

Кроме этого, пул лимфоцитов памяти при ВИЧ-инфекции в силу неспособности или снижения возможности развития антигенспецифического иммунного ответа гомогенизируется в направлении ВИЧ-специфичных лимфоцитов, то есть иммунологическая память не поддерживает иммунитет в отношении других антигенов.

Выводы

1. Суммарный иммунологический опыт, проявляющийся присутствием лимфоцитов памяти, накапливается с течением времени.
2. Наличие хронической лимфотропной инфекции (ВИЧ-инфекции) не проявляется сформированностью суммарного иммунологического опыта, а ведет к нарушению лимфопоэза, то есть, к снижению численности «наивных» лимфоцитов.
3. Суммарный иммунологический опыт формируется паритетом противоположных изменений — снижением численности «наивных» лимфоцитов и увеличением численности лимфоцитов памяти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иммунопатогенетическая и этиологическая эффективность препарата Дибенорм при терапии ВИЧ-инфекции / Т. Р. Романовская [и др.] // Респ. научно-производственное унитарное предприятие «Диалек», Республиканская инфекционная больница БГМУ, Гомельский региональный центр ВИЧ-профилактики. — Минск. Изд. проф. издания, 2007. — № 5 (55). — С. 68–76.

УДК 616.833.24-002-089.168.1-06

АНАЛИЗ ТИПОВ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОМПРЕССИОННОЙ ПОЯСНИЧНОЙ РАДИКУЛОПАТИИ, ОСЛОЖНИВШИХСЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Гусева Д. О.

Научный руководитель: к.м.н., доцент М. В. Олизарович

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

Введение

Наиболее частой причиной вертеброгенных болей в поясничной области является остеохондроз поясничного отдела позвоночника [1]. Грыжа является одним из наиболее опасных осложнений дистрофического поражения межпозвонкового диска (МПД) [3]. В нейрохирургии распространены операции по удалению грыжи МПД из заднего доступа, которые обеспечивают малотравматичность [3].

Задний доступ к грыже МПД имеет ряд типичных осложнений, которые подразделяют на интраоперационные, послеоперационные и общехирургические [2]. Изучение типов и частоты послеоперационных осложнений позволит подобрать наиболее оптимальную тактику ведения пациента во время хирургического вмешательства, в послеоперационном периоде, а также уточнить показания к реоперации.

Цель

Анализ вариантов хирургических вмешательств при компрессионных поясничных радикулопатиях, вызвавших послеоперационные осложнения.

Материал и методы исследования

Проанализированы истории болезни и протоколы КТ и МРТ 144 пациентов с полифакторной компрессией поясничных спинномозговых корешков, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении № 1 учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в 2010–2016 гг. Выявлен 21 пациент с послеоперационными осложнениями в виде рецидива грыжи, радикулоишемии, дисцита, формирования новой грыжи на неоперированном уровне. Установлен тип и частота исполнения хирургических вмешательств, приведших к данным осложнениям.

Результаты исследования и их обсуждение

Половозрастная структура пациентов в группе с осложнениями представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов в зависимости от возраста и пола

Возраст, лет	Количество больных, n = 21	%	Пол			
			мужской	%	женский	%
До 29	2	9,5	1	4,8	1	4,8
30–39	3	14,4	1	4,8	2	9,5
40–49	10	47,6	4	19	6	28,6
50–59	4	19	4	19	0	0
60 и старше	2	9,5	1	4,8	1	4,8
Всего	21	100	11	52,4	10	47,6

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что в исследуемой группе пациентов преобладали лица трудоспособного возраста от 30 до 59 лет (17 (81 %) человек (чел.)), с небольшим превалированием мужчин (52,4 %).

В исследуемой группе, для верификации вида выпавшей грыжи в дооперационном периоде 8 (38,1 %) пациентам выполнены МРТ и 13 (61,9 %) — КТ поясничного отдела позвоночника. Среди пациентов исследованной группы были оперированы в сочетании грыжи МПД со стенозом — 8 (38,1 %) чел., с остеофитом — 5 (23,8 %) чел., в сочетании с варикозом — 1 (4,8 %) чел. У 7 (33,3 %) пациентов наблюдалось три фактора компрессии. Из-за наличия нескольких факторов компрессии корешка, при анализе учитывались каждый из этих факторов для данного оперированного, что представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Уровни локализации грыжи МПД у пациентов

Оперированный ПДС	Стеноз		Остеофит		Варикоз		Три фактора компрессии	
	n	%	n	%	n	%	n	%
L _{II} –L _{III}	0	0	0	0	0	0	1	4,8
L _{III} –L _{IV}	1	4,8	0	0	0	0	1	4,8
L _{IV} –L _V	1	4,8	1	4,8	1	4,8	3	14,2
L _V –S _I	6	28,5	4	19	0	0	1	4,8
L _V –L _{VI}	0	0	0	0	0	0	1	4,8
Всего	8	38,1	5	23,8	1	4,8	7	33,3

При анализе данных установлено, что наиболее часто операции при стенозе и остеофите подвергались ПДС L_V–S_I (соответственно 6 чел. — 75 % и 4 чел. — 80 %). При трех факторах компрессии превалировало поражение на уровне L_{IV}–L_V (3 чел. — 42,9 %).

Использованные у пациентов способы оперативного лечения представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Типы доступов при сочетанных компрессиях поясничных корешков

Вид доступа	Стеноз		Остеофит		Варикоз		Три фактора компрессии	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Частичная гемиламинэктомия	8	38,1	0	0	0	0	6	28,5
Фенестрация	0	0	4	19	1	4,8	1	4,8
Интерламинарный доступ	0	0	1	4,8	0	0	0	0
Всего	8	38,1	5	23,8	1	4,8	7	33,3

При стенозах и множественной компрессии превалировала частичная гемиламинэктомия (8 чел. — 38,1 % и 6 чел. — 28,5 % соответственно), при остеофитах чаще выполнялась фенестрация (4 чел. — 19 %), в случае варикоза также выполнялась фенестрация (1 чел. — 4,8 %).

Выводы

1. Из 144 пациентов, после поясничной дискэктомии, у 14,6 % диагностированы осложнения. Среди лиц с осложнениями преобладали мужчины (52,4 %).
2. Наиболее часто осложнялась декомпрессия корешка на уровне ПДС L_V–S_I (11 чел. — 52,4 %).
3. Наиболее частым типом доступа у пациентов с осложнениями была частичная гемиламинэктомия (14 чел. — 66,7 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Hoch, B. Migrated herniated disc mimicking a neoplasm / B. Hoch, G. Hermann // Neurosurg Focus. — 2010. — № 39 (12). — P. 1245–1249.
2. Effects of nerve root retraction in lumbar discectomy / C. Feltes [et al.] // Neurosurg Focus. — 2002. — Vol. 13, № 2. — Art. 6.
3. The prevalence of MRI-defined spinal pathoanatomies and their association with Modic changes in individual seeking care for low back pain / H. B. Albert [et al.] // Eur. Spine J. — 2011. — P. 1355–1362.

УДК 645.682.7:725.194.4]:579

ЭЛЕКТРОСУШИЛКИ КАК ИСТОЧНИК КОНТАМИНАЦИИ РУК МИКРООРГАНИЗМАМИ В ОБЩЕСТВЕННЫХ ТУАЛЕТАХ

Давидовская Е. Ю., Колесникова К. И.

Научный руководитель: к.б.н., доцент *Е. И. Дегтярева*

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

Введение

Известно, что около 80 % инфекционных заболеваний распространяется через руки, поэтому тщательное мытье рук до сих пор остается надежной и самой лучшей защитой от инфекций. Однако, мало кто знает, что эффективная сушка рук не менее важна, чем и сама их гигиеническая обработка. Сушка рук — завершающий этап процедуры их гигиенической обработки в общественном туалете.

Гигиена рук является важным компонентом для контроля распространения инфекции [1, 2]. Влажные руки могут распространять в 1000 раз больше бактерий, чем сухие [3]. Это связано с тем, что для жизнедеятельности бактерий необходима влага и контаминация поверхностей бактериями во влажных средах значительно увеличивается [4]. Поэтому важно, чтобы руки не были загрязнены бактериями в результате процесса их сушки.

Британскими учеными из Университета Лидса было доказано, что сушилки для рук в общественных туалетах являются распространителями бактерий. Результаты своих исследований они опубликовали в Journal of Hospital Infection и представили на международной конференции врачей-инфекционистов в Лионе (Франция) [5].

Цель

Оценить микробиологическое состояние воздуха подаваемого электрическими сушилками в общественных туалетах.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе учебной лаборатории кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии УО «Гомельский государственный медицинский университет».

В корпусах Гомельского государственного медицинского университета установлены следующие сушилки: электросушилка для рук Ksitex M-1000 и Ksitex M-1800. В свою очередь, данные сушилки имеют различные характеристики:

1. Мощность. У электросушилки Ksitex M-1000 мощность равна 1000 Вт, в то время как у Ksitex M-1800 равна 1800 Вт.
2. Скорость воздушного потока. У электросушилки Ksitex M-1000 скорость воздушного потока равна 7м/сек, а у Ksitex M-1800 15м/с.
3. Время сушки рук. У электросушилки Ksitex M-1000 среднее время сушки около 60 с, а у Ksitex M-1800, в свою очередь, среднее время сушки 40 с.

Микробиологические посевы воздуха, подаваемого электрическими сушилками, были сделаны в мужских и женских общественных туалетах Гомельского государственного медицинского университета в двух учебных корпусах по адресам: пр. Космонавтов, 70 и ул. Ланге, 5 на расстоянии 15 см от сушилок. Для первого посева сушилка включалась на 1 мин, для второго — на 2 мин, для третьего — на 3 мин. Посевы были сделаны на среду Мюллер —