

Выводы

Таким образом, большинство респондентов не имеют достаточного представления о путях распространения заболевания. Несмотря на знание симптомов и исходов туберкулеза, 20% не считают необходимым обращаться за помощью к специалисту, допуская самолечение болезни. Полученные данные говорят о необходимости повышения знаний населения о туберкулезе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Оренбургской области в 2022 году».
2. Михайловский А.М., Чепасов В.И. Корреляционный и факторный анализ эпидемической ситуации по туберкулезу в Оренбургской области http://vestnik.osu.ru/2013_1/22.pdf
3. Эргешов, А. Э. Туберкулез в Российской Федерации: ситуация, проблемы и перспективы / А.Э. Эргешов // Вестник РАМН. – 2018. – № 73(5). – С. 330–337.

УДК 616.23+616.25]-003.224-052-082.4-039.77:579.61

Д. В. Починчук, Л. А. Овсяник

Научный руководитель: ассистент кафедры К. В. Левченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ МОКРОТЫ, ПРОМЫВНЫХ ВОД БРОНХОВ, ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Введение

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) – одна из самых распространенных причин осложнений у пациентов, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ), в связи с регулярным выполнением медицинских манипуляций [1].

Частота заболеваемости в год составляет приблизительно 10–12% от всех пациентов, находящихся в стационаре. Таким образом, ИСМП существенно снижают качество жизни пациентов, преимущественно находящихся в ОАРИТ, и их лечение остается актуальной проблемой для врачей-клиницистов [2].

Изучение видового спектра возбудителей и определение их чувствительности к антибактериальным препаратам – важный этап в выборе рациональной лечебной тактики [3].

Цель

Оценить состав бактериальной флоры в исследуемых образцах мокроты, промывных вод бронхов, плевральной жидкости.

Материал и методы исследования

Проанализированы результаты микробиологического исследования мокроты, промывных вод бронхов (ПВБ), плевральной жидкости от пациентов, проходивших лечение в ОАРИТ Учреждения «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница» в 2023 году. Всего за указанный период в стационаре проведено исследование мокроты и ПВБ на неспецифическую микрофлору 289 пациентов ОАРИТ. Положительный результат микробиологического исследования имели 223 (77,2%; 71,9–82,9) пробы. Исследовано 62 пробы плевральной жидкости. Положительный результат имели 48 (80,0%; 67,7–89,2) исследуемых образца.

Бактериологический анализ мокроты проводили с использованием дифференциально-диагностических сред, идентификацию выделенных патогенов с помощью бактериологического анализатора VITEK 2 Compact.

Статистическая обработка данных производилась при помощи программы Microsoft Excel 2019 с использованием стандартных методов описательной статистики. Для относительных значений определялся 95% доверительный интервал (95% ДИ min – max) методом Клоппера – Пирсона. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Микробиологическое исследование исследуемых образцов было выполнено на $14,0 \pm 6,0$ день от начала заболевания (5–18 день с момента госпитализации).

Структура бактериальных возбудителей, выделенных из мокроты и промывных вод бронхов пациентов, находившихся на лечении в ОАРИТ, представлена на рисунке 1.

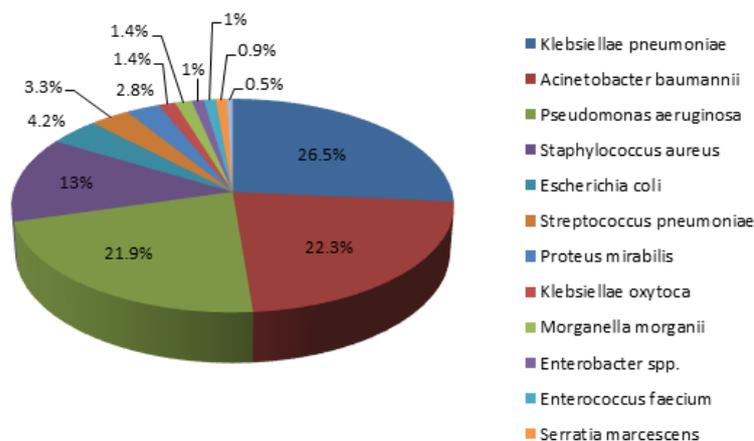


Рисунок 1 – Видовой состав возбудителей, выделенных в мокроте и ПВБ у пациентов ОАРИТ

Из исследуемых образцов мокроты и ПВБ чаще были выделены штаммы *Klebsiellae pneumoniae* (37,5%; 29,8–45,7). *Acinetobacter baumannii* (31,6%; 24,3–39,6). *Pseudomonas aeruginosa* (30,9%; 23,7–38,9).

Спектр бактериальных патогенов, выделенных из плевральной жидкости пациентов ОАРИТ представлен на рисунке 2.

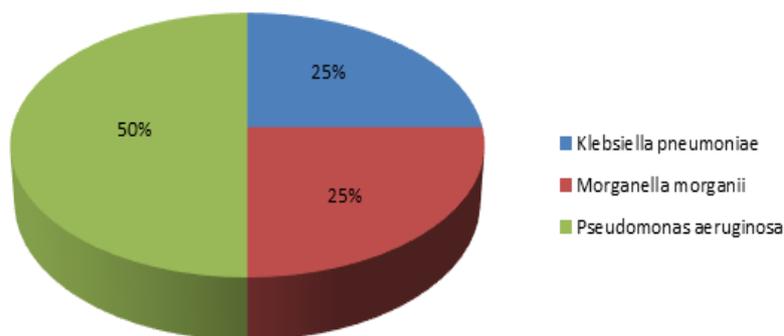


Рисунок 2 – Видовой состав возбудителей, выделенных в плевральной жидкости у пациентов ОАРИТ

Анализируя данные рисунка 2, мы видим, что наиболее частым возбудителем плеврита явилась *Pseudomonas aeruginosa* (50,0%; 43,7–60,9).

Выводы

1. В структуре бактериальных возбудителей, выделенных из проб мокроты и ПВБ, преобладали грамотрицательные микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae*, составившие 32%, *S. aureus* и *A. baumannii* определены в 22% случаев.

2. Из плевральной жидкости чаще выделялась *P. aeruginosa*.

3. Выделенные штаммы, вероятнее всего, являются госпитальными, что необходимо учитывать при назначении эмпирической антибактериальной терапии, а также обязательно оценивать результаты чувствительности к антибактериальным препаратам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Попова, Л. Д. Нозокомиальные инфекции в отделениях реанимации и интенсивной терапии областной клинической больницы / Л. Д. Попова // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2008. – Т. 82. – № 7. – С. 128–130.
2. Карпун, Н. А. Профилактика нозокомиальных инфекций дыхательных путей / Н. А. Карпун // Общая реаниматология. – 2007. – Т. 3. – № 3. – С. 100–104.
3. Подсирова, И. А. Микробиологический мониторинг за возбудителями нозокомиальных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии / И. А. Подсирова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – № 3. – С. 77–79.

УДК 616.24-002.5-036.82-052(476.2)

З. В. Раковская, А. В. Ткачук

Научный руководитель: Ж. Е. Сверж

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

В Республике Беларусь в 2022 году было выявлено 1384 пациента с впервые выявленным туберкулезом и 279 пациентов с рецидивом туберкулеза. Общая заболеваемость составила 18,1 на 100 тысяч, что на 12,4% выше заболеваемости в 2021 году. Наиболее высокая заболеваемость регистрировалась в Гомельской области: 28 человек на 100 тыс.

Туберкулез легких нередко встречается на фоне других заболеваний, приводящих к нарушению функций органов и систем, а при совместном течении оказывают, взаимно отягчающее взаимодействие. Это затрудняет своевременную диагностику туберкулеза, а при лечении ведет к вынужденной полипрагмазии, развитию лекарственных осложнений и отсутствию эффекта от лечения. Это так называемые сопутствующие заболевания (СЗ) [2, 3].

Среди причин прогрессирования туберкулезного процесса, неэффективности лечения пациентов, больных туберкулезом, наряду с уклонением от лечения и несистематическим приемом противотуберкулезных препаратов (ПТП), лекарственной устойчивостью следует выделить сопутствующие заболевания, которые обостряются в период приема ПТП [4].

Среди СЗ можно выделить: хронические неспецифические заболевания органов дыхания (ХНЗОД), СД, психические заболевания, болезни ЖКТ, гепатиты В и С, болезни ССС, ВИЧ, алкоголизм, курение и другие [1]. Часто регистрируется больше одного СЗ, при этом несколько из них являются прогрессирующими, играют роль основного патологического процесса.

Особую группу среди пациентов с диагнозом туберкулез составляют люди пожилого и старческого возраста, которые, как правило, болеют одновременно несколькими хроническими заболеваниями, каждое из которых имеет свои специфические симптомы,