

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИРОФИЛЯРИОЗА
В Г. ГОМЕЛЬ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Поддубный А. А.

**Научные руководители: к.б.н., доцент *Е. М. Бутенкова*;
д.м.н., доцент *В. М. Мицура***

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

Введение

Дирофиляриоз — единственный выявляемый на территории Беларуси трансмиссивный гельминтоз из группы филяриозов, вызываемый паразитированием нематод *Dirofilaria repens* и *Dirofilaria immitis*. Длина взрослой самки *D. repens* составляет 13–17 см, ширина — 1,2 мм. Самцы несколько меньше — их длина 5–7 см. Длина *D. immitis* составляет 25–30 см у самки и 18 см у самцов. Окончательными хозяевами дирофилярий являются плотоядные из семейства псовых, кошачьих и виверровых. Человек является факультативным хозяином этого гельминта. В организме человека, как правило, паразитируют единичные особи паразита, не размножаются. Переносчиками дирофилярий являются комары родов *Aedes*, *Culex*, *Anopheles*. Комары заражаются микрофиляриями, циркулирующими в крови больных дирофиляриозом животных (в синантропных очагах чаще — собак, реже — кошек). Развитие личинок в теле комаров происходит при температуре окружающей среды выше 14 °С. При оптимальной температуре (23–28 °С) личинки достигают инвазионной зрелости за 8–17 дней. Человек заражается дирофиляриозом при укусе таких комаров, чаще в летний период на природе. Но возможно заражение и в другое время от комаров, обитающих в теплых подвальных помещениях многоквартирных домов.

Дирофиляриоз — тканевой гельминтоз, проявляющийся у человека образованием подвижной опухоли под кожей на различных участках тела, а также под конъюнктивой глаза (при паразитировании *D. repens*), реже — поражением кровеносных сосудов легких и сердца (при паразитировании *D. immitis*). Установить диагноз только по клиническим признакам не всегда возможно. В связи с относительно редкой встречаемостью дирофиляриоза человека в странах с умеренным климатом у врачей отсутствует настороженность в отношении этой инвазии. Поэтому нередко изначально устанавливают ошибочные диагнозы фибромы, липомы, атеромы, кисты, опухоли, лимфаденита и др. В литературе имеются указания на разработку иммунологических [2] и молекулярно-генетических методов диагностики дирофиляриоза, используются методы лучевой диагностики, однако исключительное значение в диагностике имеет полное хирургическое извлечение гельминта с последующим его паразитологическим морфологическим исследованием.

Этот гельминтоз наиболее распространен в странах с жарким тропическим климатом. Однако в последние годы регистрируется рост числа случаев дирофиляриоза человека с местной передачей в странах с умеренным климатом — на территории России, Украины и Беларуси. Согласно официальным данным в последние годы наблюдается рост числа случаев дирофиляриоза человека в Республике Беларусь [3].

Цель

Изучить распространенность дирофиляриоза человека различной локализации и его динамику встречаемости в г. Гомель и Гомельской области за период с 2008 по 2016 гг.

Материал и методы исследования

В связи с тем, что больные дирофиляриозом наиболее часто первично обращаются к хирургам, офтальмологам, а также к врачам-инфекционистам, нами был проведен

ретроспективный анализ данных журналов консультативного приема и журнала учета послеоперационных биопсий наиболее крупных учреждений здравоохранения Гомельской области соответствующего профиля. Проанализированы данные о случаях дирофиляриоза человека, предоставленные Гомельским областным клиническим онкологическим диспансером (за 2011–2015 гг.), Гомельской областной инфекционной клинической больницей (за 2013–2015 гг.), офтальмологическим отделением Гомельской областной специализированной больницы (за период 2008–2015 гг.). Для статистической обработки результатов при сравнении частоты встречаемости дирофиляриоза в разных группах использовали метод χ^2 .

Результаты исследования и их обсуждение

За анализируемый период в указанных учреждениях здравоохранения Гомельской области было зарегистрировано 24 случая дирофиляриоза. Наиболее часто встречалась подкожная локализация паразита (13 случаев). Дирофиляриоз глаза регистрировался в 10 случаях. Легочная форма дирофиляриоза была зарегистрирована только в одном случае.

Заражение дирофиляриями женщин регистрировалось в 3,8 раз чаще, чем мужчин (19 и 5 случаев соответственно, $\chi^2 = 5,66$, $p = 0,17$), что согласуется с данными других авторов [1]. С учетом того, что наиболее часто регистрировалась подкожная локализация гельминта, такие различия, возможно, связаны с большей обращаемостью женщин за медицинской помощью из-за большего внимания к состоянию кожного покрова. Возраст инвазированных был самым разнообразным — от 17 до 87 лет.

Согласно предоставленным данным в 2008 г. зарегистрирован 1 случай дирофиляриоза глаза, в 2011 г. — 1 случай с подкожной локализацией гельминта. В 2012 г. зарегистрировано 5 случаев этого гельминтоза (4 — с поражением глаза и 1 — с поражением кожи живота), в 2013 г. — 3 случая (2 — с подкожной локализацией, 1 — глазная форма). В 2014 г. отмечается наибольшее количество случаев — 8 (6 — с подкожной локализацией, 1 — легочная форма, 1 — поражение глаза). В 2015 г. зарегистрировано 6 случаев дирофиляриоза человека (2 — с подкожной локализацией, 1 — с поражением брюшины малого таза, 3 — с поражением глаза). В последние 3 года в среднем регистрируется от 3 до 8 случаев дирофиляриоза в год. Среди больных были жители городов Гомель, Мозырь, Речица, Лоев, Житковичи, а также Гомельского, Рогачевского, Речицкого районов.

Существенных сезонных различий в обращаемости населения за медицинской помощью по дирофиляриозу не наблюдалось. При этом наиболее часто обращения отмечались в декабре и марте, что связано с широкими границами инкубационного периода — от одного месяца до нескольких лет.

Выводы

1. Дирофиляриоз человека распространен в Гомельской области, в последние годы регистрируется не менее чем 3–8 случаев этого гельминтоза в год.
2. Наиболее часто наблюдается подкожная локализация гельминта *Dirofilaria sp.*
3. Дирофиляриоз в 3,8 раза чаще регистрируется у женщин, чем у мужчин.

Заключение

Для увеличения настороженности врачей в отношении дирофиляриоза необходимо обсуждение вопросов этиологии, эпидемиологии, клиники, диагностики и лечения этого гельминтоза на семинарах с врачами-онкологами, офтальмологами, инфекционистами и другими специалистами, а также на занятиях со студентами медицинских вузов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дирофиляриоз человека в Ивановской области / В. В. Губернаторова [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. — 2012. — № 3. — С. 59–60.
2. Нагорный, С. А. Определение диагностической эффективности ИФА с антигеном *Dirofilaria repens* в диагностике дирофиляриоза человека / С. А. Нагорный, Е. Ю. Криворотова // Итоги и перспективы изучения проблем инфекционных и паразитарных болезней: сб. труд. конф. / ФБУН «Тюменский НИИ краевой инфекционной патологии». — Тюмень, 2015. — С. 248–251.
3. Дирофиляриоз человека / Г. Н. Чистенко [и др.] // Медицинский журнал. — 2013. — № 3. — С. 30–33.

УДК 616.831-005-07:615.214.31

**ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПО ДАННЫМ MMSE
У ЛИЦ С ПРЕХОДЯЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
ПРИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ ХОЛИНОМИМЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

Подольская Ю. И., Сидоренко Е. И., Левшенкова А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. В. Галиновская*

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

Введение

Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК) — одна из форм острого нарушения мозгового кровообращения с преобладанием очагового неврологического дефицита или общемозговой симптоматики длительностью не более суток без очевидных признаков инфаркта мозга по данным нейровизуализации [1]. В Республике Беларусь к ПНМК относят три клинические формы: транзиторную ишемическую атаку (ТИА), церебральный гипертонический криз (ЦГК) и транзиторную глобальную амнезию [2]. Для ТИА более характерны не выраженные очаговые проявления, тогда как ЦГК предполагает обязательное появление симптоматики на фоне высоких цифр артериального давления (выше 180/100 мм рт. ст.) и преобладание головной боли, головокружения, рвоты [1, 2]. Согласно международной классификации болезней 10 пересмотра ТИА и ЦГК относятся к рубрике «Пароксизмальные состояния» G 45; ЦГК шифруется как «Транзиторная атака не уточненная» [2]. Нарушение когнитивных функций у пациентов с ПНМК было продемонстрировано нами при проведении предыдущих исследований и носило нейродинамический характер [3]. Ввиду ранее доказанных нейропротективных свойств у препарата холиномиметического действия холина альфасцерата, у ряда пациентов он входил в комплекс медикаментозной терапии на госпитальном этапе.

Цель

Определить эффективность применения холина альфасцерата у пациентов с ПНМК путем экспресс-оценки когнитивного статуса с использованием краткой шкалы оценки когнитивной сферы MINI-MENTAL STATUS EXAMINATION (MMSE).

Материал и методы исследования

Было обследовано 20 пациентов с ПНМК, госпитализированных в urgentном порядке в I неврологического отделения У «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны»: 12 пациентов с ТИА (58 (50,1; 64,5) лет; 8 женщин/4 мужчины), 10 лиц с ЦГК (57,3 (52,1; 68) лет; 8 женщин/2 мужчин). У 6 пациентов в программу лечения согласно Протоколам диагностики и лечения Республики Беларусь входил препарат холина альфасцерат, курс лечения в среднем составил 10 суток.

Бланк шкалы MMSE, состоящий из 11 пунктов, заполнялся исследующим данными, полученными в результате непосредственной работы с пациентом. Статистический анализ данных проведен с помощью описательного пакета, непараметрических методов, программы «Statistica» 7.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного анализа был выявлен некоторый когнитивный дефицит у пациентов с ПНМК, который на первые сутки составил 27 (24–29) баллов, что было ниже, чем контрольные цифры. Различий между подгруппами ТИА (27 (23–29) баллов) и ЦГК (25 (24–29) баллов) на вторые сутки от начала заболевания нами выявлено не было ($p > 0,1$), в связи с чем в дальнейшем эти пациенты рассматривались совместно.

У лиц с проведением стандартной терапии на десятые сутки от начала заболевания наблюдался регресс когнитивных нарушений ($p = 0,02$) и балл MMSE составил (28 (27–29) баллов). Что касается лиц с применением холина альфасцерата, то в этой группе — положи-