

Выводы

Эпидемическая ситуация по сальмонеллезу в г. Мариуполе нестабильная. Вследствие кризиса отмечается недостаточный объем проведения лабораторной диагностики при осуществлении этиологической расшифровки случаев ОКИ. Чтобы снизить заболеваемость сальмонеллезом в г. Мариуполе необходимо проведение санитарно-эпидемиологического контроля со стороны служб общественного здоровья Украины, Государственной службы по вопросам безопасности пищевых продуктов и защиты потребителей, а также ветеринарной службы Украины.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. Salmonella (non-typhoidal) [Electronic source]: 20 February 2018 / Available at: [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-\(non-typhoidal\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-(non-typhoidal)).
2. Чумаченко, Т. О. Оценка основных путей и факторов передачи возбудителей сальмонеллезом в городе Харькове: матеріали науково-практичної конференції «Сучасні проблеми біобезпеки в Україні» / Т. О. Чумаченко, М. В. Райлян, Ю. И. Польшанная. — Полтава, 2018. — 74 с.
3. Центр громадського здоров'я. Міністерство охорони здоров'я України. Інфекційна захворюваність населення України [Електронний ресурс]. — Режим доступа: https://phc.org.ua/pages/diseases/other_social_diseases/infectious-morbidity-of-the-population-of-ukraine.
4. Неумолимая статистика: в Мариуполе женщин на 40 тысяч больше, чем мужчин, - ИНФОГРАФИКА [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.62.ua/news/2080746/neumolimaa-statistika-v-mariupole-zensin-na-40-tysac-bolse-cem-muzcin-infografika>.

УДК 616.211/.232:616.9-053.2

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОГО МИКОПЛАЗМОЗА У ДЕТЕЙ

Прокопчик Е. М., Белоус И. М.

Научный руководитель: ассистент А. Л. Свенцицкая

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Микоплазмозы — это группа антропонозных инфекционных болезней, характеризующихся поражением органов дыхания и мочеполовых органов [1].

Респираторный микоплазмоз — группа инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания, вызываемых патогенными микроорганизмами рода *Mycoplasma* [2]. Эта респираторная инфекция протекает с поражением верхних дыхательных путей и развитием пневмонии [2, 3].

Наиболее используемым методом для диагностики микоплазменной инфекции является ИФА, принцип которого основан на обнаружении специфических IgM- и IgG-антител к *Mycoplasma pneumoniae* [4]. Порядок и скорость накопления антител зависит от характера инфицирования (первичное или вторичное). При первичном инфицировании сначала появляются IgM, затем IgG. По мере угасания иммунного ответа происходит снижение концентрации антител каждого из классов. Иммунный ответ при повторном проникновении возбудителя характеризуется быстрым нарастанием титра антител класса G и практически полным отсутствием антител класса M.

Цель

Определить клинико-лабораторные особенности инфекции, вызванной *Mycoplasma pneumoniae* у детей, находящихся на лечении в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница».

Материал и методы исследования

В период с 2017 по 2018 гг. в лаборатории учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» было обследовано 156 детей с целью выявления иммуноглобулинов М и G к микоплазмам методом иммуноферментного анализа (производство Вектор-Бест, г. Новосибирск, РФ, 2010). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы «Statistica» 10.0, «Exel 2010 (MS Office) for Windows 8.0». О статистической значимости различий судили по уровню значения $p < 0,05$, где p — это величина уровня статистической значимости.

Результаты исследования и их обсуждение

Был проведен ретроспективный анализ 156 медицинских карт стационарных пациентов с респираторным микоплазмозом в возрасте от 1 года 8 месяцев до 17 лет, средний возраст которых составил $8,26 \pm 0,34$ лет. Среди обследованных было 59 (37,8 %) пациентов в возрасте до 6 лет (дети дошкольного возраста) и 97 (62,2 %) пациентов в возрасте от 7–17 лет (школьники), $p < 0,001$.

Был проведен анализ жалоб пациентов (или лиц, находившихся по уходу в отделении) при поступлении: самой частой жалобой стал кашель (100 % обследуемых), причем статистически чаще выявлялся влажный, продуктивный кашель (71,7%), чем сухой, непродуктивный кашель (28,3 %), $\chi^2 = 6,38$, при $p < 0,001$. Субфебрильная температура тела отмечалась на протяжении длительного промежутка времени (от 2 недель до 3–4 месяцев) у 15 % пациентов. Фебрильная и пиретическая температуры тела выявлены у 65,5% пациентов. Жалобы на насморк предъявляли 21,2 % пациентов.

Лейкопения была отмечена у 3 пациентов, лейкоцитоз — у 56 (35,9 %) пациентов. При сравнении значений лейкоцитов при поступлении в стационар и при выписке из него, значения были статистически выше при поступлении в стационар ($p = 0,0014$). Повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) при поступлении в стационар отмечалось у 84 пациентов. При сравнении значений СОЭ при поступлении в стационар и при выписке из него, значения оказались статистически незначимы ($p > 0,001$).

По результатам серологического исследования детей дошкольного возраста, в 41 (69,5 %) случае выявлены антитела класса IgM к микоплазмам, в 16 (27,1 %) случаях — IgG. Среди обследованных детей от 7 по 17 лет, в 72 (74,2 %) случаях выявлены антитела класса IgM к микоплазмам, в 56 (57,7 %) случаях — IgG. Сомнительный результат к антителам класса IgM был выявлен в 23 (14,7 %) случаях, к антителам класса IgG — в 18 (11,5 %) случаях. У 52 (33,3 %) детей имело место сочетание положительных антител одновременно к IgM и IgG.

Обнаружено, что статистически чаще IgM и IgG встречались у школьников (74,2 и 57,7 % соответственно), чем у детей дошкольного возраста (69,5 и 28,6 % соответственно), $\chi^2 = 8,97$ и $\chi^2 = 3,55$, соответственно, при $p < 0,001$.

Антитела класса IgM к микоплазмам у детей выявлялись значительно чаще (113 (72,4 %) случаев), чем антитела класса IgG (72 (46,2 %) случая), $\chi^2 = 4,6$, при $p < 0,001$.

Выводы

Средний возраст обследуемых пациентов составил $8,26 \pm 0,34$ лет. Из 156 обследованных, более половины детей 62,2 % являются школьниками, $p < 0,001$. Самой частой жалобой стал кашель (100 % обследуемых), причем статистически чаще выявлялся продуктивный кашель (71,7 %), чем сухой, непродуктивный кашель (28,3 %), $\chi^2 = 6,38$, при $p < 0,001$. При сравнении значений лейкоцитов при поступлении в стационар и при выписке из него, значения были статистически выше при поступлении в стационар ($p < 0,001$).

Обнаружено, что статистически чаще IgM и IgG встречались у школьников (74,2 и 57,7 % соответственно), чем у детей дошкольного возраста (69,5 и 28,6 % соответственно), $\chi^2 = 8,97$ и $\chi^2 = 3,55$, соответственно, при $p < 0,001$. У 33,3 % детей имело место сочетание положительных антител одновременно к IgM и IgG. Антитела класса IgM к микоплазмам у детей выявлялись значительно чаще (113 (72,4 %) случаев), чем антитела класса IgG (72 (46,2 %) случая), $\chi^2 = 4,6$, при $p < 0,001$.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни: учебник / под ред. акад. РАМН Н. Д. Ющука, проф. Ю. Я. Венгерова. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — С. 336–341.
2. Савенкова, М. С. Хламидийная и микоплазменная инфекции в практике педиатра / М. С. Савенкова // Педиатрия. — 2005. — Т. 7, № 1. — С. 23–29.
3. Самсыгина, Г. А. Микоплазмоз респираторного тракта у детей и подростков / Г. А. Самсыгина // Consilium Medicum. Педиатрия (прилож.). — 2009. — № 3. — С. 78–81.
4. Хамитов, Р. Ф. Mycoplasma pneumoniae и Chlamydia pneumoniae инфекции в пульмонологии: актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения / Р. Ф. Хамитов, Л. Ю. Пальмова. — Казань, 2001. — С. 64.

УДК 579.842.16:616.972-08

**СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ИНВАЗИВНЫХ И НЕИНВАЗИВНЫХ
КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТОВ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE***

Пучко В. К., Элечи Виздом Небучи

**Научные руководители: старший преподаватель Ю. В. Атанасова,
старший преподаватель А. И. Козлова**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Klebsiella pneumoniae является одним из основных возбудителей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). В феврале 2017 г. ВОЗ причислила клебсиеллы к наиболее опасным бактериям в связи с их резистентностью к существующим антимикробным лекарственным средствам. По различным литературным данным частота выделения *K. pneumoniae* варьирует от 4 до 86 % в зависимости от нозологической формы [1]. Спектр заболеваний, вызываемых клебсиеллами, чрезвычайно широк, они являются причиной заболеваний различной локализации. Их выявляют как при энтеральных (острая пищевая токсикоинфекция), так и при ряде парентеральных инфекций — урологических, менингеальных, токсикосептических и др. Важным направлением исследований в этой области является исследование факторов патогенности клинических изолятов *K. pneumoniae*, оценка их влияния на развитие патологического процесса. Основным фактором патогенности клебсиелл является полисахаридная капсула и, как показали исследования, степень вирулентности штамма зависит от строения капсульного полисахарида, поэтому штаммы различных капсульных серотипов значительно различаются по инвазивности [2].

Цель

Оценка бактерицидной активности сыворотки крови человека в отношении инвазивных и неинвазивных изолятов *K. pneumoniae*.

Материал и методы исследования

В исследование включены 28 инвазивных и 28 неинвазивных изолятов *K. pneumoniae*, выделенных от пациентов с различными диагнозами в многопрофильных стационарах Республики Беларусь (Гомель, Минск, Витебск) в 2016–2018 гг. Материалом для выделения инвазивных изолятов являлась кровь, полученная венепункцией периферических вен, при таких состояниях у пациентов, как рак кишки и желудка, органическое поражение головного мозга, пневмония, сепсис, сахарный диабет, термические ожоги, эмпиема плевры, флегмона, панкреатит, перитонит и др. Для выделения неинвазивных штаммов бактериологическому исследованию подлежали мокрота (при пневмонии, эпилепсии, черепно-мозговой травме), моча (при пиелонефрите, остром