

достоверно известно отсутствие ИППП. При поступлении 18 ($56,3 \pm 8,8$ %) беременных не имели заключения бактериоскопического исследования влагалищного мазка, выполненного амбулаторно, у 13 ($40,6 \pm 8,7$ %) женщин 2-й группы наблюдалась нормальная картина микроскопии мазка отделяемого влагалища, у 1 ($3,1 \pm 3,1$ %) — выявлены дрожжевые клетки в мазке отделяемого из влагалища. Санация проводилась 24 ($75,0 \pm 7,7$ %) беременным.

В 3-й группе (14 пациенток) у 9 ($64,3 \pm 12,8$ %) пациенток выявлена патология со стороны придатков матки, у 3 ($21,6 \pm 11,0$ %) — миома матки в сочетании с гиперплазией эндометрия. На ИППП не обследованы — 10 ($71,4 \pm 12,1$ %) пациенток, у 2 ($14,3 \pm 9,4$ %) — достоверно известно отсутствие ИППП, еще у 2 ($14,3 \pm 9,4$ %) — дрожжевые клетки встречались в ассоциации с уреоплазмой. В проведении санации влагалища нуждались 5 ($35,7 \pm 12,8$ %) пациенток.

При проведении сравнительного анализа, чаще, в стационар с нормальной картиной вагинального мазка направлялись пациентки 1-й группы ($N = 17,87$, $p = 0,0001$; $U_{1-2} = 340,0$, $p_{1-2} = 0,0001$, $U_{1-3} = 316,5$, $p_{1-3} = 0,03$). По частоте выявления патологии вагинальных мазков в ЖК значимых различий установлено не было. Выявлены значимые различия в частоте проведения санации у пациенток 3-х групп ($N = 40,17$, $p = 0,00001$). Чаще санация влагалища назначалась пациенткам 2-й и 3-й групп ($U_{1-2} = 340,0$, $p_{1-2} = 0,0001$; $U_{1-3} = 316,0$, $p_{1-3} = 0,03$; $U_{2-3} = 136$, $p_{2-3} = 0,03$).

После проведения санации в стационаре патологический тип вагинального мазка отмечался у 1 пациентки 1-й группы (сохранялись дрожжевые клетки).

Выводы

1. Статистически значимо чаще наблюдается нормальная микрофлора влагалища у пациенток, направленных для планового оперативного лечения и оперативных диагностических манипуляций ($N = 17,87$, $p = 0,0001$; $U_{1-2} = 340,0$, $p_{1-2} = 0,0001$, $U_{1-3} = 316,5$, $p_{1-3} = 0,03$). Пациентки 2-й и 3-й групп чаще нуждались в назначении санации влагалища в стационаре ($N = 40,17$, $p = 0,00001$; $U_{1-2} = 340,0$, $p_{1-2} = 0,0001$; $U_{1-3} = 316,0$, $p_{1-3} = 0,03$; $U_{2-3} = 136$, $p_{2-3} = 0,03$).

2. Наиболее часто вульвовагинальный кандидоз сочетался с уреоплазмозом — 5 ($55,5 \pm 16,6$ %), хламидиозом — 1 ($11,1 \pm 10,1$ %).

3. В исследовании выявлена низкая частота обследований пациенток всех 3-х групп на ИППП: в 1-й группе ни одна пациентка не обследована, во 2-й группе — 5 ($55,6 \pm 16,6$ %), в 3-й группе — 4 ($44,4 \pm 16,6$ %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов, А. О. Выявление групп риска возникновения гнойно-воспалительных осложнений после гинекологических операций / А. О. Данилов. — М., 1989. — 24 с.
2. Экобиологические аспекты эпидемиологии и лечения вагинального кандидоза / О. В. Грищенко [и др.] // Репродуктивное здоровье женщины. — 2005. — № 4 (24). — С. 23–26.
3. Лыкова, С. Г. Вульвовагинальный кандидоз: современный взгляд на проблему / С. Г. Лыкова, О. С. Петренко // Сибирский журнал дерматологии и венерологии — 2003. — № 4. — С. 35–40.

УДК:616.24-002-36.1-053.4/053.5

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОЧАГОВЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 3 ЛЕТ

Шестакович Д. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболевания органов дыхания широко распространены среди детского населения и имеют большой удельный вес в структуре заболеваемости. Частой формой поражения ор-

ганов дыхания у детей являются пневмонии. Согласно экспертной оценке заболеваемость острой пневмонией составляет от 4 до 20 случаев на 1 тыс. детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Среди госпитализированных детей по поводу острых бронхолегочных заболеваний на острую пневмонию приходится 25–35 % случаев. Примерно треть от всех пневмоний — очаговые пневмонии.

Цель

Изучение особенностей клинического течения внегоспитальных очаговых пневмоний у детей старше 3-х лет.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на основе анализа медицинской документации 26 пациентов в возрасте от 3 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в У «Гомельская областная детская клиническая больница» (инфекционное отделение № 2) в период с марта по май 2009 г. с клиническим диагнозом «острая очаговая пневмония».

Результаты исследования

Из 26 детей с острой очаговой пневмонией 12 (46 %) составили мальчики, 14 (54 %) — девочки. Повозрастная структура пациентов распределилась следующим образом: 3–6 лет — 14 (54 %) детей, 6–10 лет — 7 (27 %), более 10 лет — 5 (19 %) детей. Проживали в городе — 17 (65 %) пациентов, в сельской местности — 9 (35 %).

Проведенный анализ сроков поступления больных в стационар свидетельствует о позднем поступлении. Средняя продолжительность догоспитального этапа составила 7,6 дней. Это возможно связано с неадекватной антибактериальной терапией, в результате чего не было получено положительной динамики течения заболевания.

У 3 (11,5 %) детей острая очаговая пневмония развилась на фоне хронической патологии ЛОР-органов: в 2-х случаях — на фоне синусита, в 1 случае — на фоне хронического тонзиллита; в 1 случае — на фоне миокардиодистрофии.

При поступлении в стационар у 8 (31 %) детей состояние расценивалось как тяжелое, у 18 (69 %) — средней степени тяжести. Причем в 6 (75 %) случаях всех тяжелых состояний приходилось на долю детей в возрасте от 3 до 6 лет.

Тяжесть состояния больных в значительной степени определяется выраженностью интоксикационного синдрома, дыхательной недостаточностью, обширностью инфильтрации в легких, воспалительными изменениями в общем анализе крови.

По результатам наших исследований, из всех клинических синдромов наиболее часто встречался интоксикационный синдром — у 12 (46 %) детей, дыхательная недостаточность 1 степени — у 7 (27 %).

У всех госпитализированных детей отмечалось повышение температуры тела: до 38 °С — у 14 (54 %) детей, от 38,1 до 39 °С — у 9 (34,5 %), выше 39 °С — у 3 (11,5 %) детей.

Диагностическими критериями пневмонии является наличие локальной симптоматики в легких. Анализ локальной симптоматики выявил следующие особенности: наличие локальных влажных мелкопузырчатых хрипов отмечалось у 10 (38 %) пациентов, у 7 (27 %) детей определялись разнокалиберные влажные и сухие хрипы, локальное ослабление дыхания выявлялось также у 7 (27 %) детей, сухие хрипы — у 2 (8 %) человек.

Рентгенологическая картина в легких характеризовалась, преимущественно, правосторонним процессом — 13 (50 %) случаев, на долю левосторонних и двусторонних пришлось 7 (27 %) и 6 (23 %) случаев, соответственно, что объясняется большим диаметром правого главного бронха и меньшим углом отхождения от трахеи в сравнении с левым.

Анализируя результаты общего анализа крови у детей с очаговыми пневмониями, было выявлено: лейкоцитоз (больше $9 \times 10^9/\text{л}$) был лишь у 10 (38 %) детей. У 16 (62 %) детей уровень лейкоцитов не выходил за пределы нормы. У 5 (19 %) детей наблюдался сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы больше 5 %). У 4 (15 %) детей определялась токсическая зернистость нейтрофилов. Анемия легкой степени тяжести наблюдалась у 2 (8 %) детей. Ускорение СОЭ более 15 мм/час отмечено у

13 (50 %) детей. При детальном анализе лейкоцитарной формулы (с учетом возраста) выявилось, что среди детей старше 5 лет лимфоцитоз (> 35 %) был у 10 (71 %) пациентов от всех детей старше 5 лет), причем среди детей старше 5 лет ни у одного ребенка пневмония не протекала с сегментоядерным нейтрофилезом (> 70 %). У детей младше 5 лет лимфоцитоз (> 65 %) был у 4 человек (33 % от всех детей до 5 лет), сегментоядерный нейтрофилез (> 35 %) — у 7 детей (58 % от всех детей младше 5 лет).

Знание этиологии пневмонии определяет рациональную антибактериальную терапию и, следовательно, сокращение сроков лечения и благоприятный исход. Положительный результат посева мокроты на флору был лишь у 4 больных (15 % всех детей): по 1 случаю *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus viridians*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*.

Альтернативой бактериологическому исследованию являются данные о наиболее вероятном возбудителе, основанные на клинической картине, с учетом возраста пациента, места развития заболевания, эпидемиологической ситуации.

В ходе проведенного анализа установлено, что препаратами стартовой терапии в 17 (66 %) случаях были цефалоспорины 2–3 поколения, в 5 (19 %) случаях — «защищенные» пенициллины, в 3 (15 %) случаях — макролиды.

Позднее поступление в стационар, особенности течения заболевания обусловили проведение у большей половины госпитализированных детей 2–3 курсов антибактериальной терапии.

Наиболее частой схемой антибактериальной терапии было последовательное назначение цефалоспоринов и макролидов (14 (54 %) детей), средняя длительность лечения составила 12,9 дня. «Защищенные» пенициллины, затем макролиды получало 5 (19 %) человек, средняя длительность лечения составила 12,3 дня. Наибольшая длительность лечения — 15,6 дня была при последовательном назначении цефалоспоринов и фторхинолонов 3 (12 %) детям старшего возраста. У 4 (15 %) детей применялись другие схемы.

Средняя продолжительность лечения составила 12,9 дня.

Таким образом, наиболее часто с очаговой пневмонией госпитализируются дети дошкольного и младшего школьного возраста, для которых характерно тяжелое течение. У детей старшего возраста очаговые пневмонии протекают в состоянии средней тяжести, что обуславливает, зачастую, позднюю госпитализацию детей в стационар. Очаговые пневмонии чаще развиваются в правом легком, характеризуются, в большинстве случаев, типичным течением клинической картины, умеренными воспалительными изменениями в общем анализе крови. Низкая результативность бактериологического метода идентификации возбудителя диктует необходимость использования различных антибактериальных препаратов широкого действия. Наиболее результативной схемой антибактериальной терапии было последовательное назначение «защищенных» пенициллинов и макролидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жерносек, В. Ф. Острые пневмонии у детей: стартовая антибактериальная терапия типичных пневмоний в условиях стационара / В. Ф. Жерносек // Медицинские новости. — 2006. — № 10. — С. 32–38.
2. Таточенко, В. К. Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Таточенко. — М., 2006. — 250 с.

УДК 616.314-002-039.71:665.58344

СРАВНЕНИЕ АНТИКАРИЕСНОЙ АКТИВНОСТИ ЗУБНЫХ ПАСТ

Шестопапов М. Ю.

Научный руководитель к.х.н., доцент В. А. Филиппова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Кариез — это патологический процесс, при котором происходит деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием полости [1]. Кариез —