

Выводы

1. ГСИ являются наиболее часто встречающимися осложнениями у пациентов с травмами челюстно-лицевой области, полученными в ДТП.
2. Этиологическим агентами ГСИ у пациентов с травмами челюстно-лицевой области в основном являются грамположительные микроорганизмы, представленные энтерококками стрептококками и *S. epidermidis*.
3. Для антибактериальной терапии в отделении челюстно-лицевой хирургии для пациентов, получивших травмы в результате ДТП, рационально применять препараты группы фторхинолонов, гликопептидов и макролидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов, В. С. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области / В. С. Агапов, С. Д. Артюнов, В. В. Шулаков. — М.: МИА, 2004. — 382 с.
2. Гончарова, А. И. Эластазная и бапна-амидазная активность ротовой жидкости у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области / А. И. Гончарова, В. К. Окулич, М. А. Савкина // Современные проблемы инфекционной патологии человека. — Минск: ГУ РНМБ, 2013. — Вып. 6. — 372 с.
3. Совершенствование диагностики инфекционных осложнений у пострадавших с тяжелой травмой / С. А. Свистунов [и др.] // Отечественная эпидемиология в XXI веке: приоритетные направления развития и новые технологии в диагностике и профилактике болезней человека: Юбилейной Всероссийской научной конференции, посвященной 75-летию кафедры общей и военной эпидемиологии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова и 90-летию со дня рождения академика В. Д. Белякова / под ред. П. И. Огаркова (Санкт-Петербург, 19–20 апреля 2012 года). — СПб., 2012. — 248 с.
4. Кузьменко, В. В. Спорные вопросы в проблеме выбора тактики при множественных переломах и тяжелых сочетанных повреждениях / В. В. Кузьменко, С. Г. Гиришин // Оказание помощи при сочетанной травме: сборник научных трудов. — М.: НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, 1997. — Т. 108. — С. 218.
5. Шевченко, К. В. Особенности судебно-медицинского исследования трупов лиц с черепно-мозговой травмой, поступивших из стационара / К. В. Шевченко // Внедрение инновационных технологий в хирургическую практику: материалы международной дистанционной научно-практической конференции. — Пермь, 2008. — С. 205–206.
6. Шаргородский, А. Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области / А. Г. Шаргородский. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. — 408 с.

УДК 618.3/5:618.216-022

УРОГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

Кудинова Л. Ю.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема инфекционной патологии — одна из ведущих в акушерстве. Большинство урогенитальных инфекций у беременных протекают в латентной и субклинической форме. Отсутствует параллелизм между инфекционным процессом у матери и инфицированием плода, степенью тяжести у него инфекционного заболевания [1]. Возможный спектр возбудителей внутриутробной инфекции: бактерии, грибы, простейшие, вирусы. В настоящее время всё чаще наблюдается сочетание возбудителей. Развитие инфекции так же связано с активацией микроорганизмов, входящих в состав нормального микробиоценоза организма. Учитывая неспецифичность клинических проявлений внутриутробной инфекции во время беременности, диагностика ее в большинстве случаев затруднена и возможна лишь в результате клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования. Инфекция может явиться причиной широкого спектра перинатальной патологии: инфекционных заболеваний плода и новорожденного, пороков его развития, мертворождений, недонашивания, развития фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода [1, 2].

Цель

Оценить влияние урогенитальной инфекции на течение беременности и родов.

Материал и методы исследования

Проспективное исследование 75 женщин, родоразрешенных в родильном отделении Гомельской областной клинической больницы с декабря 2015 по январь 2016 гг. Проанализированы результаты микроскопии, бактериологического исследования на флору и чувствительность к антибиотикам отделяемого из половых путей, данные клинических и лабораторных обследований беременных, поступивших в родильное отделение. Статистическая обработка с помощью прикладных программ «Microsoft Office»: количественных — n , $p \pm sp$ %, и качественных — Me (25; 75 процентилей) признаков. Уровень значимости — $p < 0,05$. Нами было сформировано 3 группы женщин: группа А включает 24 пациентки с наличием в диагнозе указания на не санированную урогенитальную инфекцию, в группу Б вошли 15 пациенток с санированной урогенитальной инфекцией, в группу В — 36 женщин без указания на наличие инфекции.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам выборки количество женщин, поступивших с не санированным воспалительным процессом в мочеполовых органов составляет 24 ($32 \pm 5,4$ %), с санированным — 15 ($20 \pm 4,6$ %), остальные 36 ($48 \pm 5,7$ %) обследованных не имели клинически выраженного воспаления урогенитального тракта. Чаще всего в группе А и Б встречался вагинит — 15 ($62,5 \pm 10,1$ %) и 10 ($66,7 \pm 12,6$ %) женщин. Хронический сальпингоофорит в анамнезе был у 3 ($12,5 \pm 6,9$ %) женщин из группы А, в группе Б — 1 ($6,7 \pm 6,7$ %), хронический пиелонефрит был диагностирован у 1 ($4,2 \pm 4,2$ %) и 3 ($20 \pm 10,7$ %) обследуемых женщинах групп А и Б соответственно. Гестационный пиелонефрит в группе А наблюдался у 4 ($16,7 \pm 7,8$ %) беременных, а этой же группе наблюдалось по 1 случаю цистита и бактериального вагиноза ($4,2 \pm 4,2$ %). В группе Б были диагностированы по одному случаю цистита, гестационного пиелонефрита и микоплазменной инфекции ($6,7 \pm 6,7$ %).

Первородящими в группе А были 11 ($45,8 \pm 10,4$ %), в группе Б — 5 ($33,3 \pm 12,6$ %) и в группе В — 20 ($55,6 \pm 8,3$ %) обследованных. Первой настоящей беременностью была у 8 ($33,3 \pm 9,8$ %), 4 ($26,7 \pm 11,8$ %) и 15 ($41,7 \pm 8,2$ %) женщин групп А, Б и В соответственно.

Акушерско-гинекологический анамнез представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Характер часто встречаемых осложнений акушерско-гинекологического анамнеза (n , $p \pm sp$ %)

Состояния	Группа А, $n = 24$	Группа Б, $n = 15$	Группа В, $n = 36$
Патология шейки матки	9 ($37,5 \pm 10,1$ %)	4 ($26,7 \pm 11,2$ %)	11 ($30,6 \pm 7,7$ %)
Медицинский аборт	4 ($16,7 \pm 7,8$ %)	2 ($13,3 \pm 9,1$ %)	6 ($16,7 \pm 6,2$ %)
Самопроизвольный выкидыш	3 ($12,5 \pm 6,9$ %)	1 ($6,7 \pm 6,7$ %)	3 ($8,3 \pm 4,6$ %)
Неразвивающаяся беременность	1 ($4,2 \pm 4,2$ %)	—	1 ($2,8 \pm 2,7$ %)
Вагинит	15 ($62,5 \pm 10,1$ %)	10 ($66,7 \pm 12,6$ %)	—
Хронический сальпингоофорит	3 ($12,5 \pm 6,9$ %)	1 ($6,7 \pm 6,7$ %)	—
Миома матки	—	1 ($6,7 \pm 6,7$ %)	4 ($11,1 \pm 5,2$ %)
Бесплодие	—	—	3 ($8,3 \pm 4,6$ %)
Аntenатальная гибель плода (ВІР)	—	1 ($6,7 \pm 6,7$ %)	—

Женщины всех групп имели сходный гинекологический анамнез, однако патология шейки матки и самопроизвольный аборт несколько чаще встречался у женщин группы А, а миома матки и бесплодие в анамнезе встречались только у женщин группы В. Только у пациенток в группе Б был случай антенатальной смерти плода от врожденного порока развития.

Родоразрешены через естественные родовые пути 19 ($79,2 \pm 8,5$ %) беременных группы А, 9 ($60 \pm 13,1$ %) группы Б и 25 ($69,4 \pm 7,7$ %) группы В. Из них индуцированными были роды у 4 ($16,7 \pm 7,8$ %) обследуемых группы А, 2 ($13,3 \pm 9,1$ %) группы Б и 4 ($11,1 \pm 5,2$ %) группы В. Амниотомия была произведена 9 ($37,5 \pm 10,1$ %), 5 ($33,3 \pm 12,6$ %) и 9 ($25 \pm 7,2$ %) женщинам групп А, Б и В соответственно. Многоводие наблюдалось у 3 ($12,5 \pm 6,9$ %) женщин группы А и 1 ($4,2 \pm 4,2$ %) группы В, маловодие у 1 ($6,7 \pm 6,7$ %) и 1 ($4,2 \pm 4,2$ %) женщины групп Б и В соответственно. Особенности течения родов у выбранных нами женщин, представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Особенности течения родов (n, p ± sp %)

Состояния	Группа А, n = 24	Группа Б, n = 15	Группа В, n = 36
Преждевременный разрыв плодных оболочек	7 (29,2 ± 9,5 %)	1 (6,7 ± 6,7 %)	11 (30,6 ± 7,7 %)
Быстрые роды	3 (12,5 ± 6,9 %)	1 (6,7 ± 6,7 %)	6 (16,7 ± 6,2 %)
Угроза разрыва ригидной промежности	5 (20,8 ± 8,5 %)	2 (13,3 ± 9,1 %)	4 (11,1 ± 5,2 %)
Родовой травматизм	5 (20,8 ± 8,5 %)	2 (13,3 ± 9,1 %)	8 (33,3 ± 6,9 %)
Эпизио- и перинеотомия	6 (25 ± 9 %)	1 (6,7 ± 6,7 %)	5 (13,9 ± 5,8 %)
Слабость родовой деятельности	3 (12,5 ± 6,9 %)	1 (6,7 ± 6,7 %)	4 (11,1 ± 5,2 %)
Наложение вакуум-экстрактора	—	—	1 (2,8 ± 2,7 %)
Мекониальное окрашивание вод	1 (4,2 ± 4,2 %)	—	—
Раннее послеродовое кровотечение	1 (4,2 ± 4,2 %)	—	—
Ручной контроль полости матки	2 (8,3 ± 5,8 %)	—	2 (5,6 ± 3,8 %)

Так как при различных видах родоразрешения кровопотеря различна, то для более объективной оценки мы оценили кровопотерю при родах *per vias naturalis*: группа А — 300 мл (250 мл; 450 мл), группа Б — 300 мл (300 мл; 300 мл) и группа В — 300 мл (280 мл; 350 мл).

Вес детей при рождении в группе А составил 3435 г (3043 г; 3758 г), в группе Б — 3440 г (3120 г; 3715 г) и в группе В — 3330 г (3093 г; 3612 г).

Бактериологическое исследование отделяемого половых путей на флору представлено в таблице 3.

Таблица 3 — Структура инфекционной патологии отделяемого половых путей (n, p ± sp %)

Флора	Титр	Группа А, n = 24	Группа Б, n = 15	Группа В, n = 36
Грибы рода <i>Candida</i>	10*7	5 (20,8 ± 8,5 %)	1 (6,7 ± 6,7 %)	2 (5,6 ± 3,8 %)
	10*6	1 (4,2 ± 4,2 %)	—	2 (5,6 ± 3,8 %)
	10*5	1 (4,2 ± 4,2 %)	2 (13,3 ± 9,1 %)	—
	10*4	—	1 (6,7 ± 6,7 %)	3 (8,3 ± 4,6 %)
	10*3	1 (4,2 ± 4,2 %)	—	3 (8,3 ± 4,6 %)
	Всего	8 (33,3 ± 9,8 %)	4 (26,7 ± 11,8 %)	10 (27,8 ± 7,5 %)
<i>E. coli</i>	10*7	3 (12,5 ± 6,9 %)	2 (13,3 ± 9,1 %)	1 (2,8 ± 2,7 %)
	10*6	1 (4,2 ± 4,2 %)	3 (20 ± 10,7 %)	1 (2,8 ± 2,7 %)
	10*5	1 (4,2 ± 4,2 %)	—	—
	10*4	2 (8,3 ± 5,8 %)	1 (6,7 ± 6,7 %)	—
	Всего	7 (29,2 ± 9,5 %)	6 (25 ± 9 %)	2 (5,6 ± 3,8 %)
<i>Streptococcus group D (Streptococcus faecalis)</i>	10*7	—	—	2 (5,6 ± 3,8 %)
	10*6	3 (12,5 ± 6,9 %)	1 (6,7 ± 6,7 %)	1 (2,8 ± 2,7 %)
	10*5	3 (12,5 ± 6,9 %)	2 (13,3 ± 9,1 %)	1 (2,8 ± 2,7 %)
	10*4	3 (12,5 ± 6,9 %)	—	3 (8,3 ± 4,6 %)
	Всего	9 (37,7 ± 10,1 %)	3 (20 ± 10,7 %)	7 (19,4 ± 6,6 %)
<i>Staphylococcus aureus</i>	10*3	2 (8,3 ± 5,8 %)	—	1 (2,8 ± 2,7 %)
	Всего	2 (8,3 ± 5,8 %)	—	1 (2,8 ± 2,7 %)
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	10*4	—	1 (6,7 ± 6,7 %)	—
	10*3	—	1 (6,7 ± 6,7 %)	—
	Всего	—	2 (13,3 ± 9,1 %)	—

E. Coli значительно чаще встречалась в группе А ($\chi^2 = 2,14$, $p < 0,05$) и в группе Б ($\chi^2 = 2,66$, $p < 0,01$) в сравнении с группой В. Полимикробные ассоциации были обнаружены у 7 (29,2 ± 9,5 %) беременных группы А, 5 (33,3 ± 12,6 %) группы Б и 3 (8,3 ± 4,6 %) группы В.

В таблице 4 представлены результаты исследования отделяемого из половых путей обследованных на момент поступления.

Таблица 4 — Микроскопия отделяемого половых путей женщин (n, p ± sp %)

Показатели	Группа А, n = 24	Группа Б, n = 15	Группа В
Лейкоциты 5–10	6 (25 ± 9 %)	4 (26,7 ± 11,8 %)	18 (50 ± 8,3 %)
Лейкоциты 10–20	4 (16,7 ± 7,8 %)	5 (33,3 ± 12,6 %)	12 (33,3 ± 7,9 %)
Лейкоциты 20 и больше	14 (58,3 ± 10,3 %)	6 (40 ± 13,1 %)	6 (16,7 ± 6,2 %)

Женщины, у которых в мазке обнаружено более 20 лейкоцитов значимо чаще встречались в группе А, чем в группе В ($\chi^2 = 3,08$, $p < 0,005$).

Гемоглобин после родов у исследуемых женщин в группе А — 109,0 г/л (102,7 г/л; 118,8 г/л), в группе Б — 116,0 г/л (107,5 г/л; 127,5 г/л) и в группе В — 113,0 г/л (106,8 г/л; 122,0 г/л). Содержание лейкоцитов в крови у женщин $9,6 \times 10^9$ /л ($7,8 \times 10^9$ /л; $11,4 \times 10^9$ /л) в группе А, $9,7 \times 10^9$ /л (8×10^9 /л; $10,4 \times 10^9$ /л) в группе Б и $9,8 \times 10^9$ /л ($7,2 \times 10^9$ /л; $11,4 \times 10^9$ /л) в группе В.

В общем анализе мочи более 5 лейкоцитов наблюдалось у 4 ($16,7 \pm 7,8$ %), 6 ($40 \pm 13,1$ %) и 11 ($30,6 \pm 7,7$ %) женщин групп А, Б и В соответственно.

Выводы

Количество первобеременных и первородящих женщин несколько преобладало в группе женщин без наличия инфекционной патологии урогенитального тракта. Количество родов через естественные родовые пути, количество индуцированных родов и кровопотеря в группах значимо не различались, однако амниотомия реже наблюдалась в группе В. Многоводие, как фактор наличия инфекции, чаще наблюдался в группе А. При оценки особенностей течения родов выявлено, что преждевременный разрыв плодных оболочек, быстрые роды, эпизио- и перинеотомия, родовой травматизм матери и слабость родовой деятельности реже всего встречались в группе В, а такие осложнения, как мекониальное окрашивание околоплодных вод, наложение вакуум-экстрактора, ручной контроль матки и раннее послеродовое кровотечение не встречались в этой группе вовсе. Бактериологическое исследование отделяемого половых путей на флору показало, что в группе В количество *E. coli* встречалось значительно меньше, чем в группе А ($\chi^2 = 2,14$, $p < 0,05$) и в группе Б ($\chi^2 = 2,66$, $p < 0,01$). Количество *Streptococcus group D* также наблюдалось значительно реже в группе В. Количество обнаруженных грибов рода *Candida* значительно не различалось в группах, однако титр из был заметно ниже в группе В. *Staphylococcus aureus* был выявлен у группах А и В, *Staphylococcus saprophyticus* в группе Б. Полимикробные ассоциации одинаково часто встречались в группе А и Б. При микроскопии отделяемого половых путей более 20 лейкоцитов значимо чаще встречались в группе А, чем в группе В ($\chi^2 = 3,08$, $p < 0,005$). В послеродовом периоде значимых различий в общем анализе крови мы не наблюдали, в общем анализе мочи более 5 лейкоцитов чаще встречались в группах Б и В.

Анализ полученных данных позволяет сказать о том, что клинический исход родов в группе беременных, получивших санацию урогенитальной инфекции, лучше, а данные лабораторного обследования не всегда совпадают с клиническое проявление инфекции. Наличие лабораторного подтверждения наличия инфекции позволяет вовремя произвести санацию, даже когда клинически она еще не проявилась.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дружинина, Е. Б. Урогенитальные инфекции во время беременности / Е. Б. Дружинина, А. Ю. Мараян, Н. В. Протопопова // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук. — 2006. — № 7. — С. 93–94.
2. Влияние урогенитальных инфекций на течение беременности и состояние плода и новорожденного / Т. В. Габидулина [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. — 2002. — Т. 1, № 7. — С. 84–88.

УДК 616.993-08-036.22:579.834.114

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ЛАЙМА

Куцабенко И. Г.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Е. Л. Красавцев

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

Введение

Несмотря на развитие научных исследований Лайм-боррелиоза, остается много вопросов в изучении данной патологии. Отсутствие профилактики в большинстве случаев, трудно-