

Среди обследованных женщин иммуноглобулины G к антигенам токсакар были обнаружены у 1979 (17,55 %), среди мужчин — у 1434 (16,33 %); ( $\chi^2 = 2,27$ ;  $p < 0,05$ ).

Частота обнаружения иммуноглобулинов G к антигенам токсакар среди детей (до 18 лет, 1153 человек) была 9,99 %, а у взрослых (старше 18 лет, 2260 пациентов) — 26,54 % ( $\chi^2 = 30,82$ ;  $p < 0,001$ ). Частота выявления иммуноглобулинов G к антигенам токсакар у детей и взрослых различного пола представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Частота выявления иммуноглобулинов G к токсокарам у детей и взрослых различного пола

Возрастная группа	Количество пациентов, %	Уровень значимости
До 18 лет	490 (8,99 %)	$\chi^2 = 3,35$ ; $p < 0,001$
Девочки, N = 5450;		
Мальчики, N = 6094;	663 (10,88 %)	
После 18 лет	1489 (25,56 %)	$\chi^2 = 2,99$ ; $p < 0,05$
Женщины, N = 5825;		
Мужчины, N = 2689;	771 (28,67 %)	

Среди обследованных пациентов до 18 лет частота обнаружения Ig G преобладала у мальчиков — 663 (10,88 %), у пациентов старше 18 лет — среди мужчин — 771 (28,67 %) человек.

#### **Выводы**

У 17,02 % обследованных были выявлены иммуноглобулины G к антигенам токсакар. Иммуноглобулины G к антигенам токсакар были обнаружены у мужчин в 16,33 % случаев, у женщин — в 17,55 %. Но у детей эти антитела регистрировались чаще у мальчиков (10,88 %), чем у девочек (8,99 %), а у взрослых чаще у мужчин (28,67 %), чем у женщин (25,56 %).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни: национальное руководство / Н. Д. Ющук, Ю. А. Венгеров. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. С. 1048–1056.
2. Авдюхина, Т. И. Современный взгляд на проблему гельминтозов у детей и эффективные пути ее решения / Т. И. Авдюхина, Т. Н. Константинова, М. Н. Прокошева // Лечащий врач. 2004. № 1. С. 14–18.
3. Юхименко, Г. Г. Токсокароз у детей / Г. Г. Юхименко // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. 2012. № 2. С. 124–134.
4. Государственное учреждение «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gmlodge.by/>. Дата доступа: 03.06.2021.

УДК 616.9-093/-098:[616.15+616.61]-053.2

### **СТРУКТУРА И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ**

**Гриневич Ю. Д., Бобрович Г. А.**

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Гемолитико-уремический синдром (ГУС) — клиничко-лабораторный симптомокомплекс, включающий микроангиопатическую гемолитическую анемию, тромбоцитопению и острое почечное повреждение (ОПП). Пусковым фактором развития заболевания чаще всего служит *Escherichia coli*, продуцирующая шигаподобный токсин (Stx), типичное проявление заболевания — диарея (ГУС Д+),

часто кровянистого характера. В 10–15 % случаев ГУС может протекать без диареи (ГУС Д–). ОПН наблюдается в 55–70 % случаев.

ГУС относится к тромботическим микроангиопатиям, характеризующимся тромбозом сосудов почек. Современная классификация исключает понятия ГУС Д+ и Д–, а содержит варианты в зависимости от причины заболевания: типичный (тГУС), атипичный (аГУС).

Клиническая классификация ГУС основана на определении тяжести заболевания: 1) легкая степень — триада симптомов (анемия, тромбоцитопения, ОПН) без нарушений скорости мочеотделения; 2) средняя степень — та же триада, осложненная судорожным синдромом и (или) артериальной гипертензией, без нарушений скорости мочеотделения; 3) тяжелая степень — триада в сочетании с олигоанурией (или без нее), когда необходима диализная терапия; триада на фоне олигоанурии с артериальной гипертензией и (или) судорожным синдромом, требующая проведения диализа.

#### **Цель**

Изучить структуру и клиничко-лабораторные проявления гемолитико-уремического синдрома у детей.

#### **Материал и методы исследования**

Нами проведен анализ 10 историй болезни детей с основным диагнозом «Гемолитико-уремический синдром», находившихся на лечении в Гомельской областной инфекционной больнице в период с января 2011 г. по декабрь 2021 г.

Статистическая обработка данных проведена в программах «Microsoft Excel 2013».

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди всех детей с диагнозом «Гемолитико-уремический синдром» мальчиков было 3 (30 %), девочек — 7 (70 %). В отделение 6 человек поступило со средней степенью тяжести заболевания (60 %). 4 человека поступило с тяжелой степенью тяжести (40 %), Детей до 1 года поступило 1 (10 %), детей от 1 года до 3 лет — 7 (70 %), детей от 3 лет до 6 лет — 2 (20 %).

У всех поступивших детей отмечалась повышенная температура тела. По данным биохимического анализа крови у 5 (50 %) человек были повышены значения АлАТ и АсАТ, у 3 (30 %) детей наблюдалось повышение уровня мочевины и креатинина в крови.

У 2 детей из 10 (20 %) регистрировалась анемия. У всех пациентов наблюдалась тромбоцитопения и повышенное значение скорости оседания эритроцитов.

Значения билирубина повышены у детей с анемией (20 %). Уровень билирубина снижался по мере коррекции гемоглобина до нормальных значений.

При анализе данных коагулограммы у 2 (20 %) пациентов активированное частичное тромбoplastиновое время и протромбиновый индекс были выше нормы, остальные показатели были в пределах допустимого.

При анализе данных ОАМ у всех 10 пациентов наблюдается повышенное содержание белка в моче, лейкоциты, эритроциты в большом количестве (у 2 (20 %) пациентов — моча цвета мясных помоев), цилиндры, бактерии, эпителий. Причем у 3 (30 %) пациентов на фоне лечения наблюдалась положительная динамика, и уменьшения содержания белка, лейкоцитов, эритроцитов с каждым днем. Диурез у всех пациентов в пределах нормы с незначительной динамикой. С положительной — у пациентов, оставленных в г. Гомеле и отрицательной у пациентов, переведенных в г. Минск.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости показало, что у 4 (40 %) детей наблюдалась гепатомегалия, у 1 (10 %) ребенка выявили абсцесс печени.

При объективном осмотре была зафиксирована мелкая сыпчатая сыпь на всем теле у 2 (20 %) детей из 10.

7 (70 %) пациентов из 10 были переведены в детскую городскую клиническую больницу № 2 города Минска из-за неэффективности консервативного лечения.

Остальные дети (30 %) были переведены из отделения анестезиологии и реаниматологии в другие отделения Гомельской областной инфекционной больницы.

### **Выводы**

Чаще всего поступали дети в возрасте от 1 года до 3 лет. При этом девочек было 70 %, а мальчиков — 30 %. При поступлении у всех пациентов отмечалась повышенная температура тела. В ходе лабораторных исследований у всех были повышены значения СОЭ и наблюдалась тромбоцитопения. У 2 детей отметили анемию. У 5 (50 %) человек были повышены значения АлАТ и АсАТ, у 3 (30 %) детей наблюдалось повышение уровня мочевины и креатинина в крови.

У 4 (40 %) выявлялась гепатомегалия, а у 1 (10 %) — абсцесс печени.

7 из 10 детей были переведены в детскую городскую клиническую больницу № 2 г. Минска, остальные пациенты остались для дальнейшего лечения.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Прахов, А. В. Детские болезни: учеб. пособие / А. В. Прахов. М.: НижГМА, 2014. 495 с.
2. Минкевич, И. А. Инфекционные болезни / И. А. Минкевич. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2018. 296 с.
3. Носов, С. Д. Детские инфекционные болезни / С. Д. Носов. М.: Медицина, 2018. 167 с.

УДК 579.61:[618.212:618.177]:616-092

## **ОЦЕНКА ПАТОГЕННОЙ И УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ В БИОТОПЕ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ**

*Дрик М. А., Приходько Я. В.*

**Научный руководитель: к.б.н., доцент Е. И. Дегтярева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Демографическая ситуация Республики Беларусь в последние десятилетия вызывает серьезные опасения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), частота бесплодия в мире составляет 10–15 % [1]. Удельный вес бесплодных супружеских пар в Республике Беларусь составляет 14,5–15 % [2].

Лактобациллы преобладают у большинства здоровых женщин в репродуктивном возрасте и составляют от 80 до 100 % от всех выявляемых во влагалище бактерий. Если доля лактобацилл в микробиоценозе не превышает 20 %, можно говорить о выраженном дисбиозе. Если доля лактобацилл составляет 20–80 % — наблюдается умеренный дисбиоз. Если их доля превышает 80 %, то микробиоценоз рассматривают как нормоценоз. При нормоценозе также необходимо учитывать количество микробов-ассоциантов. Если при доле лактобацилл более 80 % количество *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma spp.* и *Candida spp.* превышают  $10^4$  — выделяют условный нормоценоз. Если же значения *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma spp.* и *Candida spp.* меньше, чем  $10^4$  — абсолютный нормоценоз [3].

При развитии воспалительного процесса в органах репродуктивной системы, приводящего в последующем к формированию спаек в малом тазу, и, как следствие, к трубно-перитонеальному фактору бесплодия, наблюдается рост числа патогенных и условно-патогенных микроорганизмов [4, 5]. Доказано, что основной путь инфицирования матки и ее придатков — восходящий [6].

Проблема бесплодия во многом зависит от репродуктивного здоровья как женщины, так и мужчины. Изучение женского бесплодия на сегодняшний день имеет значение в своевременной и правильной диагностике, эффективности лечения и профилактике данной проблемы.