

Таблица 1 — Общий анализ крови при серозных менингитах

Гематологический показатель	Среднее значение
Лейкоциты, $10^9/л$	$9,6 \pm 0,4$
Нейтрофилы, %	$68,3 \pm 1,5$
Лимфоциты, %	$24,2 \pm 1,4$
СОЭ, мм/ч	$15,5 \pm 1,45$

Таблица 2 — Изменения спинномозговой жидкости при серозных менингитах.

Показатели	Среднестатистический результат
Цвет	Бесцветный (93,2 %) Ксантохромный (6,8 %)
Количество ликвора, мл	$1,7 \pm 0,09$
Белок, г/л	$0,44 \pm 0,03$
Глюкоза, ммоль/л	$3,09 \pm 0,11$
Цитоз	$(550,2 \pm 63,9)/3$
Лимфоциты, %	$82,7 \pm 2,27$
Нейтрофилы, %	$17,1 \pm 2,26$

Из таблицы 2 следует, что основные лабораторные изменения в ликворе в первую очередь включают лимфоцитарный плеоцитоз, а также в 6,8 % случаев наблюдается ксантохромная окраска ликвора.

Выводы

Серозные менингиты чаще всего возникают в весенне-осенний период у лиц в возрасте $32 \pm 1,5$ лет. Как правило, пациенты обращаются за медицинской помощью в течение $4,2 \pm 0,4$ дней в связи с наличием головной боли, слабости, рвоты, тошноты и повышением температуры (до $38,3 \pm 0,07$ °С). При проведении ПЦР этиологию удалось установить в 23 % случаев, и она полностью приходится на энтеровирусы. Среди лабораторных показателей выявляется лейкоцитоз (в общем анализе крови) и лимфоцитарный плеоцитоз (при исследовании спинномозговой жидкости).

ЛИТЕРАТУРА

1. Лобзин, Ю. В. Менингиты и энцефалиты / Ю. В. Лобзин, В. В. Пилипенко, Ю. Н. Громько. — СПб.: Фолиант, 2003. — 128 с.
2. Латышева, В. Я. Неврология и нейрохирургия / В. Я. Латышева, Б. В. Дривотинов, М. В. Олизарович. — Гомель: ГомГМУ, 2018. — 440 с.
3. Identification of Cerebrospinal Fluid Metabolites as Biomarkers for Enterovirus Meningitis / D. Ratuszny [at al.] // International Journal of Molecular Sciences [Electronic resource]. — 2019. — Vol. 20, № 2. — Mode of access: <https://www.mdpi.com/1422-0067/20/2/337>. — Date of access: 01.02.2019.
4. Sleman, Sirwan Salman Enterovirus Meningitis: a case report / Sirwan Salman Sleman // International Journal of Scientific Research and Innovative Technology. — 2015. — Vol. 2, № 7. — P. 1–4.

УДК 616.36-002.17-092

СТАДИИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Волковец А. В., Архипенко Т. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Во многих развитых странах заболевания печени входят в первую пятерку причин смертности. В мире насчитывается более 2 млрд человек с хроническими заболеваниями

ми печени (ХЗП), как вирусной, так и невирусной этиологии. Степень выраженности фиброза при хроническом заболевании печени отражает отдаленный прогноз и, следовательно, необходимость и срочность лечения. Фиброз печени имеет 5 степеней (стадий): F0, F1, F2, F3, F4 (цирроз). Для определения тяжести фиброза существуют различные методики: биопсия, анализ крови, при котором измеряются показатели биохимических маркеров формирования фиброза (ФиброТест, ФиброМакс). В настоящее время самым лучшим методом определения стадии фиброза печени считается эластометрия — прямое ультразвуковое определение плотности печеночной ткани на аппарате Фиброскан. Полученные в результате измерений плотности в нескольких точках (10–20) в килоПаскалях соответствуют степеням фиброза по шкале МЕТАВИР от F0 — здоровая печень, до F4 — цирроз [1–4].

Цель

Изучить частоту различных стадий фиброза печени по данным эластометрии и частоту сопутствующей патологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы по данным УЗИ у пациентов с различными стадиями фиброза и различного возраста у пациентов с вирусными поражениями печени.

Материал и методы исследования

На базе Гомельской областной инфекционной клинической больницы обследовано 189 пациентов с вирусными поражениями печени в возрасте от 19 до 78 лет (средний возраст $44,2 \pm 12,29$ лет). Ультразвуковая эластография печени проводилась при помощи аппарата Фиброскан с датчиком типа М (предназначенным для обследования взрослых) по стандартной методике: пациенту, находящемуся в положении лежа на спине, выполнялась серия измерений в различных участках, соответствующих VII–IX межреберьям от правой задней подмышечной до среднеключичной линии. Статистическая обработка результатов производилась при помощи программ «MS Excel 2007», «Statistica» 6.0 (StatSoft Inc.).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 189 пациентов чаще встречались F0 и F1 стадии фиброза — у 59 (31,2 %) и у 47 (24,9 %) человек соответственно, F2 стадия регистрировалась у 41 (21,7 %) человека, F3 — у 25 (13,2 %) человек, F4 — у 17 (9 %) человек.

При УЗИ у 28 пациентов из 189 (14,8 %) были выявлены такая сопутствующая патологии как: гемангиома, диффузные изменения поджелудочной железы, состояние после холицистэктомии, кисты печени, полипоз желчного пузыря. Наибольшая частота приходилась на диффузные изменения поджелудочной железы: с F2 — у 3 (12 %), с F3 — у 7 (28 %), с F4 — у 4 (23,5 %). В группах пациентов с различными стадиями фиброза частота выявления сопутствующей патологии статистически значимо не отличались.

Частота F0 и F1 стадий фиброза у пациентов в возрастной группе 20–40 лет (33,3 и 38,5 %) не отличалась от возрастной группы 41–60 лет (26,1 и 21,6 % соответственно, $\chi^2 = 1,3035$). Частота F0 и F1 стадий фиброза в возрастной группе 41–60 лет чаще встречалась, чем в возрастной группе после 60 лет (18,2 и 13,6 %, $\chi^2 = 5,2415$, $p < 0,05$). F2 стадия фиброза в возрастной группе от 41–60 лет (26,1 %) встречалась чаще, чем у пациентов после 60 лет (22,7 %, $\chi^2 = 3,3945$, $p < 0,05$). F3 и F4 стадия фиброза у пациентов в возрастной группе 20–40 лет встречалась реже (5,1 и 3,8 %, чем в возрастной группе 41–60 лет (18,2 и 10,2 %, $\chi^2 = 4,0251$, $p < 0,05$). F3 и F4 стадия фиброза у пациентов в возрастной группе от 41–60 лет обнаруживалась реже, чем в возрастной группе после 60 лет (22,7 и 22,7 %, $\chi^2 = 3,7698$, $p < 0,05$).

Выводы

Частота встречаемости F3–F4 стадии фиброза при вирусных поражениях печени увеличивается с возрастом. Частота сопутствующей патологии поджелудочной железы

и желчевыводящих путей по данным УЗИ у пациентов с различными стадиями фиброза не различалась, но отмечалась тенденция увеличения частоты при более продвинутых стадиях фиброза печени (F3–F4).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шерлок, Ш.* Заболевания печени и желчных путей: практ. руководство / Ш. Шерлок, Дж. Дули. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. — 864 с.
2. *Сторожаков, Г. И.* Патогенетические аспекты фиброгенеза при хронических заболеваниях печени / Г. И. Сторожаков, А. Н. Ивкова // *Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.* — 2009. — № 2–3. — С. 10.
3. Клиническое использование эластографии печени для диагностики выраженности фиброза у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени / С. В. Морозов // *Вестник РГМУ.* — 2010. — № 2. — С. 6–11.
4. *Мансуров, Х. Х.* Фиброз печени / Х. Х. Мансуров, Г. К. Мироджов, Н. И. Раджабова. — Душанбе, 2000. — 132 с.

УДК 616.831.9-002.155-002.1-036.22-08

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ ВЗРОСЛЫХ

Грабовец В. П.

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

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

Введение

Менингиты — воспаление оболочек головного и спинного мозга. Воспаление твердой мозговой оболочки обозначают термином «пахименингит», а воспаление мягкой и паутинной оболочек — «лептоменингит». Наиболее часто встречаются воспаление мягких мозговых оболочек [1], при этом используют термин «менингит». Его возбудителями могут быть различные патогенные микроорганизмы: вирусы, бактерии, простейшие, грибы. Наиболее часто встречаются менингококковый и вторичные гнойные менингиты, на третьем месте вирусный менингит [2, 3].

Наиболее часто встречающиеся симптомы менингита — головная боль, ригидность затылочных мышц одновременно с лихорадкой, изменённым состоянием сознания и чувствительностью к свету или звуку [4]. Иногда, особенно у детей, могут быть только неспецифические симптомы, такие как раздражительность и сонливость [5].

Точные показатели заболеваемости менингитом неизвестны несмотря на то, что во многих странах государственные органы здравоохранения должны быть уведомлены по каждому случаю. Исследования показали, что в западных странах бактериальный менингит встречается примерно у 3 человек на 100 тыс. жителей.

Цель

Изучить клинические особенности, этиологию серозных менингитов, своевременность обращения, расхождение диагнозов направившего учреждения и клинических диагнозов, а также время подъема заболеваемости серозными менингитами.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ 67 историй болезни пациентов с серозным менингитом. Статистический анализ проводился с использованием «Statistica» 10.0 и «Microsoft Excel». Результаты расчетов считали значимыми при уровне статистической значимости (p) менее 0,05.