

волны 620–700 нм в режиме непрерывного излучения. Время воздействия на одну точку в ране составляло 2 мин (количество облучаемых точек – 2–3).

Результаты. У пациентов основной группы на 3-и сутки был купирован болевой синдром, отсутствовали отёк и гиперемия десны вокруг лунки, в 2 раза сокращалось в размерах входное отверстие в лунку. На 4-е сутки все пациенты были трудоспособны. У больных контрольной группы отмечался более длительный период болевых ощущений, отек и гиперемия сохранялись до 4 дней. Выздоровление отмечено у 4-х больных на 5-е, а у 5-и – лишь на 6-е сутки.

Выводы. Предлагаемая методика АФДТ является высокоэффективным методом лечения альвеолита, при этом впервые источником лазерного излучения служил аппарат квантовой терапии «Витязь», а в качестве фотосенсибилизатора применялся 1% спиртовой раствор бриллиантового зелёного. АФДТ оказывает благоприятное влияние на течение заболевания, сокращая сроки реабилитации больных до 3-х дней, не вызывает побочных реакций, легко переносится пациентами, её внедрение в клиническую практику не требует больших финансовых затрат и особых условий.

ОЦЕНКА ДОЛИ ЛИМФОЦИТОВ И СРОКОВ НЕЙТРОФИЛЬНО-ЛИМФОЦИТАРНОГО ПЕРЕКРЕСТА У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ ЧДБ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шабанова В.П., Топчило Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №1

Научный руководитель – ассистент Дагаева А.А.

Детей, подверженных частым респираторным заболеваниям из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма, в отечественной медицине принято называть «часто длительно болеющими» (ЧДБ). Термин ЧДБ не является нозологической формой и диагнозом. ЧДБ – группа детей, требующая диспансерного наблюдения и особого комплекса реабилитационных мероприятий. По литературным данным, удельный вес ЧДБ среди всех детей может составлять от 15% до 50% (Жерносек В.Ф, 2009 г).

Целью данной работы явилась оценка доли лимфоцитов и сроков нейтрофильно-лимфоцитарного перекреста у детей из группы ЧДБ школьного возраста.

В ходе исследования были проанализированы параметры общего анализа крови (ОАК), забранного на фоне полного здоровья, во время комплексного медицинского осмотра, у детей пятилетнего возраста, состоящих на диспансерном учете в ДП №1, как ЧДБ. В исследуемую группу вошли дети 6 – 12 лет, обоих полов в соотношении приблизительно 1:1, ранние посещавшие ДДУ. Возраст взятия на учет варьировал от 2 до 10 лет (в 2 года взято на учет – 28,8%, в 3 года 30,3%, в 4 года 22,7%, в 5 лет 12,1%, старше 6 лет 6,1%). На естественном вскармливании до 1 года находилось 18,2% детей, больше года 16,6% детей, на искусственном вскармливании с рождения находилось 1,5% детей, 7,6% детей переведены на искусственное вскармливание в течение первого месяца жизни. Из наиболее значимой патологии у детей исследуемой группы встречались: пневмонии, у 13,6%, хронические аллергические заболевания (бронхиальная астма, атопический дерматит) у 12,1%, анемия у 27,3%, инфекции мочевыводящих путей у 7,6%. При обработке полученных данных были использованы «Центильные характеристики антропометрических и лабораторных показателей у детей в современный период» (Ляликов С.А., Сукало А.В., Кузнецов О.Е., Гродно, 2008), а также методы статистического анализа Kruskal – Wallis test и Median Test.

Результаты исследования показали, что у 51% детей вышеозначенной группы в пятилетнем возрасте уровень лимфоцитов превысил 75 центиль, а 33% детей имели показатели, превышающие 90 центиль, уровень нейтрофилов у 56% обследованных находился ниже 25 центили. Статистически значимо лимфоциты преобладали в группе детей, матери которых перенесли острое респираторное инфекционное заболевание в 3 триместре беременности ($p=0,04$), а в группах детей, имеющих в анамнезе более 8 заболеваний на первом году жизни, хроническую аллергическую патологию и перенесенный стоматит, лимфоциты были ниже, чем у детей с неотягощенным по данным заболеваниям анамнезом ($p=0,03$; $p=0,003$;

$p=0,02$), соответственно абсолютное количество лимфоцитов преобладало у детей при неблагоприятном социальном анамнезе ($p=0,04$). Соответственно количество нейтрофилов преобладало у детей с отитом в анамнезе ($p=0,02$) и было статистически значимо ниже у детей, матери которых перенесли острое респираторное инфекционное заболевание в 3 триместре беременности ($p=0,02$).

Таким образом, одним из факторов риска предрасполагающих к частым длительным заболеваниям, является генетически детерминированный «поздний иммунологический старт», который выражается в более позднем по сравнению со среднестатистическими значениями нейтрофильно-лимфоцитарном перекресте и достоверно может быть обусловлен инфекционной патологией женщины во время беременности и неблагоприятным социальным анамнезом.

СЛОЖНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Шаблина О.В., Новикова Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии, кафедра фтизиатрии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Егорова Т.Ю.; к.м.н., ассистент Шевчук Д.В.

Актуальность. На туберкулез женских половых органов по заболеваемости приходится 25,21% случаев туберкулеза мочеполовых органов у мужчин и женщин.

Чаще всего туберкулез женских половых органов выявляют у женщин в возрасте от 20 до 40 лет, гораздо реже – у девочек и девушек 10–18 лет.

Туберкулезный процесс половых органов протекает медленно, проявляясь скудными симптомами, которые значительно затрудняют правильную и своевременную постановку диагноза.

Цель исследования: сравнение методов диагностики туберкулеза гениталий и оценка психического состояния женщин, находящихся на обследовании и лечении в ГОТД.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 32 женщины и протестированы по шкале ситуационной тревожности разработанной Ч.Д. Спилбергом

Результаты исследования. Туберкулез половых органов был подтвержден у двух женщин (6%) интраоперационно, у двух женщин (6%) во время лечения туберкулеза легких, у трех женщин (9%) положительным посевом на МБТ. У остальных женщин туберкулез не был подтвержден лабораторно, но улучшение после проведенной терапии подтверждает наличие у этих женщин туберкулеза половых органов.

Осмотр женских половых органов: слизистые выделения 62% (20) женщин, кровянистые выделения 25% (8) женщин, гнойные выделения 12,5% (4) женщины; шейка – коническая 16% (5) женщин, цилиндрическая 84% (27) женщин; положение матки – retroflexio 1 женщина, anteflexio 97% (31) женщин; размер матки – увеличена у 100% женщин; поражение яичников: правый у 25% (8) женщин, левый у 31% (10) женщин, оба яичника поражены у 44% (14) женщин, болезненные, тяжистые, инфильтрированные; поражение маточных труб: не проходимы у 38% (12), чаще левая у 9 женщин, по данным УЗИ и объективно.

Ранее получали лечение 94% (30) женщин, лечение не получало 6% (2) женщин.

Обращает на себя внимание тот факт, что несмотря на подтвержденный диагноз туберкулеза половых органов, только у трех женщин удалось получить колонии МБТ на питательных средах. У остальных женщин посев различного биологического материала (менструальная кровь, аспират из полости матки, мокрота) дал отрицательный результат.

Мазок на флору: лейкоциты в большом количестве у 53% (17) женщин; диплококки у 25% (8); грамм(+) у 25% (8); палочек Детерлейна в небольшом количестве у 12,5% (4);

Общий анализ крови: у 50% (16) эозинофилия (от 4 до 15%);

Реакция Манту: отрицательная у 12,5% (4) женщин, 2–5 мм у 19% (6), 7–9 у 25% (8), у остальных 44% (14) женщин, максимальная 18 мм.

Проба Коха: положительная у 34% (11) женщин, отрицательная у одной женщины, сомнительная у 38% (12).