

внутрибольничной инфекции в данном учреждении и, соответственно, проводить коррекцию периоперационной антибиотикопрофилактики.

4. Продление антибактериальной терапии при отсутствии показаний приводит к увеличению экономических затрат на лечение пациентов и формированию антибиотикорезистентности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Antimicrobial prophylaxis for caesarean delivery: before or after cord clamping? A meta-analysis. Ann. Fr. Anesth., Committee opinion no. 465: antimicrobial prophylaxis for cesarean delivery: timing of administration / E. Boselli [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 116 (3). – P. 791-792.

2. Perioperative antibiotic prophylaxis for nonlaboring cesarean delivery / M.J. Dinsmoor [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 114 (4). – P. 752-756.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ

Сюсюка В.Г., Макурина Г.И.

Запорожский государственный медицинский университет

Актуальность. В последнее время заболеваемость вульвовагинитом увеличивается, что обусловлено рядом причин: возрастанием роли условно-патогенных возбудителей, развитием лекарственной устойчивости к антибиотикам, изменением иммунологической реактивности организма, что создает значительные трудности в диагностике [3, 6]. Важнейшую роль в устойчивости генитального тракта к различным неблагоприятным воздействиям, в том числе агентам инфекционной природы, играют сложные, сформировавшиеся в процессе длительной эволюции, совершенные механизмы биологических защитных барьеров [2]. Существенное место в структуре данной патологии занимают неспецифические бактериальные вульвовагиниты, которые диагностируют почти у каждой пятой (19,2%) пациентки, а среди женщин с патологическими белями их частота возрастает в 4 раза [1]. Важно отметить, что частота бактериальных инфекций влагалища достигает 80% среди патологических состояний женской половой сферы [5]. Актуальность этой темы во многом обусловлена чрезвычайно высокой частотой инфекционно-воспалительных заболеваний, занимающих до настоящего времени первое место в структуре гинекологической заболеваемости, а также отсутствием тенденции к их снижению [4].

Цель исследования: дать оценку анамнестических данных, особенностей клинической картины и лабораторных методов исследования в диагностике вульвовагинитов у пациенток репродуктивного возраста.

Пациенты и методы исследования.

Проведено проспективное исследование у 88 женщин. Средний возраст женщин в группе исследования составил $30,7 \pm 2,4$ лет. По профессиональной

принадлежности служащие составили 61,4%, работницы – 20,5%, домохозяйки – 13,6%.

Обследование женщин включало: стандартное обследование больных с гинекологической патологией, расширенную кольпоскопию, комплексное микробиологическое исследование выделений. Микроскопическую характеристику биоценоза влагалища оценивали в соответствии с типом нозологической формы (Е.Ф. Кира, Ю.В. Цвелев, 1998). Степени чистоты влагалища определяли по М. Гойрлин.

По показаниям диагностика урогенитальной инфекции проводилась методами полимеразной цепной реакции (ПЦР). Лечение пациенток, а также их половых партнеров проводилось с момента верификации этиологии вульвовагинита.

Результаты исследования и их обсуждение. Характеризуя репродуктивную функцию следует отметить высокую частоту женщин с искусственным абортом в анамнезе (61,4%), который у каждой второй предшествовал первым родам. У 46 женщин группы исследования, что составило 52,3%, беременность закончилась родами. С целью предохранения от нежелательной беременности 58,6% женщин применяли оральные контрацептивы, из них 43,2% использовали этот метод на момент обследования.

Сопутствующая гинекологическая патология выявлена у 77,3% женщин. При этом патология шейки матки имела место у 40 (45,5%), лейомиома тела матки диагностирована у 28 (31,8%), хронический сальпингоофорит – у 18 (20,5%), нарушения менструального цикла – у 8 (9,1%). В 73,5% случаев гинекологическая патология имела сочетанный характер. Урогенитальную инфекцию или дисбиоз влагалища в анамнезе отметили 68,2% женщин (кандидоз, бактериальный вагиноз, хламидийная и трихомонадная инфекция).

Верификация клинического диагноза заболевания основывалась на основании жалоб, данных объективного исследования и данных лабораторных методов исследования. Лидирующее место занимали жалобы на вагинальные выделения, которые отмечены 74 женщинами (84,1%) и согласно полуколичественной рейтинговой шкале оценивались в 2-3 балла. В тех случаях, когда вагинальные выделения имели менее выраженный характер (согласно шкале 1 балл), основными жалобами были зуд в области наружных половых органов (15,9%) и жжение (9,1%). Данные анамнеза заболевания позволили установить связь между вышеуказанными жалобами и половым контактом у 38,6% женщин, а 52,3% пациенток отметили усиление симптоматики накануне менструации. Антибиотики принимали 30 пациенток (34,1%), в том числе и по поводу выделений из половых путей.

По данным объективного исследования гиперемия и отек слизистой влагалища отмечены у 64 (72,7%) и у 50 (56,8%) женщин соответственно. Диагностирована высокая частота патологии шейки матки (63,6%). При этом дисплазия шейки матки имела место у 12 (13,6%). По результатам кольпоскопии во всех случаях выявлены признаки очагового или диффузного цервицита на фоне сквамозного эпителия, нормальной зоны трансформации,

лейкоплакии или пунктуации.

При микроскопическом исследовании вагинальных выделений большинстве случаев (88,6%) преобладал воспалительный тип мазка: 1/4-1/2 лейкоцитов в поле зрения, кокковая флора и грибы. Во всех случаях имела место III и IV степень чистоты влагалища. Трихомонады были выявлены у 10 женщин, что составило 11,4%. В посевах выявлена следующая микрофлора: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, *Enterococcus* spp., *Gardnerella vaginalis*. Важно отметить высокую частоту ассоциации грибов с бактериями у 60 (68,2%). Выделенная микрофлора может рассматриваться как нормальная экосистема влагалища женщин репродуктивного возраста (Hiller S.L., 1993), но при этом имеет место выраженная симптоматика вульвовагинита, что еще раз свидетельствует об основной роли дисбиотических нарушений в развитии данного заболевания.

Выводы:

1. На основании результатов проведенного исследования установлено, что лидирующее место занимали жалобы на вагинальные выделения, реже зуд, диспареуния и жжение. Связь между вышеуказанными жалобами и половым контактом установлен у 38,6% женщин, а 52,3% пациенток отметили усиление симптоматики накануне менструации.

2. Сопутствующая гинекологическая патология выявлена у 77,3% женщин вульвовагинитами, при этом 68,2% пациенток в анамнезе имели урогенитальную инфекцию или дисбиоз влагалища (кандидоз, бактериальный вагиноз, хламидийная и трихомонадная инфекция).

3. Результаты микроскопического исследования вагинальных выделений свидетельствуют о преобладании (88,6%) воспалительного типа мазка. Наличие в посевах *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, *Enterococcus* spp., *Gardnerella vaginalis* еще раз подтверждают тот факт, что в современных условиях воспалительные заболевания половых органов характеризуются увеличением значимости условно-патогенной флоры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская А.С. Неспецифический вагинит / А.С. Анкирская // Гинекология. – 2005. - №4. – С.15-18. 1

2. Вдовиченко Ю. П. Современные особенности клинической симптоматики неспецифических инфекционных заболеваний влагалища / Ю. П. Вдовиченко, Г. А. Барановская // здоровье женщины. – 2011. – № 5. – С. 138-139.

3. Довлетханова Э. Р. Неспецифические вульвовагиниты: возможности локальной терапии / Э. Р. Довлетханова, П. Р. Абакарова // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – № 36. – С. 48-53.

4. Радзинский В.Е. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций

5. / Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Четвертакова Э.С., Мисун О.А. // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 5. – С. 90-93.

6. Рахматулина М.Р. Современные представления о микробиоценозе вагинального биотопа и его нарушениях у женщин репродуктивного возраста / М.Р. Рахматуллина, А.Ю. Шаталова // Вестник дерматологии и венерологии. –

2009. – № 3. – С. 38-42.

7. Хамаганова И. В. Неспецифические вульвовагиниты / Хамаганова И. В. // Медицинский совет. – 2011. – № 3-4. – С. 64-68.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹Таранцев С.В., ²Онегин Е.В., ¹Домаренко Т.Н., ¹Зайцев Е.Н.

¹УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В повседневной работе врача-невролога очень важны вопросы дифференциальной диагностики эпилепсии и других пароксизмальных состояний, симулирующих эпилепсию, так как точность диагностики напрямую обеспечивает эффективность и безопасность лечения. По данным литературы, ошибки в диагностике эпилепсии встречаются часто, как в отношении гипердиагностики (20–25 % всех случаев впервые диагностированной эпилепсии), так и гиподиагностики (до 10 % случаев). Чаще всего подобные ошибки связаны с неправильной интерпретацией данных электрофизиологических исследований у молодых пациентов (у которых пароксизмальные феномены – следствие функциональной незрелости мозговых структур). Сочетания эпилептических и неэпилептических пароксизмальных событий могут быть самыми разнообразными: неэпилептические пароксизмы могут предшествовать развитию эпилепсии, эпилептические пароксизмы могут сосуществовать с неэпилептическими и, наконец, неэпилептические могут возникать в ходе и даже при ремиссии эпилепсии.

Цель исследования данной работы заключается в изучении электронейрофизиологических процессов указанной группы детей с демонстрацией примеров пароксизмальной активности на электроэнцефалограмме.

Методы исследования. На протяжении с июня 2017 по май 2018 г. в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в кабинете электроэнцефалографии, находящемся в составе кабинета функциональной диагностики, изучались нейрофизиологические процессы у пациентов с пароксизмальными расстройствами.

В кабинет электроэнцефалографии УЗ «ГОДКБ» за 2017-2018 гг. было направлено на исследование 1747 детей для выявления на ЭЭГ изменений эпилептиформного характера. Нейрофизиологическое исследование делали по поводу головных болей, синкопальных состояний, гиперактивности, дефицита внимания, задержки речевого развития, ДЦП, нарушений сна. Части детей проводилось повторное исследование ЭЭГ на фоне депривации сна.

Объект исследования – дети раннего возраста (1-3 года), дошкольного возраста (3-7 лет), младшего школьного возраста (девочки до 11 лет, мальчики