

стрение гастрита. В случае болезни только 41,2 % студентов обращались за медицинской помощью в поликлинику, из них достоверно чаще девушки (32,3 и 8,8 % соответственно).

Студенты, использующие для повышения защитных сил организма витамины, болеют реже острыми респираторными инфекциями (ОРИ), чем студенты, не употребляющие дополнительно витамины (соответственно 68 и 32 %).

Регулярно питаются, 3–4 раза в сутки 58,8 % респондентов, 29,4 % питаются 2 раза в сутки. Девушки достоверно чаще питаются 2 раза в сутки, чем юноши (23,5 и 2,9 %). Перед уходом на занятия пищу принимают всегда 44,1 % студентов. Девушки достоверно чаще, чем юноши не всегда завтракают до занятий (38,2 и 14,7 %). 85,5 % употребляют пищу не в определенные часы, из них чаще не соблюдают режим питания девушки ($34,2 \pm 4,7\%$ и $26,5 \pm 4,4\%$, $p < 0,5$). Горячие первые блюда употребляют 28,5 % школьников, из них 23,5 % — девушки и 14,7 % — юноши. Интервалы между приемами пищи составляют 5–6 ч и более в 44,1 % случаях, причем у девушек чаще не соблюдаются интервалы между приемами пищи ($32,3 \pm 4,7\%$ и $11,7 \pm 3,2\%$, $p < 0,5$).

Выводы

1. Целесообразно при составлении рекомендаций по рациональному питанию студентов учитывать их пищевой статус.

2. Самокоррекция образа жизни и физической подготовленности студентов может способствовать улучшению их субъективного здоровья, оптимизации учебного процесса и качественной подготовки к будущей профессии.

3. Оценку образа жизни и уровня физической подготовленности во взаимосвязи с показателями самооценки здоровья можно также рассматривать как фактор положительной мотивации формированию здорового образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Формирование здорового образа жизни студентов // Молодежный научный форум: Гуманитарные науки: электр. сб. ст. по материалам XIX студ. междунар. заочной науч.-практ. конф. — М.: МЦНО, 2014 — № 12(18) / [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://nauchforum.ru/nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/12\(18\).pdf](http://nauchforum.ru/nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/12(18).pdf).

2. Мамчиц, Л. П. Эпидемиологические закономерности и совершенствование профилактики острых респираторных заболеваний / Л. П. Мамчиц, Г. Н. Чистенко // Достижения медицинской науки Беларуси. Вып. IX. — Минск: РНМБ, 2004. — С. 142–143.

3. Мамчиц, Л. П. Метод анкетирования в гигиенической диагностике и коррекции статуса студенток / Л. П. Мамчиц, Н. В. Карташева // Донозоология-2010: материалы VI междунар. науч. конф. — СПб.: Крисмас, 2010.

4. Образ жизни и здоровье студентов / Н. А. Ермакова [и др.] // Гигиена и санитария. — 2016. — № 6.

УДК 616.993.192.1:[616.831:616.98:578.828НIV]

СЛУЧАЙ ТОКСОПЛАЗМОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА

Ляхова М. С., Ничипоренко А. П.

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В статье представлен клинический случай токсоплазмоза головного мозга, который встречается у пациентов с иммунодефицитными состояниями. Данная патология обычно возникает у лиц, имеющих количество CD4 клеток ниже 100 в 1 мм^3 . На долю токсоплазмоза приходится 50–70 % всех паразитарных болезней при СПИДе и третье место в структуре летальных исходов у пациентов на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Цель

Показать морфологическое проявление токсоплазмоза головного мозга у ВИЧ-инфицированного пациента.

Материал и методы исследования

В данном исследовании использовались медицинская карта стационарного пациента, протокол патологоанатомического вскрытия, медицинская литература, содержащая актуальную информацию о токсоплазмозе, макро- и микрофотографии головного мозга.

Результаты исследования и их обсуждение

Токсоплазмоз является наиболее частой причиной, вызывающим поражение головного мозга при СПИДе. В большинстве случаев церебральный токсоплазмоз имеет 3 клинических варианта: 1) диффузная энцефалопатия с судорогами или без них; 2) менингоэнцефалиты; 3) единичные или множественные поражения очагового характера в головном мозге. Присущее токсоплазмам цитопатическое действие — ведущая причина патологических проявлений. Их концентрация в тканях головного мозга ассоциирована со способностью проникать через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ). Известно, что эти специфические ткани не обладают достаточными механизмами защиты. Кроме того, при ВИЧ-инфекции наблюдается повреждение ГЭБ. Играть роль многофакторные механизмы активации латентной инфекции: супрессия Т-клеточного звена иммунитета, снижение активности макрофагов, подавление активности цитокинов, неспособность антител к полноценной защите от возбудителя. Морфологическими изменениями при микроскопическом исследовании являются пролиферация микроглии и некроз. У пациентов без ВИЧ-инфекции, при токсоплазменном энцефалите отмечаются мелкие рассеянные очаги поражения с периваскулярными инфильтратами в смежных областях. У ВИЧ-инфицированных — помимо моноцитов, лимфоцитов и плазматических клеток, в инфильтратах присутствуют нейтрофилы. По периферии с очагов некроза часто находят цисты возбудителя. Проведение микроскопии центрифугата ликвора, окрашенного по Романовскому — Гимзе, позволяет обнаружить токсоплазмы — расположенные как внутриклеточно, так и внеклеточно. В серологических реакциях (РИФ, РНИФ) выявляются специфические антитела к токсоплазмам класса G, значительно реже — класса M.

Пациент К., 1978 г.р., был направлен из ЦРБ г. Светлогорска в Гомельскую областную инфекционную клиническую больницу, в связи с появлением неврологической симптоматики. При поступлении менингеальных симптомов не выявлено. Пациент предъявлял жалобы на головные боли, усиливающиеся на протяжении последних 2 недель. *Клинический диагноз:* ВИЧ-инфекция 4 стадия (по классификации ВОЗ 2012 г.). ВИЧ-ассоциированное поражение ЦНС: рецидив токсоплазмоза головного мозга, лимфома мозга? Генерализованная лимфоаденопатия, орофарингеальный кандидоз, снижение массы тела менее 10 %. ВИЧ-ассоциированная энцефалопатия, лёгкое незначительное расстройство.

Обследование. Мультиспиральная компьютерная томография головного мозга (МСКТ): Заключение: КТ-картину следует дифференцировать между специфическим поражением головного мозга (больше данных за токсоплазмоз) и объемное образование головного мозга с латеральной дислокацией срединных структур и отеком головного мозга. При сравнении с предыдущим МСКТ головного мозга отмечается отрицательная динамика за счет появления гипотензивных зон и объемных образований в обеих гемисферах. При исследовании ликвора методом ПЦР обнаружено ДНК *Toxoplasma gondii*. Осмотр психиатром-наркологом, диагноз: легкое когнитивное расстройство. Иммуноферментный анализ крови на определение иммуноглобулинов к *Toxoplasma gondii*: Ig G — пол., Ig M — отр.; исследование ликвора методом полимеразной цепной реакции: ДНК *Toxoplasma gondii* — обнаружена; ДНК *Herpes simplex 1* и *2* тип, цитомегаловируса и вируса Эпштейна — Барр в крови и ликворе — не обнаружены; исследование ликвора на микрофлору — условно патогенной и патогенной флоры не обнаружено; исследование крови на маркеры вирусных гепатитов методом иммуноферментного анализа: HBsAg и a-HCV-tot — отрицательные.

Несмотря на проводимое лечение, состояние пациента прогрессивно ухудшалось. Произошла остановка сердечной и дыхательной деятельности. Проводимые реанимационные мероприятия оказались не эффективными. Зафиксирована биологическая смерть пациента. Тело умершего пациента направлено на патологоанатомическое вскрытие. Макроско-

пическое описание: мозг 1450 г, борозды сглажены, извилины уплощены, с признаками отека. В полушариях головного мозга определяются множественные абсцессы от 1 до 3 см в диаметре, локализующиеся в лобных долях (до 1,5 см диаметром) субкортикально в белом веществе, в правой теменной доле (0,7 см диаметром), в затылочных долях. Абсцессы на разрезе пестрого вида, с мелкоточечными кровоизлияниями, некоторые из них желтоватого цвета с рыхлым содержимым. В правом и левом таламических ядрах определяются абсцессы от 0,5 до 2 см в диаметре, с мелкими очагами кровоизлияний. На разрезе в правом полушарии мозжечка определяются множественные участки размягчения от 1 до 2 см в диаметре, зубчатое ядро не дифференцируется. Микроскопическое описание: васкулит, абсцессы, кровоизлияния, определяется токсоплазменное поражение с формированием псевдоцист, определяются отдельно лежащие тахизоиты. Патологоанатомический диагноз: *Основное заболевание.* ВИЧ-инфекция стадия СПИД: токсоплазмоз головного мозга с формирование множественных абсцессов в обоих полушариях головного мозга с субкортикальной локализацией, с поражением ядерных структур, правого полушария мозжечка; цитомегаловирусное поражение обоих надпочечников; дефицит массы тела более 10 %; атрофия фолликулов белой пульпы селезенки. *Осложнения.* Отек головного мозга. *Сопутствующие заболевания.* Хронический эрозивный гастрит (рисунки 1, 2).

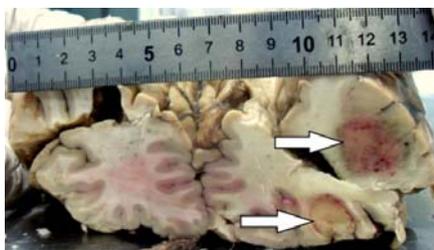


Рисунок 1 — Абсцессы головного мозга

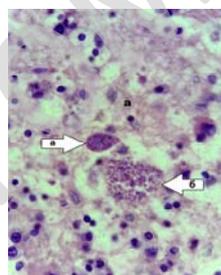


Рисунок 2: а) тканевая циста; б) тахизоиты

Выводы

Данный случай представляет собой интерес как иллюстрация клинических и морфологических проявлений токсоплазмоза головного мозга, а также способы прижизненной и посмертной диагностики представленной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов, И. А. Токсоплазмоз: учеб. метод. пособие / И. А. Карпов, Д. Е. Данилов, М. А. Иванова. — Минск: БГМУ, 2007. — 10 с.
2. Трякина, И. П. Современные аспекты токсоплазмоза / И. П. Трякина // Consilium medicum. — 2013. — Т. 15, № 12. — С. 42–46.
3. Токсоплазмоз головного мозга у больных ВИЧ-инфекцией / Н. Р. Михайлова [и др.] // Вестник Оренбургского государственного университета. — 2015. — № 1. — С. 138–143.
4. Фармакоэкономический анализ высокоактивной антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции к резистентности / Н. А. Беляков [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2010. — Т. 2, № 4. — С. 17.

УДК 616.379-008.64-053.2(476.2) «2007-2016»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ У ДЕТЕЙ Г. ГОМЕЛЯ В ПЕРИОД 2007–2016 гг.

Мажуга Е. В.

Научный руководитель: ассистент В. В. Концевая

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Сахарный диабет — одна из ведущих проблем внутренней медицины. В настоящее время по медико-социальной значимости он занимает место непосредственно после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.