

вероятны в периодонте и протекают с участием лизосомальных ферментов, активность одного из которых мы обнаружили в проведенном исследовании. Не менее вероятен механизм увеличения активности КФ, который обусловлен изменением микробиоты ротовой полости с последующим увеличением доли таких «периодонтопатогенных видов», как *Actinobacillus (Aggregatibacter) actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus (Tannerella forsythia)* и *Treponema denticola*, являющихся по рекомендации ВОЗ резидентной флорой полости рта, продуцирующей КФ.

Таблица 1 — Активность кислой фосфатазы (нмоль/с.л) слюны (ротовой жидкости) (n=6÷10)

№ групп	Общая активность	Тартрат стабильная активность	% соотношение тартратстабильная/общая активность	Курение	Санация ротовой полости
Контроль	67–167	0–16,7	10 %	—	100 %
1-я	164 ± 17 n = 10	52 ± 12 n = 8	32	20 %	100 %
2-я	305 ± 27 n = 8	90 ± 32 n = 8	30	—	64 %
3-я	141 ± 14 n = 9	60 ± 7,8 n = 8	43	18 %	100 %
4-я	183 ± 23 n = 9	40 ± 12 n = 9	22	—	42 %
5-я	123 ± 18 n = 10	34 ± 6,2 n = 8	28	25 %	100 %
6-я	56 ± 4,0 n = 11	—	—	15 %	85 %
7-я	105 ± 10 n = 10	—	—	8 %	67 %
8-я	150 ± 23 n = 11	50 ± 9 n = 8	33	—	65 %
9-я	123 ± 3 n = 10	35 ± 7 n = 8	28	—	70 %
10-я	150 ± 31 n = 8	65 ± 2 n = 6	43	15 %	83 %
Средняя по группам	150 ± 26 n = 10	53 ± 7 n = 8	14 ± 3 n = 8	17 ± 3 n = 6	88 ± 4 n = 10

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский, Е. В. Биология полости рта / Е. В. Боровский, В. К. Леонтьев. — М.: Медицина, 1991. — 304 с.
2. Тохунц, Э. Ю. Активность фосфатаз в слюне при начальных формах поражения пародонта / Э. Ю. Тохунц // Медицинский вестник — 2009. — № 2 (38). — С. 71–75.
3. Биология полости рта. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.e-stomatology.ru/pressa/polost.
4. Бесядовский, Р. А. Справочное руководство для радиобиологов / Р. А. Бесядовский, К. В. Иванов, А. К. Козюра. — М.: Атомиздат, 1978. — 129 с.
5. Юдина, Н. А. Роль микробиологической диагностики в комплексном обследовании и определении тактики лечения пациентов с болезнями пародонта / Н. А. Юдина, А. В. Люговская // [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.belmapo.by/page/20/708>. — Дата доступа: 14.03.2011.

УДК 618.16-002.181-036.22

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Шашкова О. С., Кулицкая М. Е., Говор Н. В.

Научный руководитель: Е. А. Эйныш

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в оперативной гинекологии, проблема профилактики инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде полностью сохраняет свою актуальность. Высокий риск послеоперационных инфекций связан с неизбежным контактом раневой поверхности и микрофлоры нижних отделов

половых путей [1]. Воспалительные заболевания женских органов негативно влияют на репродуктивную функцию женщины и часто являются причиной инфицирования плода и новорожденного (9–31 %), приводят к невынашиванию беременности (32–68 %), могут являться стартовым фактором развития гестоза (23–72 %) [3, 4]. В связи с этим, необходима разработка методов объективной оценки состояния факторов резистентности слизистой оболочки влагалища для выявления категории лиц, подлежащих санации до операции.

Цель

Оценка результатов предоперационной подготовки пациентов, поступающих для плановых лечебно-диагностических манипуляций, в сравнении с пациентами, поступающих экстренно.

Материалы и методы исследования

Представлены результаты ретроспективного анализа 107 историй болезней пациенток гинекологического отделения УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» за 2010 г. Изучались результаты исследований на ИППП, бактериоскопических исследований отделяемого влагалища при обследовании пациенток амбулаторно и взятых в гинекологическом отделении. В ходе исследования были выделены 3 группы. В 1-ю группу (61 человек) вошли пациентки, которые поступили для плановых лечебно-диагностических манипуляций или оперативного лечения. Возраст пациенток данной группы составил 48 (37,68) лет. Вторую группу (32 пациентки) составили беременные в возрасте 26,5 (18,37) лет с угрозой прерывания беременности и пациентки, поступившие в отделение для оперативного лечения по экстренным показаниям. В 3-ю группу (14 человек) вошли пациентки в возрасте 39,5 (19,83) лет, поступившие для планового консервативного лечения. Статистическая обработка данных выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Statistica» 6.0. Для количественных данных вычислены медианы (Me) и интерквартильные размахи (25 и 75 процентиля), для качественных признаков вычислена доля (P) и ошибка доли. Сравнение двух групп проведено с использованием критерия Манна-Уитни (U), точного двухстороннего критерия Фишера (p) и критерия χ^2 . При проведении множественных сравнений использовалась поправка Бонферрони. Статистически значимыми считали результаты при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

По частоте соматической патологии группы не отличались: наиболее часто встречались заболевания сердечнососудистой системы — 26 (24,3 ± 4,2 %), заболевания желудочно-кишечного тракта — 13 (12,1 ± 3,2 %), заболевания мочеполовой системы — 12 (11,2 ± 3,1 %).

В структуре заболеваний у пациенток 1-й группы (61 пациентка) миома матки и гиперплазия эндометрия была выявлена у 39 (63,9 ± 6,2 %) обследованных женщин, у 9 (14,8 ± 4,5 %) — патологические образования придатков матки, у 7 (11,5 ± 4,1 %) — ДМК, у 6 (9,8 ± 3,8 %) — опущение ЖПО. 51 (83,6 ± 4,7 %) женщина 1-й группы поступила с нормальной картиной микроскопии мазка отделяемого влагалища, у 8 (13,1 ± 4,3 %) пациенток результат исследования отсутствовал, у 2 (3,3 ± 2,3 %) женщин выявлены дрожжевые клетки в мазке отделяемого из влагалища. Все женщины не обследованы на наличие ИППП — 61 (100 %). Предоперационная санация влагалища проводилась 6 (9,8 ± 3,8 %) женщинам.

Во 2-й группе (32 пациентки) 22 (68,8 ± 8,2 %) пациенток были госпитализированы экстренно с угрозой прерывания беременности: в 1 триместре беременности — 7 (31,8 ± 9,9 %), во 2 триместре — 9 (40,9 ± 10,5 %), в 3 триместре — 6 (27,3 ± 9,5 %), 9 (28,1 ± 8,0 %) пациенток; с неразвивающейся беременностью на сроках 5–6 недель — 5 (55,6 ± 16,6 %), 7–8 недель — 3 (37,5 ± 17,1 %), 9–10 недель — 1 (12,5 ± 11,7 %), 1 (3,1 ± 3,1 %) пациентка с абсцессом бартолиновой железы. Большинство беременных не обследованы на ИППП — 27 (84,4 ± 6,4 %), у 3 (9,4 ± 5,2 %) дрожжевые клетки встречались в ассоциации с уреаплазмой, у 1 (3,1 ± 3,1 %) — с хламидиозом, у 1 (3,1 ± 3,1 %) пациентки

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. Зарякина

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-