

Выводы

Итак, среди обследованных жителей Дрибинского района (Пудовнянская АВОП и Бельская АВОП) состояния зубочелюстной системы указывают на низкий уровень гигиены во всех возрастных группах, высокий уровень распространенности и интенсивности кариеса, тогда как среди студентов это показатель достаточно высок.

Таким образом, проведение исследования показало необходимость профилактических мероприятий на предупреждение возникновения стоматологических заболеваний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Основы профилактической стоматологии: учебно-методическое пособие / С. А. Кабанова [и др.]. – Витебск: ВГМУ, 2021 – 250 с.
2. Хомутова, Г. И Традиционные и перспективные подходы к профилактике кариеса / Г. И Хомутова. – М., 2015.

УДК 616.155.294+616.155.194.18+616.61]-053.2

А. С. Карпова, С. С. Шостак

Научный руководитель: ассистент кафедры С. К. Пашкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СЛУЧАЙ ГУС У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ

Введение

Термин гемолитико-уремический синдром (ГУС) впервые использован Gasser в 1995 г. [2]. ГУС – синдром, характеризующийся обязательным наличием триады симптомов: гемолитическая анемия, острая почечная недостаточность и тромбоцитопения [3]. Ежегодно в Республике Беларусь регистрируется до 30 случаев заболевания в год [1].

Большая часть пациентов вначале поступают в неспециализированные инфекционные и педиатрические стационары. Залог успешного ведения детей с ГУС – ранняя диагностика и своевременное лечение. Несмотря на существенный прогресс в лечении данной патологии, по-прежнему имеются случаи с неблагоприятным исходом и отдаленными последствиями в виде развития хронической болезни почек и артериальной гипертензии [1].

Цель

Изучить клиническую характеристику гемолитико-уремического синдрома у детей, ошибки в его диагностике и их причины на конкретном примере (описание собственного наблюдения случая гемолитико-уремического синдрома у ребенка 8 лет),

Материал и методы исследования

История болезни пациентки А., 8 лет с диагнозом «Гемолитико-уремический синдром», проходившей лечение в УЗ «ГОИКБ» с 27.01.23 по 28.01.23 г. Диагноз устанавливался на основании характерной клинической картины и лабораторных данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка А., 8 лет, 27.01.23 поступила в Учреждение здравоохранения «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» (УЗ «ГОИКБ») с жалобами на рвоту, периодические боли в животе, желтушность кожных покровов и склер, темную мочу.

Из анамнеза установлено, что заболела 22.01.23 г., когда появились боли в животе (других симптомов кишечной дисфункции не было). Самостоятельно принимала нифуроксазид, дротаверин.

24.01.23 г. обратилась в Учреждение здравоохранения «Гомельская областная детская клиническая больница» (УЗ «ГОДКБ»), были выполнены ОАК, ОАМ, осмотрена детским хирургом. Выставлен диагноз «кишечная колика», даны рекомендации по амбулаторному лечению.

26.01 у пациентки появилась рвота, желтушность кожных покровов и склер, моча стала более темной.

27.01 повторно осмотрена в УЗ «ГОДКБ», повторно выполнены ОАК, ОАМ, осмотрена детским хирургом. С диагнозом «вирусный гепатит» направлена в УЗ «ГОИКБ».

Врач приемного отделения УЗ «ГОИКБ» заметил макрогематурию, снижение уровня гемоглобина и тромбоцитов (в анализах, сделанных в УЗ «ГОДКБ»), что не характерно для гепатита. Также было выявлено снижение диуреза. Проведенный консилиум выставил диагноз «Гемолитико-уремический синдром».

Результаты объективного осмотра: состояние тяжелое за счет острой почечной недостаточности, гемолитического синдрома. Пациентка вялая, ослаблена. Сознание ясное, продуктивному контакту доступна, на вопросы отвечает по существу. Кожные покровы и склеры желтушные. Язык обложен налетом, сухой. Зрачки D=S, величина 3/3, реакция зрачков на свет живая. t 37,0 °C. Дыхание ритмичное, ЧД 24 в минуту, одышки нет, SpO₂ – 98 %. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, приглушены, ЧСС 90 в минуту, АД 90/50 mmHg. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, перистальтика выслушивается, стула за день не было. Диурез снижен, мочеиспускание 3 раза в сутки, свободное, безболезненное. Моча коричневая, мутная. Менингеальные знаки отсутствуют.

Результаты лабораторных исследований представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1 – Результаты ОАК

Дата	Наименование показателей		
	эритроциты	гемоглобин	тромбоциты
24.01	$5 \times 10^{12}/л$	141 г/л	$257 \times 10^9/л$
27.01	$4,22 \times 10^{12}/л$	117 г/л	$56 \times 10^9/л$
28.01	$3,43 \times 10^{12}/л$	94 г/л	$27 \times 10^9/л$

Таблица 2 – Результаты Биохимического исследования крови

Дата	Показатель										
	Общий билирубин	Прямой билирубин	Непрямой билирубин	АлАТ	АсАТ	ЛДГ	Общий белок	Альбумин	Мочевина	Креатинин	СРБ
27.01	61,4 мкмоль/л	40,22 мкмоль/л	21,18 мкмоль/л	25,6 мккат/л	162,1 мкат/л	1524 Е/л	87,3 г/л	45,8 г/л	13,6 ммоль/л	81,9 мкмоль/л	9,0
28.01	47,1 мкмоль/л	13,7 мкмоль/л	33,7 мкмоль/л	29,6 мккат/л	92,1 мкат/л	3246,3 Е/л	65,9 г/л	59, г/л	32,9 ммоль/л	271,7 мкмоль/л	6,0

Таблица 3 – Результаты ОАМ

Дата	Показатель											
	Цвет	Прозрачность	Белок	Плоский эпителий	Лейкоциты	Ураты	Плотность	Кетоновые тела	Глюкоза	Кислотность	Билирубин	Эритроциты
24.01.23	светло-желтая	прозрачная	0,1 г/л	отрицательный	отрицательный	отрицательный	больше 1,05	отрицательный	отрицательный	5,5	отрицательный	отрицательный
27.01.23	темно-желтая	мутная	1,63 г/л	отрицательный	отрицательный	густо покрывают все поле	больше 1,05	5 ммоль/л	отрицательный	5,5	отрицательный	250 в 1 мл

УЗИ почек от 27.01.23 г.

Заключение: нефропатия, пиелозктомия слева, гиперплазия внутрибрюшных лимфоузлов. В связи тяжестью состояния госпитализирована в ОИТР.

Выводы

Заболевание характеризовалось быстрым развитием жизнеугрожающего состояния (с момента заболевания 22.01.23 до момента развития ОПН 27.01.23 прошло 5 суток). В динамике отмечено прогрессирующее снижение диуреза, уровня гемоглобина и тромбоцитов в крови, макрогематурия. Также имели место ошибочный диагноз «вирусный гепатит». Причина ошибки – переоценка дежурным врачом УЗ «ГОДКБ» диагностического значения синдрома желтухи и недооценка таких симптомов, как снижение диуреза и характерных изменений в общих анализах мочи и крови.

О подобных клинико-лабораторных особенностях течения этого синдрома и трудностях в диагностике должны помнить врачи всех специальностей, оказывающих медицинскую помощь детям, так как своевременная диагностика залог успешного лечения ГУС [1].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Опыт интенсивной терапии гемолитико-уремического синдрома у детей в Могилёвской области / Ю.Э. Розин [и др.] // Гепатология и гастроэнтерология. – 2022. – № 2 (6). – С. 162.
2. Гемолитико-уремический синдром в педиатрии: клиническое наблюдение / С. Н. Недельская [и др.] // «Pediatrics. Eastern Europe». – 2019. – Vol. 7 – № 3. – С. 474.
3. Литяева, Л. А. Трудности дифференциального диагноза гемолитико-уремического синдрома у детей / Л. А. Литяева, О. В. Ковалева // Детские инфекции. – 2013. – № 4 – С. 68.

УДК: 579.61: 616.155.394.5

Г. А. Ковзик, Н. В. Глушаков

Научный руководитель: старший преподаватель Т. А. Петровская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВОЗБУДИТЕЛИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ МИЕЛОТОКСИЧЕСКОМ АГРАНУЛОЦИТОЗЕ

Введение

Современная медицина позволяет проводить эффективную терапию при различных формах лимфоцитарных лейкозов. Самым распространенным из методов лечения является химиотерапия, которая заключается в приеме препаратов (цитостатических и цитотоксических), нарушающих клеточный цикл опухолевых клеток и вызывающих их гибель. Как побочный эффект при использовании данного метода терапии возникает эффект миелотоксического агранулоцитоза (снижение числа лейкоцитов вследствие удаления их раковых форм химическими соединениями) [1]. Значительно сниженное число лейкоцитов подразумевает собой повышенную чувствительность организма к бактериальным и вирусным инфекциям.

Особенную актуальность проблеме внутрибольничных бактериальных инфекций придает широкая распространенность, поиск новых мер лекарственной профилактики, разработка эффективных методов лечения и повышенный интерес научного сообщества к данной проблеме [2, 3].

Цель

Оценить профили чувствительности к антибиотикам возбудителей больничных инфекций у пациентов, страдающих от лимфолейкозов различной этиологии и прошедших курс химиотерапии.