

Цель исследования. Изучение результатов лечения дистрофических заболеваний вульвы на базе «Центра восстановительной медицины и реабилитации «Сибирь» (г. Тюмень).

Методика. Проведено ретроспективное динамическое исследование 65 женщин, имеющих дистрофические заболевания вульвы и получивших курс санаторно-курортного лечения на базе ЦВМиР «Сибирь» (г. Тюмень). Материалом послужили данные историй болезни, заполняемых в центре на каждую пациентку. Методом обратной связи отслеживали достигнутые результаты лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. В числе дистрофических заболеваний вульвы у наблюдаемой когорты пациенток в 65% встречался склероатрофический лишай (крауроз). Дистрофические изменения смешанного характера отмечались в 27% случаев. И в 8% - лейкоплакия вульвы. Все женщины были разделены на 2 группы (по возрасту и состоянию кожных и слизистых покровов вульвы). Пациентки с нарушением целостности кожных и слизистых покровов составили первую группу - 25 (38,46%), вторую, без такового, 40 (61,54%). По возрасту в первой группе чаще встречались женщины 56-70 лет - 20 (80%), лишь 5 (20%) были 45-55 лет. Во второй же, напротив, преобладали женщины 45-55 лет - 31 (77,5%), лишь 9 (22,5%) были 56-70 лет.

Перед назначением лечения все пациентки проходили обследование: гормональное-ФСГ/ЛГ, исследование влагалищной флоры, цитологическое исследование с вульвы и цервикального канала, вульво- и кольпоскопию, гликемию натощак, УЗИ органов малого таза, при экстрагенитальной патологии – консультацию смежных специалистов.

Применялось комплексное лечение. Всем женщинам назначалась диетотерапия; прием минеральной воды (МВ) из скважины санатория, иглорефлексотерапия, гипербарическая оксигенация; сеансы у психотерапевта, дерматологические (травяные и солодковые) ванны; души, включая восходящий; при необходимости - кишечные процедуры, лечение экстрагенитальной патологии. Антигистаминные препараты и местные гормонсодержащие мази (Овестин) назначались в виде медикаментозной терапии. Пациентки первой группы с глубокими или множественными трещинами, язвами в области вульвы предварительно получали терапию, направленную на эпителизацию тканей: местно мазевые аппликации (Метилурацил, Бепантен, Озонированное масло), при воспалении – санация влагалища и вульвы, с учетом микрофлоры (влагалищные ванночки, свечи, влагалищные орошения МВ с последующим назначением зубиотиков местного применения (Наринэ, Ацилакт); лазеролечение на аппаратах «Милта» или «Мустанг». Лечение на низкочастотном ультразвуковом аппарате «Гинетон» (УЗ) с 1% гидрокортизоновой мазью подключалось спустя 4-5 дней после улучшения состояния слизистых. Пациенткам второй группы аппаратное лечение назначалось с первых дней в последовательности: Лазер утром, УЗ после обеда, влагалищные процедуры. Продолжительность курса лечения - 7-12 дней. Улучшение самочувствия наблюдалось у всех женщин на 5-7 дни. У всех женщин первой группы достигнуто восстановление целостности кожных покровов. Отсутствие жалоб отмечалось в 75% среди пролеченных женщин первой и второй групп к завершению курса, значительное улучшение наблюдали 20%, 5% - улучшение. Хорошая переносимость комплекса лечения и явное улучшение качества жизни отмечались у всех пациенток. После завершения курса всем давались рекомендации по диете, особенностям гигиены, в том числе и половой жизни. Методом обратной связи отслежен долгосрочный результат лечения - наступление ремиссии до 8 месяцев.

Заключение. Достигается длительная ремиссия, существенно улучшается качество жизни пациенток при применении комплексного подхода в санаторно-курортном лечении дистрофических заболеваний вульвы на базе ЦВМиР «Сибирь». Заболевания сердечно-сосудистой системы и других органов не являются противопоказанием для данного лечения. Комплексная консервативная терапия потенцирует лечебный эффект физиолечения и уменьшает число рецидивов заболевания.

Литература

1. Роговская С.И., Липова Е.В. Шейка матки, влагалище и вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: руководство для практикующих врачей. - М.: Status Praesens, 2014. - 832 с.
2. Хашукоева А.З., Купеева Е.С., Отдельнова О.Б., Макаров О.В. Фотодинамическая терапия как перспективный метод лечения дистрофических заболеваний вульвы // Лечащий врач. - 2011. - №11. - С. 28-30.

УДК 616-002.5-078

РОЛЬ И МЕСТО РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Харина И.Е., Моисеенкова С.Н., Глушкова О.Н.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мякишева Т.В.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

filippia1201@mail.ru – Харина Ирина Евгеньевна

Резюме: Проанализированы результаты бактериологического исследования образцов мокроты у 1049 мужчин и 261 женщины с установленным диагнозом туберкулеза легких. Настоящее исследование установило структуру и региональный спектр лекарственной резистентности к противотуберкулезным препаратам за период с 2011 по 2017 гг. в Смоленской области: достоверно возросла устойчивость к этамбутолу, стрептомицину, фторхинолонам и этионамиду. Рассчитан средний срок обнаружения возбудителя и определения лекарственной устойчивости с помощью различных методов, полученные данные в целом соответствуют средним значениям согласно стандартам обследования пациентов.

Ключевые слова: лекарственная устойчивость, микобактерии, противотуберкулезные препараты, посев на плотные питательные среды, посев на жидкие питательные среды, молекулярно-генетические методы диагностики.

ROLE AND PLACE OF VARIOUS METHODS OF MICROBIOLOGICAL DIAGNOSTICS IN DETERMINATION OF MEDICINAL STABILITY OF THE TUBERCULOSIS CAUSER

Kharina I. E., Moiseenkova S. N., Glushkova O. N.

Scientific adviser – Doctor of Medicine, assistant professor Myakisheva T. V.

Smolensk State Medical University,

28, Krupskoy St., Smolensk, 214019, Russia

ptisiatr67@yandex.ru - Harina Irina Evgenievna

Abstract. *The results of bacteriological examination of sputum specimens from 1,049 men and 261 women with the established diagnosis of pulmonary tuberculosis were analyzed. This study established the structure and regional spectrum of drug resistance to anti-tuberculosis drugs for the period from 2011 to 2017 in the Smolensk region. A significant increase of resistance to ethambutol, streptomycin, fluoroquinolones and ethionamide was revealed. The average detection period of the causative agent and the determination of drug resistance by means of various methods were calculated. The data obtained generally correspond to the mean values according to the patient survey standards.*

Key words: *drug resistance, mycobacteria, antituberculosis drugs, sowing on dense nutrient media, sowing on liquid nutrient media, molecular genetic methods of diagnosis*

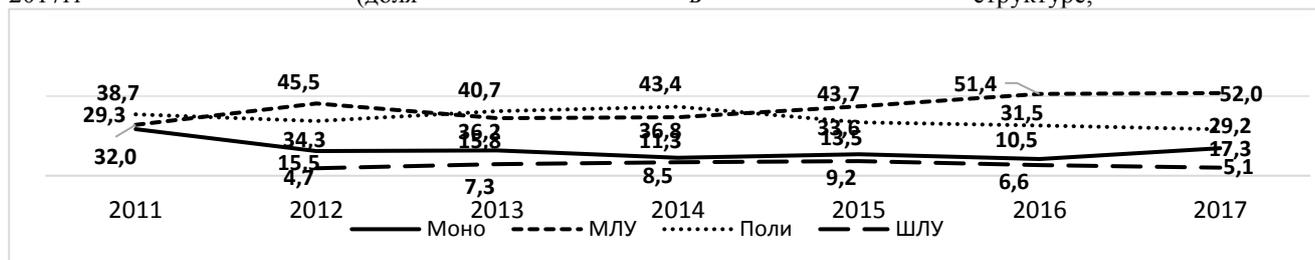
Введение. На протяжении последних пяти лет в Смоленской области имеет место неуклонное уменьшение заболеваемости и распространенности туберкулеза у взрослого населения, детей и подростков, снижается также показатель смертности. В 2012 году заболеваемость постоянного населения была 60,0 на 100 тыс. населения, а в 2016 г. сократилась до 50,3. Распространенность туберкулеза так же снизилась с 157,7 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 119,9 в 2016 г. [1]. Эти показатели ниже среднероссийских, однако превышают средние цифры по Центральному федеральному округу, что не позволяет говорить об устойчивой стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу в области и побуждает к анализу причин и поиску путей решения проблемы. Современная эпидемическая ситуация по туберкулезу характеризуется нарастанием лекарственной устойчивости (ЛУ) возбудителя не только к препаратам основного ряда, но и к резервным препаратам. В этих условиях для назначения пациенту оптимального и эффективного режима химиотерапии необходимо быстрое и точное исследование лекарственной чувствительности *M. tuberculosis* (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (ППП).

Цель исследования. Определить средний срок обнаружения МБТ и выявления ЛУ с помощью различных методов; определить динамику лекарственной устойчивости (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) в регионе; установить спектр ЛУ МБТ к препаратам первого и второго ряда.

Методика. Проанализированы результаты бактериологического исследования образцов мокроты, взятых у пациентов с установленным диагнозом туберкулеза легких за период с 2011 по 2017 гг. в Смоленской области. Исследование проводилось на базе бактериологической лаборатории Смоленского областного противотуберкулезного диспансера. Определение лекарственной чувствительности МБТ проводилось методом абсолютных концентраций (посев на плотную питательную среду), с использованием автоматизированной системы ВАСТЕС МГИТ320 (посев на жидкую питательную среду) и ПЦР с выделением ДНК МБТ на роботизированной станции Freedom EVO (TECAN, Швейцария) с использованием реагентов «М-Сорб» («Синтол», Россия). Лекарственная устойчивость была выявлена в образцах мокроты, взятых у 1049 мужчин и 261 женщины. Определялась лекарственная чувствительность к препаратам 1-го ряда, к которым относятся изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин, и препаратам 2-го ряда – канамицин, офлоксацин, этионамид, протионамид, капреомицин, циклосерин, пара-аминосалициловая кислота (ПАСК). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью статистической программы R version 3.2.2. с использованием метода доверительных интервалов (ДИ), критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

Результаты исследования и обсуждение. Изучена структура лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза в Смоленском регионе в динамике за два периода: 2011-2013гг. и 2014-2017гг. Классифицируя виды лекарственной резистентности мы опирались на действующие нормативные документы. Монорезистентность – устойчивость МБТ только к одному противотуберкулезному препарату (ППП). Полирезистентность – устойчивость МБТ к двум и более ППП, но не к сочетанию изониазида и рифампицина. Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) микобактерий туберкулеза - устойчивость возбудителя к сочетанию изониазида и рифампицина, независимо от наличия устойчивости к другим противотуберкулезным препаратам. Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ) микобактерий – это вид МЛУ, сочетанная устойчивость к изониазиду, рифампицину, фторхинолону и канамицину и/или амикацину и/или капреомицину, независимо от наличия устойчивости к другим противотуберкулезным препаратам [3]. В Смоленской области достоверно отмечен рост доли туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) в 2014-2017гг. по сравнению с периодом 2011-2013гг. (ДИ1[34,1;119,3], ДИ2[2,06;18,2], $p<0,001$), а также достоверное снижение доли туберкулеза с монорезистентностью МБТ в период с 2014-2017гг. по сравнению с 2011-2013гг. (ДИ1 [2,13;98,5], ДИ2 [1,2;33,8], $p<0,05$) (рис. 1).

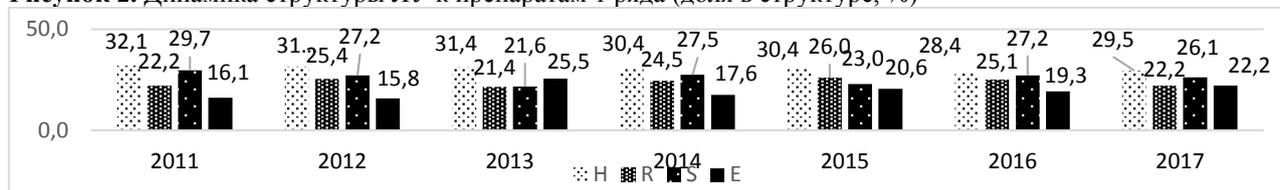
Рисунок 1. Динамика структуры лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза в Смоленской области в 2011-2017гг (доля в структуре, %)



Примечание: Моно – монорезистентность, МЛУ – множественная лекарственная устойчивость, поли – полирезистентность, ШЛУ- широкая лекарственная устойчивость.

Нами рассмотрена динамика ЛУ к отдельно взятым препаратам 1-го и 2-го ряда. Среди препаратов 1-го ряда достоверно отмечен рост ЛУ к этамбутолу в период с 2014-2017гг. по сравнению с 2011-2013гг. (ДИ1[10,05;135,9], ДИ2[70,3;115,7], $p < 0,05$) и к стрептомицину за те же периоды (ДИ1[14,5;166,5], ДИ2[52,2;239,2], $p > 0,05$). Лекарственная устойчивость к остальным препаратам не претерпевала достоверных изменений (рис.2).

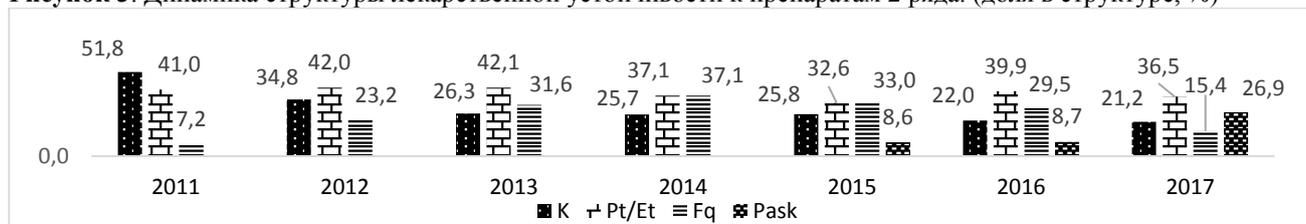
Рисунок 2. Динамика структуры ЛУ к препаратам 1 ряда (доля в структуре, %)



Примечание: H- изониазид, R – рифампицин, S – стрептомицин, E – этамбутол.

Оценка частоты резистентности к препаратам 2-го ряда на протяжении 2014-2017гг. в сравнении с 2011-2013гг. выявила повышение ЛУ к этионамиду (ДИ1[-7,5;112,9], ДИ2[-53;95,7], $p > 0,05$) и фторхинолонам (ДИ1[-7,5;112,9], ДИ2[-14,8;82,8], $p > 0,05$). Лекарственная устойчивость к остальным препаратам не претерпевала достоверных изменений. С 2015г. с помощью метода ВАСТЕС MGIT 320 стали определять также ЛУ к ПАСК и капреомицину, что наряду с определением ЛУ к фторхинолонам позволит быстро устанавливать ШЛУ возбудителя туберкулеза и назначать соответствующий режим химиотерапии (рис.3).

Рисунок 3. Динамика структуры лекарственной устойчивости к препаратам 2 ряда. (доля в структуре, %)



Примечания: K- канамицин, Pt/Et – протионамид/этионамид, Fq –фторхинолоны, Pask – ПАСК.

В настоящее время в бактериологической лаборатории исследование мокроты проводится различными методами: посев на плотную питательную среду, посев на жидкую питательную среду с помощью автоматизированной системы ВАСТЕС MGIT320 и методом ПЦР. За 2017 год всего выявлено 216 бактериовыделителей, из них методом посева на плотные питательные среды – 45% (97 чел.), методом ВАСТЕС MGIT 320 – 36,6% (79 чел.), методом ПЦР – 18,4% (40 чел.). Мы решили сравнить сроки получения результатов обнаружения возбудителя различными методами и сроки получения результатов ЛУ, а также совпадает ли реальный срок получения результатов обнаружения МБТ различными методами со стандартами, так как в практической деятельности бактериологической лаборатории могут существовать определенные трудности. Согласно стандартам средний срок обнаружения микобактерий туберкулеза в образцах мокроты от больных туберкулезом при посеве на плотные питательные среды составляет 21-36 дней (максимальные срок до 12 недель), при культуральном исследовании МБТ на жидких средах в системе ВАСТЕС MGIT 320 – 12-22 дня (максимальный срок выявления 42-46 дней), при ПЦР-диагностике – 1-2 дня (максимальный срок обнаружения ДНК МБТ – 7 дней) [3].

После проведенного нами исследования получены следующие данные: при сравнении средних сроков обнаружения МБТ методом ПЦР и ВАСТЕС: $M1=6,4 \pm 0,2$; $M2=16,9 \pm 0,6$; $p < 0,001$, критерий Стьюдента=17,2; методом посева на плотные питательные среды и ВАСТЕС: $M1=59,6 \pm 2,1$; $M2=16,9 \pm 0,6$; $p < 0,001$, критерий Стьюдента = 19,9. Исследуя средние сроки определения лекарственной устойчивости МБТ методом посева на плотные питательные среды и ВАСТЕС, были получены следующие сведения: $M1=92,3 \pm 2,2$; $M2=30 \pm 0,9$; $p < 0,001$, критерий Стьюдента – 26.

В бактериологической лаборатории Смоленского областного противотуберкулезного диспансера установлено некоторое превышение средних сроков выявления МБТ методом посева на плотные питательные среды и методом ПЦР в сравнении со средними сроками согласно нормативным документам, однако они укладываются в максимально допустимые. Данное несоответствие возможно связано со следующими причинами: кадровый дефицит специалистов как с высшим, так и со средним медицинским образованием; экономия реактивов необходимых для проведения диагностического исследования; для проведения одного раунда исследований методом ПЦР-диагностики необходимо собрать 18 образцов мокроты от пациентов больных туберкулезом; длительное время, необходимое для пробоподготовки нативного материала для исследования.

Заключение. В Смоленской области за 2011-2017гг. наблюдается увеличение доли МЛУ и ШЛУ туберкулеза. В региональной структуре ЛУ достоверно возросла доля лекарственной устойчивости к этамбутолу, стрептомицину, фторхинолонам и этионамиду. Высокие значения средних сроков получения результатов обнаружения МБТ связаны с имеющимися трудностями в бактериологической лаборатории, для их решения необходимо привлечение квалифицированных специалистов, своевременная поставка реактивов, уменьшение сроков подготовки проб перед проведением исследования.

Литература:

1. Мякишева Т.В., Гуденков М.А. Характеристика эпидемиологических показателей по туберкулезу в Смоленской области// Туберкулез и болезни легких. – 2013. – №11. – С.17-24.
2. Приказ №951 от 29.12.2014г. «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечению туберкулеза органов дыхания». – М.: МЗ РФ. – 2014. – 42 с.
3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя. – М.: Тверь, ООО Издательство Триада, 2014, 56 с.

УДК: 618.5-089.888:616-053.3:616.8-00

РОДОВАЯ ТРАВМА НОВОРОЖДЕННЫХ

Харламенкова Р.А., Войтенко В.А.

Научные руководители - к.м.н., доцент Смирнова Т.И., к.м.н., доцент Кислякова Е.А.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28

harlamenkowa@yandex.ru – Харламенкова Раиса Алексеевна

valeria.valera-valer@yandex.ru - Войтенко Валерия Александровна

Резюме. В данной статье представлены данные о состоянии здоровья новорожденных с родовыми травмами. Изучена структура заболеваемости детей на втором этапе выхаживания. Проанализированы течение беременности, родов, ранний и поздний неонатальный период. Выявлены факторы риска рождения детей с родовыми травмами.

Ключевые слова: новорожденные, родовая травма, беременность, роды.

NEWBORNS' BURTH INJURY

Kharlamenkova R. A., Voytenko V. A.

Scientific advisers- Candidate of Medicine, associate professor Smirnova T. I., Candidate of Medicine, associate professor Kislyakova E. A.

Smolensk State Medical University,

28, Krupskoy St., Smolensk, 214019, Russia

Abstract. This paper presents the information about the health condition of newborns with birth injuries. The structure of the infant morbidity in the second phase of nursing was examined. The course of pregnancy, childbirth, early and late neonatal periods were analyzed. The aim of the study was to identify risk factors for the birth of children with birth injuries.

Key words: newborns, birth injuries, pregnancy, childbirth

Введение. Профилактика и эффективное лечение осложнений, возникающих в течение родов и оказывающих негативное влияние на здоровье матери и ребенка, является приоритетной задачей при разработке методов оптимизации процессов родовспоможения в акушерской практике в настоящее время. Важное место занимает родовой травматизм, который в структуре заболеваемости новорожденных составляет 26,3–41,9%, а у умерших доношенных новорожденных – 37,9% [4]. Перинатальные поражения нервной системы ведут к инвалидизации в 35–40% случаев [1–3, 5]. Среди всех перинатальных факторов, способствующих развитию ДЦП и других поражений нервной системы у детей, важнейший – родовой травматический фактор, который вызывает как механические повреждения, так и различные нарушения церебральной гемодинамики [1–3, 5].

Родовой травматизм новорожденных – различные повреждения плода, возникающие в процессе родового акта. Среди них встречаются повреждения мягких тканей (кожи, подкожной клетчатки, мышц), костной системы, внутренних органов, центральной и периферической нервной системы.

Неонатальные травмы новорожденных могут оказывать серьезное влияние на дальнейшее физическое здоровье и интеллектуальное развитие ребенка. Все это делает родовой травматизм одной из актуальнейших проблем акушерства и гинекологии, неонатологии и педиатрии, детской неврологии и травматологии.

Цель: изучить структуру и тяжесть родовых травм новорожденных в зависимости от клинического ведения родов.

Методика. В ходе научной работы был проведен ретроспективный анализ 50 историй новорожденных с наличием родовой травматизма, 50 медицинских карт стационарного больного этих детей, находящихся в отделении патологии новорожденных и недоношенных ОГБУЗ «Детская клиническая больница» и 50 историй родов женщин, которые были