

Таблица 3 — Влияние разных концентраций экстракта дрожжей в составе разбавителя посевного материала на продуктивность дерматофитов

Штамм	Концентрация компонента, %	Концентрация микроконидий, млн/см ³ среды	Индекс спорообразования, %	Жизнеспособность, %	Концентрация сухого мицелия, мг/см ³ среды	Индекс образования мицелия, %	Содержание микроконидий млн/мг сухого мицелия
<i>Tr. verrucosum</i> № 130	0,25	119,1	134,2	81,3	7,1 ± 0,1	142	16,7
	0,5	135,1	152,2	81,3	7,2 ± 0,05	144	18,8
	1,0	135,6	152,7	81,0	7,3 ± 0,1	146	18,6
	—	88,8	100	80,6	5,0 ± 0,05	100	17,8
<i>Tr. verrucosum</i> № 11183	0,25	120,3	135	81,5	7,2 ± 0,05	144	16,7
	0,5	136,6	153,3	81,2	7,1 ± 0,1	142	19,2
	1	140,1	157,2	81,3	7,2 ± 0,1	144	19,5
	—	89,1	100	80,4	5,0 ± 0,05	100	17,8
<i>Tr. mentagrophytes</i> № 135	0,25	116,3	133,3	81,2	7,2 ± 0,1	144	16,2
	0,5	133,1	152,5	81,6	7,3 ± 0,05	146	18,2
	1	133,3	152,7	81,4	7,3 ± 0,1	146	18,3
	—	87,3	100	80,3	5,0 ± 0,1	100	17,5

Заключение

В ходе проведенных исследований нами установлено, что экономически целесообразно в состав разбавителя посевного материала включать 50 % автолизата пивных дрожжей или 75 % автолизата пекарских дрожжей, или 0,5 % СЭД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горячкина, Г. И. Специфическая профилактика, терапия трихофитии и микроспории пушных зверей, кроликов, мелких домашних животных (видовой состав, биология возбудителей, сравнительная оценка иммуногенеза) : автореф. дис. ... канд. вет. наук : 16.00.03 / Г. И. Горячкина. — М.: ВИЭВ, 1999. — 24 с.
2. Лазовский, В. А. Живая сухая вакцина «Триховак – Стимул-1» против трихофитии крупного рогатого скота (получение, контроль и применение) : автореф. дис. ... канд. вет. наук : 16.00.03 / В. А. Лазовский ; РУП «Институт экспериментальной ветеринарии им. С. Н. Вышеселеского». — Минск, 2007. — 24 с.
3. Одноволик, Ю. В. Оптимизация условий спорообразования вакцинных штаммов рода *Trichophyton* : автореф. дис. ... канд. вет. наук : 16.00.03 / Ю. В. Одноволик. — М.: ВИЭВ, 2001. — 13 с.

УДК: 616.24-002-007-053.32

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Зарянкина А. И., Кривицкая Л. В., Бычкова А. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В структуре заболеваемости недоношенных детей лидирующее значение имеет патология дыхательной системы, и в первую очередь, пневмонии, которые разделяют на внутриутробные (врожденные) и постнатальные.

Врожденная пневмония — это острое инфекционно-воспалительное заболевание респираторных отделов легких в результате ante- и(или) интранатального инфицирования, имеющие клинико-рентгенологические проявления в первые 72 часа жизни ребенка (в МКБ-10 – P23 «врожденная пневмония») [1, 2].

Цель

Изучить и оценить степень значимости факторов риска формирования врожденных пневмоний у недоношенных детей в региональных условиях. Определить профилактические мероприятия, направленные на предупреждение их развития.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены дети, находящиеся на стационарном лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии Гомельской областной детской клинической больницы и Гомельской городской клинической больницы № 2 в 2013 г.

Нами было проанализировано 68 карт стационарного больного недоношенных детей с врожденной пневмонией со сроками гестации менее 37 недель и массой менее 2500 г. Всем детям проводился клиничко-лабораторный мониторинг, использовались инструментальные методы исследования (рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковая диагностика внутренних органов, головного мозга, эхокардиография), консультации специалистов — невролога, окулиста, кардиолога, ЛОР-врача и других специалистов по показаниям.

Из 68 недоношенных детей, у 8 (11,8 %) отмечалась экстремально низкая масса тела (ЭНМТ) — от 500 до 999 г, у 28 (41,2 %) детей — очень низкая масса тела (ОНМТ) — от 1000 до 1499 г, у 32 (47 %) новорожденных — низкая масса тела — в пределах от 1500 до 2500 г.

10 (14,8 %) недоношенных детей родились в сроке гестации от 26 до 28 недель, 32 (45,6 %) — в сроке гестации от 28 до 32 недель, остальные 27 (39,6 %) новорожденных — в сроке гестации от 32 до 36 недель.

Более половины недоношенных новорожденных 36 (52,9 %) детей родились от 2-й беременности, причем, в ряде случаев, у женщин в анамнезе были самопроизвольные выкидыши или неразвивающаяся беременность. 19 (27,9 %) новорожденных родились от 1-й беременности, 13 (19,2 %) детей — от 3-й беременности.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение факторов риска невынашиваемости и развития врожденных пневмоний показал высокую значимость отягощенного акушерского анамнеза. Так, самопроизвольные выкидыши отмечались в анамнезе у 19 (27,9 %) матерей, искусственное прерывание беременности — у 12 (17,6 %) матерей, неразвивающаяся беременность отмечена у 8 (11,8 %), первичное бесплодие — у 5 (6,8 %) женщин. В целом, у 44 женщин (64,7 %), родивших недоношенных детей, отмечался отягощенный акушерский анамнез.

У 51 (75 %) женщины была выявлена гинекологическая патология. Наиболее значимыми были инфекции половых путей. Так, у 16 (23,5 %) матерей был выявлен уреоплазмоз и трихомониаз, у 6 (8,8 %) — бактериальный вагинит, у 5 (7,4 %) женщин — кандидозный кольпит. Воспалительные заболевания половых органов (сальпингоофрит, аднексит) отмечались у 12 (17,6 %) матерей, с такой же частотой была выявлена и эрозия шейки матки — 12 (17,6 %) случаев.

Значительное влияние на неблагоприятное течение беременности и родов оказала соматическая патология матерей. В анамнезе у женщин, родивших недоношенных детей с врожденной пневмонией наиболее значимыми были артериальная гипертензия и хронический пиелонефрит (по 12 (17,6 %) случаев). Кроме того, у 7 (10,3 %) матерей был выявлен сахарный диабет, у 5 (7,4 %) — хронический гепатит, у 4 (5,9 %) женщин — ВПС. В единичных случаях отмечался узловой зоб, псориаз, хронический гастродуоденит. В целом, у 48 (70,6 %) женщин была выявлена хроническая соматическая патология, которая в значительной мере повлияла на характер течения беременности и последующее состояние новорожденных детей.

Следует отметить, что беременность у всех женщин протекала в условиях интенсивного влияния неблагоприятных факторов риска на протяжении всей беременности, что привело к неблагоприятному ее течению. Так, у 32 (47,1 %) женщин отмечалась угроза прерывания беременности, у ряда женщин в течение беременности отмечались повторные острые респираторные инфекции, особенно в поздние сроки (23 (33,8 %) случая); хроническая фетоплацентарная недостаточность — у 17 (25 %) женщин; анемией различной степени тяжести страдали 18 (26,5 %) женщин. В 12 (17,6 %) случаях был выявлен гестоз, в 4 случаях — резус-конфликт; у 16 (23,5 %) женщин отмечалось прежде-

временное излитие околоплодных вод, у 9 (13,2 %) — отслойка плаценты. В целом, подавляющее большинство женщин (66 (97,1 %) случаев) имело крайне неблагоприятное течение беременности, что и привело к преждевременному родоразрешению и неблагоприятному течению постнатального периода у недоношенных новорожденных.

Патология беременности привела в ряде случаев к необходимости оперативного родоразрешения. Так, у 13 (19,1 %) случаев отмечалось оперативное экстренное родоразрешение, у 11 (16,2 %) случаях — оперативное плановое родоразрешение; у остальных (64,7 %) роды протекали через естественные родовые пути.

Из осложнений интранатального периода наиболее часто встречались длительный безводный период (11,8 %) и первичная слабость родовой деятельности — 7 (10,3 %) случаев.

Результатом длительного неблагоприятного влияния патологического течения беременности и родов явилось преждевременное рождение большинства детей в состоянии асфиксии. Так, 26 (38,2 %) детей родились в тяжелой асфиксии с оценкой по шкале Апгар 0–4 балла на 1-й минуте, 33 (48,5 %) ребенка — в асфиксии умеренной степени тяжести с оценкой 5–7 баллов по шкале Апгар. Лишь 9 (13,3 %) детей с массой более 2000 г не имели проявлений асфиксии.

Таким образом, ведущими факторами риска рождения недоношенных детей с врожденной пневмонией являются наличие у матери хронических заболеваний и состояний, приводящих к длительным нарушениям питания плода и последующему его инфицированию: соматические заболевания, инфекции мочевой сферы, хроническая фетоплацентарная недостаточность, анемии, острые респираторные инфекции в поздние сроки беременности.

В условиях неблагоприятной демографической ситуации для профилактики пневмоний у недоношенных новорожденных важное значение имеют вопросы здоровья женщин, особенно лечение инфекций мочеполовой системы до наступления беременности, предупреждение заболеваний матери в период беременности; своевременное и адекватное лечение патологии, развившейся во время беременности, а также бережное ведение родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Таточенко, А. К. Современные аспекты клиники, диагностики, лечения внутриутробных инфекций у новорожденных: учеб.-метод. пособие / А. К. Таточенко. — 3-е изд., испр. и доп. — Минск: БГМУ, 2007. — 66 с.
2. Шабалов, Н. П. Проблемы классификации внутриутробных инфекций / Н. П. Шабалов // Педиатрия. — 2000. — № 1. — С. 87–91.

УДК 616.98:579.88]:618.169

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ МИКОПЛАЗМОЗОМ

Захаренкова Т. Н., Недосейкина М. С., Крот И. Ф.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению роли микоплазм в патогенезе заболеваний человека, интерес ученых и клиницистов к микоплазменной инфекции не ослабевает.

Частота инфицирования урогенитальными микоплазмами (*M. genitalium*, *M. hominis*, *U. urealyticum* и *U. parvum*) зависит от страны, возраста пациентов, пола и состояния макроорганизма (наличие сопутствующей инфекции, хронических заболеваний, состояния иммунитета), а так же метода диагностики. Так, в Венгрии наиболее высокий процент инфицированных урогенитальными микоплазмами наблюдается среди пациентов возрастной группы 21–40 лет, причем у женщин — в 3–3,3 раза чаще, чем у мужчин [1]. Наличие *M. hominis* и *U. urealyticum* предрасполагает к развитию бактериального ваги-