иценко-Кушинга - у 5), у 20 - поджелудочной железы (повышенное содержание сахара в крови при упорном зуде кожи), у 25 - нарушением менструального цикла (обострение угревой болезни).

Это свидетельствует о необходимости тщательного обследования эндокринологического статуса у больных дерматозами (особенно - при их хроническом течении) и учета его данных при назначении комплекс-