

обострение заболевания. Высыпания начали образовываться в области груди, под грудью, большое скопление заметно в области подмышечных впадин, так же сопровождались зудом. Лечение глюкокортикостероидами, антигистаминными препаратами способствовали регрессии заболевания. В январе 2022 года снова произошло обострение кожного заболевания, которое проявилось изменением со стороны ногтевой пластины на ногах пациентки, а также нерубцовой формы алопеции на волосяной части головы. Со слов пациентки в тот период времени она переболела коронавирусной инфекцией. В апреле 2022 года снова обратилась за помощью в стационар так как новые высыпания появились не только в раннее перечисленных областях тела, но и в других локализациях: лицо, нижние конечности, область слизистой оболочки рта покрылась эрозивно-язвенными папулами, появился зуд в области слизистой наружных половых органов. Пациентка отметила, что после внедрения в лечение нового медикамента прогрессирование кожного заболевания только усилилось, что можно отнести также к факторам, провоцирующим развитие заболевания.

Выводы

Резюмируя вышеперечисленное, можно отметить закономерность обострений, а также дальнейшего развития клинических проявлений красного плоского лишая в зависимости от эпизода ОРВИ и снижения (изменения) иммунного статуса пациентки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дерматовенерология. Клинические рекомендации / под ред. А. А. Кубановой. – М. : ДЭКС-Пресс, 2010. – 428 с.
2. Ломоносов, К. М. Красный плоский лишай // Лечащий Врач. – 2003. – № 9. – С. 35–39.
3. Бутов, Ю. С. Лихены / Ю. С. Бутов, В. Ю. Васенова, Т. В. Анисимова // Клиническая дерматовенерология. – 2009. – Т. 2. – С. 184–205.
4. Клинические особенности различных форм красного плоского лишая / В. А. Молочков [и др.] // Рос. журн. кож. и венер. бол. – 2011. – № 1. – С. 30–36.

УДК 616.995.132-097.1:577.112-053.2(476.2)

В. Д. Тулуп (Гертман), К. Н. Дорошевич

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА G К АНТИГЕНАМ ТОКСОКАР СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Введение

Токсокароз — паразитарное заболевание, вызываемое миграцией личинок аскарид животных семейства псовых (*Toxocara canis*), которое характеризуется длительным рецидивирующим течением и полиорганными поражениями иммунологической природы [1].

Человек заражается круглогодично при попадании инвазионных яиц токсокар в кишечник через загрязненные яйцами почву, воду, продукты питания и руки. Контакт с собакой может привести к заражению через шерсть. Человек не является источником инвазии при токсокарозе, так как в его организме токсокары паразитируют в личиночной стадии, а не в половозрелой [2].

Токсокароз у детей характеризуется полиморфизмом клинических проявлений. У большинства больных наблюдались поражение гастробилиарной системы, диспепсические

явления, неустойчивый характер стула, гепатоспленомегалия. Помимо поражения желудочно-кишечного тракта у больных отмечалось поражение легких, также отмечались кожные проявления. Поражения глаз отмечались редко, в виде косоглазия и снижения зрения.

В эпидемический процесс вовлекаются преимущественно дети дошкольного возраста [3].

В г. Гомеле и Гомельском районе за период 2015–2020 гг. выявлено 9,2 % положительных проб на яйца геогельминтов, среди положительных находок преобладают яйца токсокар (62,5 %). Яйца токсокар обнаруживают наиболее часто в пробах почвы на территории селитебной зоны (75 %), в зоне рекреации (16,1 %), в песочницах (10,7 %) [4].

Цель

Изучить частоту выявления иммуноглобулинов G к антигенам токсокар у детей различного пола и возраста.

Материалы и методы исследования

Результаты ИФА исследования сыворотки крови 11544 детей с 2019 по 2020 год в лабораториях «Синэво» во всех областях Республики Беларусь и городе Минске на определение иммуноглобулинов G к токсокарам. Среди обследуемых было 6094 мальчика и 5450 девочек.

Обработка данных проводилась с помощью пакета программ Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ данных осуществлялся с помощью программы Statistica 13.5. Сравнение частоты выявления иммуноглобулинов G среди детского и взрослого населения было произведено методами непараметрической статистики (таблицы 2×2, критерий χ^2 , критерий Фишера).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования 11544 детей иммуноглобулины G к антигенам токсокар были выявлены у 1153 (9,99 %) детей. Среди обследованных девочек иммуноглобулины G к антигенам токсокар были обнаружены у 490 (8,99 %), среди мальчиков — у 663 (10,88 %).

Частота выявления иммуноглобулинов G к антигенам токсокар в различных возрастных группах была следующей: до 3 лет — у 167 (6,90 %); 4–6 лет — у 355 (9,74 %); 7–9 лет — у 251 (9,54 %), 10–12 лет — у 204 (12,19 %), 13–15 лет — у 108 (15,1 %), 16–18 лет — у 68 (14,85 %).

Наиболее часто иммуноглобулины G к антигенам токсокар регистрировались в возрастной группе от 13 до 15 лет (15,1 %), а реже в возрасте до 3 лет (6,90 %, $p < 0,001$, $\chi^2 = 6,73$).

Среди обследованных девочек частота обнаружения иммуноглобулинов G к антигенам токсокар в различных возрастных группах была следующей: до 3 лет — у 49 (4,34 %); 4–6 лет — у 156 (9,18 %); 7–9 лет — у 109 (8,85 %), 10–12 лет — у 95 (12,07 %), 13–15 лет — у 42 (12,24 %), 16–18 лет — у 39 (15,06 %).

Частота обнаружения иммуноглобулинов G к антигенам токсокар у мальчиков в различных возрастных группах: до 3 лет — у 118 (9,17 %); 4–6 лет — у 199 (10,23 %); 7–9 лет — у 142 (10,15 %), 10–12 лет — у 109 (12,27 %), 13–15 лет — у 66 (17,69 %), 16–18 лет — у 29 (14,43 %).

Количество обратившихся и частота выявления иммуноглобулинов G к антигенам токсокар в различных регионах Республики Беларусь и городе Минске среди детей представлены в таблице 1.

Самый большой процент положительных результатов — у детей в Могилевской области (15,16 %), а самый низкий — у детей в городе Минске (7,89 %, $p < 0,001$, $\chi^2 = 5,94$).

Количество обратившихся и частота выявления иммуноглобулинов G к антигенам токсокар в различных городах Республики Беларусь среди детей представлены в таблице 2.

Таблица 1 — Количество обратившихся и частота обнаружения иммуноглобулинов G к антигенам токсокар у детей в различных регионах Республики Беларусь и городе Минске

Регион	Положительный результат Ig G, (чел/%)	Всего обратившихся
Минск	361 (7,89 %)	4576
Минская область	72 (10,27 %)	701
Брестская область	277 (10,86 %)	2551
Витебская область	132 (13,58 %)	972
Гомельская область	144 (10,14 %)	1420
Гродненская область	73 (10,37 %)	704
Могилевская область	94 (15,16 %)	620

Таблица 2 — Количество обратившихся и частота выявления иммуноглобулинов G к антигенам токсокар среди детей в различных городах Республики Беларусь

Регион	Положительный результат Ig G (чел/%)	Всего обратившихся (чел.)
Барановичи	80/12,4	659
Бобруйск	61/17,63	346
Борисов	6/5,31	113
Брест	127/9,53	1333
Витебск	52/14,53	358
Гомель	48/10,23	469
Гродно	73/10,52	694
Жлобин	32/10,09	317
Минск	361/7,89	4576
Могилев	33/12,04	274
Мозырь	34/9,47	359
Молодечно	40/13,99	286
Новополоцк	17/6,69	254
Орша	45/18,75	240
Пинск	70/12,52	559
Полоцк	18/15	120
Речица	20/10,58	189
Светлогорск	10/11,63	86
Слуцк	9/13,24	68
Солигорск	17/7,26	234

Самый большой процент положительных результатов — у детей городов Орша (18,75 %) и Бобруйск (17,63 %), а самый низкий — у жителей городов Борисов (5,31 %, $\chi^2 = 3,19$; $p < 0,002$ для г. Орша и $\chi^2 = 3,07$; $p < 0,005$ для г. Бобруйск) и Новополоцк (6,69 %, $\chi^2 = 3,91$; $p < 0,001$ и $\chi^2 = 3,81$; $p < 0,001$ для г. Орша и г. Бобруйск соответственно).

Выводы

В Республике Беларусь частота обнаружения у детей иммуноглобулинов G к антигенам токсокар у детей имеет возрастные и региональные особенности. В результате исследования 11544 ребенка иммуноглобулины G к антигенам токсокар были выявлены у 1153 (9,99 %) детей. Наиболее часто иммуноглобулины G к антигенам токсокар отмечались в возрастной группе от 13 до 15 лет (15,1 %), а реже в возрасте до 3 лет (6,9 %, $p < 0,001$, $\chi^2 = 6,73$).

Самый большой процент положительных результатов был выявлен среди детей в Могилевской области (15,16 %), а самый низкий — у детей в г. Минске (7,89 %, $p < 0,001$, $\chi^2 = 5,94$).

Наиболее часто иммуноглобулины G к антигенам токсокар выявлялись у детей городов Орша (18,75 %) и Бобруйск (17,63 %), реже — у жителей городов Борисов

(5,31 %, $\chi^2 = 3,19$; $p < 0,002$ для г. Орша и $\chi^2 = 3,07$; $p < 0,005$ для г. Бобруйск) и Новополоцк (6,69 %, $\chi^2 = 3,91$; $p < 0,001$ и $\chi^2 = 3,81$; $p < 0,001$ для г. Орша и г. Бобруйск соответственно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни: национальное руководство / Н. Д. Ющук, Ю. А. Венгеров. – Москва : 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 [617.586:616.992]-036.22-084:[378.6-057.875:316.774]

Ю. М. Федченко

Научный руководитель: преподаватель Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ 1–3 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ВОПРОСАХ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ МИКОЗОВ СТОП

Введение

Микоз стоп (дерматофития, *Tinea pedis*) — заболевание кожи стоп, которое вызвано патогенными или условно-патогенными грибами. Изменения на коже стоп характеризуются шелушением, которое сопровождается жжением и зудом. При тяжёлых поражениях появляются эрозии, глубокие трещины на подошвах и в межпальцевых промежутках, которые сопровождаются болью, затрудняя ходьбу [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, около 30 % населения планеты болеет грибковыми заболеваниями, из которых самые частые — микозы стоп, с ежегодно растущей заболеваемостью.

В группе риска находятся работники ряда профессий: шахтеры, строители, спортсмены и военнослужащие, т. к. в этих группах к инфекции предрасполагают замкнутость коллективов, собранных на ограниченной территории, общие душевые и раздевалки, форменная одежда (сапоги или тяжелые ботинки) [4].

Микоз стоп является контагиозным заболеванием, которое легко передается от больного человеку здоровому контактно-бытовым путем. Заразиться можно в любых общественных местах: спортивных залах, банях, саунах, бассейнах [3], при этом риск заболеть значительно возрастает у лиц с сопутствующими заболеваниями и хроническими инфекциями, а с возрастом удваивается каждые 10 лет жизни [5].

Считается, что микозы стоп являются одной из основных причин развития экзематозных реакций. Грибковая инфекция вызывает сенсibilизацию иммунной системы на антигены гриба, что и приводит к аллергическим проявлениям на коже, поэтому у таких пациентов в результате аллергической перестройки в 3 раза чаще развиваются аллергические кожные реакции, из-за чего формируется поливалентная сенсibilизация к аллергенам.