

областной инфекционной клинической больнице. Девочек регистрировалось 19 (42,2 %) и мальчиков — 26 (57,8 %); возраст колеблется от 2 до 15 лет (средний — $4,9 \pm 0,035$). При сравнении изменений показателей общего анализа крови использовались методы непараметрической статистики: критерий χ^2 для сравнения частот в квадратах 2×2 . Статистической значимой считалась 95 % вероятность различий.

Результаты исследования и их обсуждение

По возрасту, пациенты разделены на 2 группы следующим образом: 1 группа пациенты в возрасте 2–5 лет — 31 (68,9 %) человек, 2 группа пациенты старше 6–15 лет — 14 (31,1 %) человек. Однако, по литературным данным, наибольшая пораженность скарлатиной наблюдается в возрасте 4–8 лет. 36 (80 %) пациентов были городскими жителями, 9 (20 %) — сельскими. Длительность пребывания в стационаре составляла от 1 до 15 дней в обеих группах.

При сравнении учитывались данные общего анализа крови (ОАК), полученных в начале стационарного лечения. В первой возрастной группе (от 2 до 5 лет) наблюдалось понижение гемоглобина ниже возрастной нормы у 9 (29 %), 5 девочек и 4 мальчиков) детей. Во 2-й группе (пациенты школьного возраста — от 6 лет и старше) имели понижение гемоглобина ниже возрастной нормы только у 6 (4,3 %), (2 девочки и 4 мальчика) пациентов, что статистически значимо реже, чем в первой группе ($\chi^2 = 0,569$, $p > 0,05$).

У 25 (80,6 %) (12 девочек и 13 мальчиков) детей первой группы регистрировался лейкоцитоз, а повышенное содержание лейкоцитов было у 8 (57,1 %) (3 девочки и 5 мальчиков) детей второй группы ($\chi^2 = 1,28$, $p > 0,05$).

В 1-й группе выявлено повышение СОЭ у 29 (93,5 %) (11 девочек и 18 мальчиков) детей. Во 2-й группе повышение СОЭ наблюдалось только у 7 (50 %) (3 девочки и 4 мальчика) детей ($\chi^2 = 2,978$, $p < 0,001$).

В обеих исследуемых группах среднее значение остальных показателей общего анализа крови находилось в допустимых границах физиологической нормы и не имело отличий.

Выводы

Среди госпитализированных пациентов со скарлатиной преобладали (68,9 %) дети дошкольного возраста (от 2 до 5 лет). В этой же группе детей чаще встречались анемия (29 %), лейкоцитоз (80,6 %) и повышение СОЭ (93,5 %, $p < 0,001$), чем у детей школьного возраста (старше 6 лет) — 4,3, 57,1 и 50 % соответственно. Выявленные изменения свидетельствует о большей тяжести скарлатины у детей дошкольного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брико, Н. И. Продукция эритрогенного токсина и эпидемический процесс респираторной стрептококковой инфекции / Н. И. Брико // Журнал микробиологии эпидемиологии и иммунологии. — 1995. — № 2. — С. 34–39.
2. Дергачев, В. С. Ангина. Клиника, диагностика и алгоритм лечебных мероприятий. Выбор местной антибактериальной терапии / В. С. Дергачев // Российский медицинский журнал. — 1998. — № 3. — С. 4–8.

УДК 616.995.122-07

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПИСТОРХОЗА

Сидора Т. И.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболеемость описторхозом в Гомельской области остается высокой без тенденции к снижению с 2007 г. и превышает республиканские показатели в 3,3–7,75 раза. Диагноз подтверждался обнаружением яиц описторхисов копроовоскопическим и серологическим методами [1]. В клиничко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений в большинстве используют малоэффективные методы копроовоскопии, которые не выявляют

инвазии низкой интенсивности [2]. В единичных случаях диагноз устанавливался по данным анамнеза и специфической клиники.

Цель

Оценка эффективности серологических и копроовоскопических методов диагностики описторхоза на базе Гомельской областной инфекционной клинической больницы.

Материал и методы исследования

Проведен анализ эффективности диагностических методов в постановке клинического диагноза у 15 стационарных пациентов (ф.003/у) с 2004 по 2015 гг. При статистическом анализе использовался пакет «Excel» 2010 с параметрическим анализом.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов с диагнозом «описторхоз» заболевших с острым течением заболевания было 8 (53,3 %) человек, хроническая форма — 7 (46,7 %) человек. Большинство пациентов выявлены при прохождении медицинских обследований для трудоустройства на предприятия общественного питания, остальные обратились за медицинской помощью самостоятельно. Женщин зарегистрировано 7 (46,7 %) и мужчин — 8 (53,3 %); возраст колебался от 12 до 59 лет (средний — $40,86 \pm 3,98$). Два пациента (13,3%) не обследовались с помощью серологического метода исследования, 1 (6,7 %) — копроовоскопическим методом.

При копроовоскопическом исследовании описторхоз подтвержден у 1 из 5 серопозитивных лиц, т. е. 20 % от всех серопозитивных лиц.

Отсутствие яиц описторхисов при наличии специфических антител частично можно объяснить давность заражения, небольшим количеством паразитов, недостаточной эффективностью копроовоскопического обследования. Нельзя забывать и о возможных ложноположительных реакциях у части обследованных. Ложноположительные результаты в иммуноферментном анализе с описторхозным антигеном связаны с наличием у описторхисов антигенных детерминант, общих с некоторыми другими гельминтами (эхинококк, фасциолы, дикроцелии и др.), другими микроорганизмами и собственными антигенами хозяина [3].

Среди пациентов с острым течением описторхоза (8 (53,3 %)) только у 1 (12,5 %) пациента при проведении метода иммуноферментного анализа были обнаружены специфические иммуноглобулины классов М и G; у 5 (62,5 %) пациентов были обнаружены яйца описторхисов копроовоскопическим методом; у 4 (50 %) пациентов в общем анализе крови выявлены признаки воспаления (лейкоциты более $12,4 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы более 14 %, СОЭ — более 10 мм/ч).

При серологическом обследовании сыворотки крови на 14-й день болезни антитела к антигенам описторхисов не обнаруживались и только на 33-й день болезни были выявлен антитела класса М в титре 1:200 и класса Gв титре 1:1600, что и подтверждает диагноз острый описторхоз [1]. Следовательно, малое количество серопозитивных пациентов по результатам данного исследования не является доказательством, что иммуноферментный анализ не информативен для ранней фазы описторхоза

Для пациентов с хроническим описторхозом (7 (46,7 %)) характерны были следующие отклонения от нормы данных лабораторной диагностики: 4 (57,14 %) серопозитивных пациента, среди них были обнаружены в кале яйца описторхисов у 1 пациента с умеренной эозинофилией в 6 %, у одного — обнаружены яйца описторхиса и признаки воспаления в общем анализе крови (СОЭ 28 мм/ч, эозинофилы 15 %); у всех пациентов определили увеличение СОЭ ($20,69 \pm 3,12$ мм/ч) и эозинофилию ($13,54 \pm 2,68$ %).

Выводы

При остром описторхозе целесообразно делать акцент на иммуноферментный анализ с дву-троекратным повторением. При хроническом описторхозе — необходимо проводить и копроовоскопические методы диагностики и иммуноферментный анализ сыворотки крови: из 7 пациентов у 4 (57,14 %) были обнаружены специфические иммуноглобулины классов М и G. На территории г. Гомеля и Гомельской области, как местности со средним и низким уровнем инвазированности населения описторхисами, целесообразно использовать комплекс методов, включающий дву-троекратное исследование сыворотки крови на наличие специфических иммуноглобулинов к антигенам описторхисов и исследование кала возможными для лаборатории лечебно-профилактического учреждения копроовоскопическими методами. Данные мероприятия позволят повысить качество диагностики описторхозной инвазии и, как следствие, ускорит выздоровление пациентов при назначении правильной этиологической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Красавцев, Е. Л. Клинико-эпидемиологическая характеристика описторхоза в Гомельской области / Е. Л. Красавцев, В. М. Мишура // Проблемы здоровья и экологии. — 2014. — № 4(42). — С. 72–75.
2. Гузеева, Т. М. Состояние заболеваемости паразитарными болезнями в Российской Федерации в условиях реорганизации службы / Т. М. Гузеева // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. — 2008. — № 1. — С. 3–11.
3. Серологические методы лабораторной диагностики паразитарных заболеваний. МУ 3.2.1173-02. — М.: Минздрав России, 2003.

УДК 616.983

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕПОЛОВЫХ ПУТЕЙ

Тихно С. В., Бернацкая В. В.

Научный руководитель: *Л. А. Порошина*

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

Введение

Хламидиоз — инфекционное заболевание, передающееся половым путем, вызываемое хламидиями (*Chlamydia trachomatis*), сопровождающееся стертой клинической симптоматикой, изначальной склонностью к хроническому течению, вызывающее в ряде случаев патологии течения беременности, снижение репродуктивной функции у мужчин и женщин [1]. Каждый год в мире хламидиозом выявляется около 90 млн случаев заболевания, а число инфицированных хламидиями людей на всем земном шаре по самым скромным подсчетам достигает 1 млрд. Частота встречаемости урогенитального хламидиоза составляет примерно 70 %. Если при этом учесть, что только по официальной статистике, например, в России регистрируется более 500 тыс. больных с хламидийной инфекцией, то следует признать, что эпидемиологическая обстановка по этим возбудителям группы инфекций, передающиеся половым путем (ИППП) крайне неблагоприятна [2]. Клинические проявления инфекции непосредственно после инкубационного периода развиваются лишь у 20–30 % пациентов. Но, даже в этих случаях, симптоматика часто носит стертый характер и не имеет, в отличие от свежей острой гонореи, своего «клинического лица». Поэтому, достаточно часто пациенты обращаются за помощью уже на стадии развития осложнений (простатиты, везикулиты и орхиты у мужчин, хронические воспалительные заболевания органов малого таза у женщин). Следует отметить, что примерно 30–40 % всех пациентов с хламидиозом, на момент обращения, уже имеют вышеуказанные осложнения, которые нередко диагностируются впервые. В связи с этим, особое значение приобретают латентные и асимптомные формы хламидиоза, со всеми вытекающими из этого проблемами — своевременной диагностикой, организацией обследования групп риска, разработкой и внедрением единых программ консультирования и т. д. [2]. Заражение происходит при половом контакте, редко — бытовым путем (З. А. Плиева, 2000; R. S. Morion, G. R. Kinghom, 1999). Основными методами диагностики являются полимеразная цепная реакция (ПЦР), реакция иммунофлюоресценции (РИФ) и иммуноферментный анализ (ИФА).

Цель

Изучить особенности клинических проявлений хламидийной инфекции мочеполового тракта (МПТ) у мужчин и женщин, находящихся на стационарном лечении в Гомельском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере (ГОККВД), а также сочетание с другими ИППП.

Материал и методы исследования

Материалами для исследования послужили истории болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении в ГОККВД, страдающим урогенитальным хламидиозом, проживающих в Гомеле и Гомельской области. Использовались истории болезни за период с сентября 2014 по октябрь 2015 гг. Возраст пациентов варьировался от 17 до 44 лет.