

провоцирующие стрессовые факторы (часто эмоциональной природы). Наличие сопутствующих заболеваний в таких случаях может предрасполагать к развитию СТ, тактика лечения больных в таких случаях будет определяться развитием определенных осложнений. У многих больных СТ развивается уже после госпитализации, обусловленной другими заболеваниями. У таких больных внезапная активация симпатического отдела вегетативной нервной системы или повышение концентрации катехоламинов в крови способствует развитию острого СТ, который в таких случаях становится осложнением основного заболевания или его лечения. В подобных случаях следует устанавливать диагноз вторичного СТ. Лечение таких больных должно включать не только вмешательства, обусловленные СТ и вызванным им осложнениями заболевания сердца, но и лечение заболеваний, которые стали провоцирующим фактором развития СТ. Особое значение имеют ятрогенные причины развития СТ при применении катехоламинов [4].

Выводы

Факторы, определяющие прогноз при СТ, до конца не установлены. Предполагается, что одной из причин неблагоприятного исхода могут быть сопутствующие заболевания. Вследствие сходства СТ с ОКС и ИМ необходимо оценить характер факторов риска и летальности для обоих заболеваний. Выраженность факторов сердечно-сосудистого риска у больных с СТ существенно ниже, чем у пациентов с ИБС. В определении прогноза большое значение имеет первичный или вторичный характер СТ. Первичный СТ имеет более положительный прогноз и меньший уровень госпитальной летальности. Вторичная форма СТ связана с предшествующим развитием таких тяжелых и неотложных состояний, как инсульт, сепсис, множественная травма, обширные хирургические вмешательства, и сопровождается высоким риском осложнений, рецидивами, повторной госпитализацией и повышенной летальностью. Риск неблагоприятного исхода при вторичном СТ в 3,4 раза выше, чем при первичных случаях. При благоприятном исходе начального приступа функция ЛЖ восстанавливается в течение 2 месяцев. Симптомы этого заболевания легко контролировать, а сама болезнь обычно проходит в течение нескольких недель. Несмотря на грозные исходные клинические проявления у некоторых больных, большинство пациентов переживают начальный приступ с очень низким уровнем больничной летальности и осложнений. После перенесенной острой стадии заболевания пациентов ожидает благоприятный исход с хорошим долгосрочным прогнозом. Даже при тяжелой систолической дисфункции в начале заболевания, сократительная способность миокарда начинает восстанавливаться уже в первые сутки и нормализуется в течение нескольких месяцев [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Current state of knowledge on Takotsubo syndrome: a position statement from the task force on Takotsubo syndrome of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology / R. Lyon Alexander [et al.] // European Journal of Heart Failure. — 2016. — Vol. 18. — P. 8–27.
2. Sato, H. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In: Kodama K, Haze K, Hon M, eds. Clinical Aspect of Myocardial Injury: From Ischemia to Heart Failure. — Tokyo: Kagakuhyouronsya Co., 1990. — P. 56–64.
3. Гиляревский, С. Р. Кардиомиопатия такоцубо. Подходы к диагностике и лечению / С. Р. Гиляревский. — М.: МЕДпресс-информ, 2013.
4. Синдром такоцубо в клинике внутренних болезней / А. И. Абдрахманова [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2017. — Т. 10, Вып. 6. — С.49–60.

УДК 616.5 – 002.828

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕРМАТОМИКОЗОВ

Гуреева С. С., Белян О. В.

Научный руководитель: старший преподаватель Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Дерматомикозы — одно из самых распространенных заболеваний в мире, занимающее второе место в дерматологической практике. По данным ВОЗ около 1/3 (35 %) населения

Земли страдает грибковыми заболеваниями. Грибы широко распространены в природе. Они обитают на животных и человеке. Грибок активно размножается во влажной среде, поэтому микозами чаще всего заражаются в сауне, в бассейне или в спортзале [1].

Основную группу патогенных грибов составляют растительные микроорганизмы, образующие ветвящиеся двухконтурные нити мицелия, размножающиеся спорами. Грибы данного рода подразделяют на две большие группы: антропофильные и зооантропофильные. Нужно отметить еще одну группу — дрожжеподобные патогенные грибы рода *Candida* [1, 2]. Их особенность в том, что они не образуют спор, размножаются почкованием, а образуемые нити не имеют настоящего ветвления, поэтому их называют псевдомицелием [2]. Дерматомикозы вызывают воспалительные процессы в коже, могут поражать ногти и волосы. Признаком является, образовавшийся очаг поражения кожи или придатков, с активно отслаивающимися чешуйками, которые содержат большое количество возбудителя и являются источником заражения здоровых людей [2].

Раннее диагностирование микозов осложняется тем, что не все люди замечают изменение кожи или ее придатков. В зависимости от того какой участок поражен грибковой инфекцией, для диагностики берут волосы, пораженные ногти, чешуйки кожи. Крайне важно своевременно провести качественную диагностику, которая заключается в лабораторных исследованиях [3].

К лабораторным исследованиям дерматомикозов, проводимых в ГОККВД относят:

1. Микроскопическое исследование.
2. Культуральный метод исследование (посев патологического материала на питательную среду Сабуро).
3. Люминесцентное исследование (с использованием лампы Вуда).

Микроскопическое исследование патологического материала на грибы производят в нативных и окрашенных препаратах. Микроскопическое исследование производят на обычном лабораторном микроскопе без иммерсии. Дефекты приготовления препарата, так и неопытность лаборанта может стать причиной ошибочной диагностики грибов [3]. При микроскопии обнаруживают нитевидные гифы грибов или почкующиеся клетки.

Микроскопическое исследование дает заключение только о грибковой природе инфекции, но не о виде гриба-возбудителя.

Культуральный метод исследования используется для идентификации возбудителя дерматомикозов. Посев материала производится на стандартную среду Сабуро. Идентификацию видов обычно проводят при микроскопическом исследовании выросшей культуры или путем пересева на селективные среды [3]. Этот метод является одним из самых информативных методов диагностики дерматомикозов.

Люминесцентное исследование применяется чаще всего при дерматомикозах волосистой части головы. Свечение в ультрафиолетовых лучах, пропущенных через фильтр Вуда, характерно для волос, пораженных грибами рода *Microsporum* (*M. canis*, *M. audouinii*, *M. ferrugineum*, *M. distortum*, изредка *M. gypseum* и *M. nanum*), а также *Trichophyton schonleinii*. Его можно использовать как для диагностики и контроля за эффективностью лечения у отдельных больных, так и в эпидемиологических очагах [3]. Люминесцентное обследование необходимо производить в затемненной комнате, очаги поражения должны быть предварительно очищены от корок, остатков мази.

Цель

Проанализировать данные лабораторных исследований и выявить наиболее частые места, которые поражает грибковая инфекция.

Материал и методы исследования

Изучен журнал, в котором в течении 3х месяцев, регистрировались данные о культуральном методе исследования патологического материала, взятого из предполагаемого очага поражения.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего в журнале зарегистрировано 1720 человек, у которых взят патологический материал на исследование.

У 1123 (65,3 %) человека, на исследование культуральным методом, взят кусочек свободного края ногтя стопы. У 350 (20,4 %) человек патологическим материалом для исследования, был кусочек ногтя кисти. У 185 (10,7 %) человек, были взяты чешуйки кожи из предполагаемого очага грибковой инфекции, локализованного на туловище. Так же, чешуйки кожи из паховой области брались у 17 (1 %) человек. У 45 (2,6 %) человек патологическим материалом являлся волос головы.

Всего высеяно у 722 (41,9 %) человек *Trichophyton rubrum*, у 19 (1,1 %) — дрожжеподобные грибы рода *Candida*, у 21 (1,2 %) человек выросли колонии *Microsporum canis*, у 958 (55,8 %) посев не дал результатов.

При посеве на питательную среду Сабуро кусочка свободного края ногтя стопы, у 590 (52 %) человек выросли колонии *Trichophyton rubrum*. У 6 (0,5 %) человек — дрожжеподобные грибы рода *Candida*. У 527 (47,5 %) человек посев дал отрицательные результаты.

При посеве кусочка свободного края ногтя кисти, у 97 пациентов выросли колонии *Trichophyton rubrum*. Так же, у 13 (4 %) человек, на питательной среде выросли дрожжеподобные грибы рода *Candida*. У 240 (68 %) — рост не отмечался.

У 26 (14,4 %) человек, при посеве чешуек кожи с туловища, наблюдался рост колоний *Trichophyton rubrum*. У 5 (2,8 %) человек, выросли колонии *Microsporum canis*, а у 154 (83,2 %) — посев не дал результатов.

При почве на питательную среду чешуек из паховой области у 9 (53 %) человек обнаружен *Trichophyton rubrum*, у 8 (47 %) человек — результат отрицателен.

Колонии *Microsporum canis* выросли у 16 (36 %) человек, при посеве волоса головы, однако, у 29 (64 %) человека посев роста не дал.

Выводы

1. Наиболее частым материалом для исследования являлся кусочек свободного края ногтя стопы у 65,3 %.

2. Самым частым микозом, при посеве кусочка ногтя стопы или кисти, является *Trichophyton rubrum*.

3. Только при посеве кусочка ногтя стопы или кисти, отмечался рост дрожжеподобных грибов рода *Candida*.

4. *Microsporum canis* встретился исключительно при дерматомикозах туловища и волосистой части головы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерзина, Е. И. Особенности клинического течения микозов стоп у детей / Е. И. Ерзина // Journal of Siberian Medical Sciences. — 2013. — № 2. — С. 17–23.
2. Уайт, Г. Атлас по дерматовенерологии / Г. Уайт; пер. с англ. Н. Г. Кочергина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 384 с.
3. Аравийский, Р. А. Диагностика микозов. Микология / Р. А. Аравийский, Н. Н. Климко, Г. И. Горшкова // Проблемы медицинской микологии. — 2015. — № 3. — С. 88–92.

УДК 616-002.34:612.017

ВОЗРАСТНОЙ КОМПОНЕНТ ИМУННОГО СТАТУСА И ВЛИЯНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СООТНОШЕНИЕ НАТИВНЫХ ЛИМФОЦИТОВ И ЛИМФОЦИТОВ ПАМЯТИ

Гусак Е. И., Романовская Т. Р.

**Учреждение образования
«Международный государственный экологический институт
Белорусского государственного университета
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Среди показателей иммунного статуса имеется ряд таких, которые определяют реальное соотношение работы иммунной системы на протяжении жизни человека и ее потенци-