

Выводы

1. У 46,7–70 % пациентов с инфекционным эндокардитом, наряду с поражением клапанного аппарата сердца, имеются признаки сопутствующего поражения миокарда, проявляющиеся нарушением локальной сократимости миокарда ЛЖ.

2. У пациентов с инфекционным эндокардитом через 7 суток после хирургического лечения достигается положительная динамика параметров внутрисердечной гемодинамики: уменьшение показателей КДД, КДО левого желудочка. Указанная положительная динамика является результатом хирургической коррекции клапанных пороков и, как следствие, ликвидации ремоделирования сердца у пациентов с ИЭ.

3. Дифференцированное применение антибактериальной и антикоагулянтной терапии у пациентов с инфекционным эндокардитом после хирургического лечения клапанных пороков сердца позволяет ликвидировать воспалительный процесс, что приводит к нормализации сократительной способности миокарда ЛЖ через 3 месяца после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов, С. А. Цитопротективная терапия при воспалительных заболеваниях миокарда / С. А. Бойцов // ФАРМиндекс-Практик. — 2003. — № 5. — С. 5–21.
2. Каленич, О. Ремоделирование миокарда — основное звено в развитии недостаточности кровообращения при миокардитах / О. Каленич // Российский кардиологический журнал. — 1999. — № 3. — <http://medi.ru/doc/6690302.htm>.
3. Регистрация в Государственном реестре НИОК(Т)Р: 20091422 от 10.07.09.
4. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009) // European Heart Journal. — 2009. — № 30. — P. 2369–2413.

УДК 618.3:616.157

ЧАСТОТА ВЫДЕЛЕНИЯ *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* У БЕРЕМЕННЫХ, ВХОДЯЩИХ В ГРУППУ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Калачева О. В., Красавцев Е. Л., Тапальский Д. В., Мальцева С. Е.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический роддом»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время инфекционная патология остается одной из ведущих причин заболеваемости и смертности новорожденных детей. Удельный вес инфекционной патологии в общей заболеваемости детей данной категории составляет 10,8 %, а в структуре причин смертности — 36,9 %. По литературным данным, более чем 40 % неонатальных инфекций, развивающихся в первые 3-е суток, обусловлены стрептококком группы В (СГВ). У новорожденных детей СГВ может вызывать генерализованные формы инфекции с тяжелым клиническим течением (менингит и сепсис). Основным представителем СГВ является *Streptococcus agalactiae*. В настоящее время в нашей стране не ведется учет нозологических форм заболеваний, вызываемых *Streptococcus agalactiae* [1, 3].

Уровень передачи инфекции при инфицировании матери и родоразрешении через естественные родовые пути составляет 42–72 %, а при отсутствии инфицирования (колонизации) — только 8 %. Основным источником стрептококка группы В для новорожденного являются мочеполовые пути матери. В большинстве случаев, стрептококк проявляет себя как условно-патогенный микроорганизм, который колонизирует слизистую оболочку и сохраняет чувствительность к пеницилину и цефалоспорином. Однако, при наличии генов вирулентности (sppB1 и sppB2) *Streptococcus agalactiae* может проявлять себя как патогенный микроорганизм и вызывать инвазивные формы инфекции. Бессим-

птомное носительство (колонизация) СГВ в наружных родовых путях беременных встречается в 12–30 % случаев. Риск заболевания у доношенного новорожденного составляет 0,5–1 % (у недоношенных детей риск выше на 15–20 %), то есть на каждые 100 инфицированных новорожденных приходится один случай клинически явной инфекции [1].

Максимальную обсемененность влагалища СГВ у беременных наблюдают в сроке 35–37 недель. Поэтому для выявления колонизации СГВ рекомендуется обследовать беременных женщин в сроках 35–37 недель беременности, а также при наличии факторов риска в любые другие сроки беременности [1, 2].

Факторами риска перинатальной стрептококковой инфекции со стороны матери являются: присутствие СГВ в моче, роды до 37-й недели беременности, безводный промежуток более 18 часов, признаки перинатальной инфекции у матери (лихорадка в родах 38 °С и выше, хориоамнионит), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (воспалительными заболеваниями урогенитальной сферы, анамнез инфекции у новорожденного при предыдущих родах, ВМС-контрацепция). Наиболее важным неонатальным фактором является низкая масса тела ребенка при рождении [2].

Диагностика СГВ-инфекции основана исключительно на результатах лабораторных исследований. «Золотым» стандартом в диагностике бессимптомной колонизации СГВ мочеполовых путей и желудочно-кишечного тракта беременных является культуральный метод с использованием селективных сред. Проводят посев материала, взятого из влагалища и из аноректальной области, на жидкую или плотную питательную селективную среду [5, 6].

Поскольку колонизация мочеполовых путей беременных СГВ ассоциируется с риском преждевременных родов, преждевременного излития ОВ, колонизацией СГВ плода и риском развития системной инфекции у новорожденного, встает вопрос выбора теста для скрининга СГВ-инфекции у беременных.

Цель исследования

Установить частоту выделения *Streptococcus agalactiae* у беременных женщин из группы риска.

Материалы и методы исследования

Мы обследовали 96 беременных женщин в сроке 37–38 недель беременности, имеющих факторы риска развития перинатальной инфекции (преждевременные роды, преждевременное излитие околоплодных вод, хроническая внутриматочная гипоксия плода, хориоамнионит). Обследование проводили бактериологически с применением селективной питательной среды New Granada Medium (NGM) [5, 6]. Материал для бактериологического исследования был получен путем взятия мазка со слизистой влагалища и аноректальной области. Результат оценивался на третьи сутки по наличию ли отсутствию роста характерных колоний *Streptococcus agalactiae*. Также были проанализированы истории новорожденных, рожденных от матерей с положительным результатом выделения *Streptococcus agalactiae*.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных 96 беременных женщин у 32 (33 %) отмечались признаки внутриматочной гипоксии плода, у 21 (21 %) — преждевременное излитие околоплодных вод, у 7 (0,7 %) — отмечались признаки хориоамнионита и у 12 (1,2 %) — бактериурия. При бактериологическом исследовании у 7 женщин был выделен *Streptococcus agalactiae*, что составляет 7,4 %. Из них у 4 отмечались признаки ХВМГП, у 3 — преждевременное излитие околоплодных вод, у 2 — кольпит. Роды у всех протекали через естественные родовые пути. В пяти случаях интранатально вводился парентерально бета-лактаманый антибиотик (амоксиклав). Дети, рожденные от этих матерей, в 85,5 % (7) имели 7 баллов по шкале Апгар на первой минуте и 9 баллов на пятой. Период ранней неонатальной адаптации у них протекал без патологии и дети были выписаны домой на $8 \pm 1,5$ сутки от рождения.

Выводы

1. Частота выделения *Streptococcus agalactiae* у женщин, входящих в группу риска по развитию перинатальной инфекции, составила 7,4 %.
2. Ни в одном из этих случаев не было отмечено признаков развития инвазивной инфекции в раннем неонатальном периоде.
3. В качестве скрининга СГВ-инфекции у беременных женщин из группы риска можно использовать бактериологическое обследование с применением селективной среды New Granada Medium [NGM].

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский, В. И. Стрептококки и стрептококкозы / В. И. Покровский, Н. И. Брико, Л. А. Ряпис. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
2. Цинзерлинг, В. А. Перинатальные инфекции: практ. руководство / В. А. Цинзерлинг, В. Ф. Мельникова. — СПб., 2002.
3. Эпидемиологические особенности распространения стрептококков серогруппы В в родовспомогательных учреждениях различного типа / И. А. Бочков [и др.] // Эпидемиол. и инф. болезни. — 1997. — № 2. — С. 13–14.
4. New Granada Medium for Detection and Identification of Group B Streptococci // Journal of Clinical Microbiology. — 1992. — P. 1019–1021.
5. Use of Granada Medium to Detect Group B Streptococcal Colonization in Pregnant Women // Journal Of Clinical Microbiology. — 1999. — P. 2674–2677.

УДК 616.133-089:616.831-005.1-084

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КИНКИНГА СОННЫХ АРТЕРИЙ КАК ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА

Каплан М. Л., Бонцевич Д. Н., Величко А. В.

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

Введение

Вопрос о необходимости хирургического лечения пациентов с различными формами патологической извитости до сих пор однозначно не решен. Клинически данная патология проявляется симптоматикой прогрессирования нарушения мозгового кровообращения с возможным развитием инсульта.

Морфологическое многообразие данной патологии требует детальной верификации ее форм с целью выделения групп пациентов с типовыми нарушениями церебральной гемодинамики, которые в условиях отсутствия проведения хирургической коррекции могут привести к развитию инсульта. В свою очередь, возможность проведения хирургического лечения пациентов в качестве профилактики развития инсульта, требует особого внимания к изучению данной патологии.

Цель исследования

Обосновать необходимость хирургической коррекции кинкинга сонных артерий.

Материалы и методы исследования

Данное исследование проводилось на базе Гомельского областного кардиологического диспансера, отделения сосудистой хирургии и УЗИ отделения. Всем пациентам с проявлениями мозговой недостаточности выполнялось УЗИ исследование сосудов системы брахиоцефальных артерий по стандартным методикам с измерением объемной скорости кровотока в измененных.

При выявлении гемодинамически значимых изменений пациентам производили компьютерную томографию с контрастированием и 3D реконструкцией.

Для уточнения гемодинамических изменений измерялись углы изгибов измененных сосудов. Построение 3D реконструкций позволяет увидеть характер извитости в наиболее информативном ракурсе, в то время как прямые и боковые проекции, полученные при проведении ангиографии, являются малоинформативными для верификации формы патологической извитости.