

низкая лекарственная резистентность микобактерий туберкулеза, выделенных у женщин и лиц, проживающих в сельской местности. Наблюдается снижение чувствительных штаммов туберкулеза к противотуберкулезным препаратам первого ряда, так отмечено повышение резистентности к основному методу лечения туберкулеза (в схему входят изониазид и рифампицин) с 47,6 до 49,9 % в комбинированном выборочном наблюдении пациентов за период с 2011 по 2013 гг. (рисунок 1, 2, 3).



Рисунок 1 — Резистентность к противотуберкулезным препаратам первого ряда в Гомельской области в 2011 г.



Рисунок 2 — Резистентность к противотуберкулезным препаратам первого ряда в Гомельской области в 2012 г.



Рисунок 3 — Резистентность к противотуберкулезным препаратам первого ряда в Гомельской области в 2013 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуревич, Г. Л. Клиническое руководство по лечению туберкулеза / Г. Л. Гуревич, Е. М. Скрягин, О. М. Калечиц // ГУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии и фтизиатрии» Министерства здравоохранения Республики Беларусь. — 2-е изд. — Минск: Белсэнс, 2011. — 125 с.
2. Sharma, S. K. Progress of DOTS in global tuberculosis control / S. K. Sharma, J. J. Liu // Lancet. — 2006. — Vol. 367. — P. 950–952.

УДК 616.988.55-06:616.36]:577+616.15

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Дорошко Е. Ю., Москаленко А. О.

Научный руководитель: заведующий кафедрой инфекционных болезней *Е. Л. Красавцев*

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

Введение

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) — полиэтиологичное заболевание, вызываемое вирусами семейства герпетических (Эпштейн-Барр-вирус, цитомегаловирус, вирус про-

стого герпеса I типа, герпесвирус человека VI типа). Известно, что наибольшее значение в этиопатогенезе заболевания имеют Эпштейн-Барр-вирус и цитомегаловирус. Актуальность проблемы инфекционного мононуклеоза обусловлена широкой циркуляцией этих возбудителей среди населения, 80–90 % которого инфицированы [1].

Повреждения печени при поражении печени при различных вирусных заболеваниях обусловлены с одной стороны прямым цитотоксическим действием вируса, с другой — реакцией образования токсичных иммунных комплексов. Влияние того или иного компонента повреждения печеночной ткани может колебаться в зависимости от стадии и этапа болезни. При инфекционном мононуклеозе на фоне активного иммунного ответа организма лимфоцитами будут атаковаться поврежденные клетки печени [3].

Цель

Выявить и изучить гематологические и биохимические особенности инфекционного мононуклеоза с поражением печени.

Материалы и методы исследования

Нами изучались гематологические и биохимические особенности у 56 пациентов с инфекционным мононуклеозом. Верификация заболевания осуществлялась в соответствии с клиническими (лихорадка, ангина, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия) и гематологическими (лейкоцитоз, появление атипичных моноклеаров) проявлениями заболеваниями. Для оценки клинико-гематологических особенностей выделена основная группа (22 (39,3 %) пациента), в состав которой вошли пациенты без поражения печени (с нормальной активностью АЛТ и нормальными показателями билирубина) и без ангины с налетами и две группы сравнения: пациенты с инфекционным мононуклеозом и поражением печени (8 (14,3 %) пациентов, 1 группа); пациенты с инфекционным мононуклеозом и без поражения печени и ангиной с налетами (26 (46,4 %) пациентов, 2 группа). Результаты обработаны статистически с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica 7.0». Оценка нормальности распределения количественных показателей проводилась с использованием критерия Шапиро–Уилка. Анализ различий в двух независимых группах по количественным показателям проводили с использованием критерия Манна–Уитни. Параметры описательной статистики в таблице приведены в виде медианы и квартилей — Me (Q1; Q3). Нулевую гипотезу отклоняли при уровне статистической значимости $p < 0,05$ [2].

Результаты и их обсуждение

Гематологические и некоторые биохимические параметры в группах сравнения представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Гематологические и биохимические показатели у пациентов с инфекционным мононуклеозом в группах сравнения

| Показатель | Основная группа Me (Q1, Q3) (n = 22) | 1 группа Me (Q1, Q3) (n = 8) | Достоверность различий p | 2 группа Me (Q1, Q3) (n = 26) | Достоверность различий p |
|------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Лейкоциты, 10 в ⁹ /л | 12,65 (11,2; 16,1) | 17,95 (12,55; 20,9) | p > 0,05 | 14,95 (11,3; 18,3) | p > 0,05 |
| Моноциты, % | 7,2 (6,5; 9,3) | 9,45 (7,3; 9,65) | p > 0,05 | 7,45 (5; 9,1) | p > 0,05 |
| Лимфоциты, % | 70,9 (64,8; 76,2) | 62,05 (55,05; 66,5) | p < 0,05 | 65,05 (60,6; 76,5) | p > 0,05 |
| СОЭ, мм/ч | 26 (18; 35) | 20 (8,5; 31) | p > 0,05 | 24 (16; 31) | p > 0,05 |
| АлАТ, ед/л | 43,8 (35,5; 73,3) | 101,25 (62,75; 139,55) | p < 0,05 | 40,25 (26; 60,1) | p > 0,05 |
| АсАТ, ед/л | 52,75 (45; 66,3) | 82,95 (45; 117,05) | p > 0,05 | 55,35 (42,6; 78,1) | p > 0,05 |
| Тимоловая проба, ед | 7,35 (5,9; 10,5) | 6,2 (4,95; 9,25) | p > 0,05 | 8,25 (5,8; 11,7) | p > 0,05 |

Количество лимфоцитов в основной группе было выше, чем в группе сравнения 1, а большая активность АлАТ регистрировалась в группе сравнения 1.

Заключение

Статистически значимое ($p < 0,05$) меньшее относительное число лимфоцитов и более высокие значения АлАТ регистрировались у пациентов при инфекционном мононуклеозе с поражением печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лесина, О. Н. Катамнез часто болеющих пациентов, перенесших инфекционный мононуклеоз и эффективность иммунореабилитации / О. Н. Лесина, Д. Ю. Курмаева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. — 2010. — С. 63–68.
2. Чубуков, Ж. А. Непараметрические методы и критерии медико-биологической статистики: учеб.-метод. пособие для студентов 3 курса всех факультетов медицинских вузов / Ж. А. Чубуков, Т. С. Угольник. — Гомель: ГомГМУ, 2012. — 16 с.
3. Вирусные гепатиты. Клиника, диагностика, лечение / Ю. В. Лобзин [и др.]. — Санкт-Петербург, 2006. — 192 с.

УДК 616.33-002.44-036-053.2

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Дроздова Е. А., Поляченкова А. С.

Научные руководители: к.м.н., доцент А. А. Козловский, ассистент С. К. Лозовик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Важнейшей задачей здравоохранения на современном этапе является разработка и осуществление комплексных научно обоснованных программ, направленных на оптимизацию оказания помощи детям с различными хроническими заболеваниями, среди которых патология органов пищеварения считается наиболее распространенной и прогрессирующей [1, 2].

В настоящее время хроническая патология желудочно-кишечного тракта у детей является актуальной проблемой здравоохранения, в высокой степени определяющей уровень заболеваемости, приводящей к ухудшению качества жизни ребенка, инвалидности и огромным экономическим потерям [3].

Цель

Изучение клинических и эндоскопических особенностей течения язвенной болезни и эрозивного гастродуоденита у детей и подростков в современных условиях.

Материалы и методы исследования

Исследование было ретроспективным. Проанализированы истории болезни детей, находившихся на лечении в педиатрическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы с января 2012 г. по август 2013 г. с диагнозом язвенная болезнь и хронический эрозивный гастродуоденит. Статистическая обработка осуществлялась с использованием компьютерных программ «Microsoft Excel 2007» и «Statistica 7.0».

Результаты исследования

В исследование включено 67 пациентов (9–16 лет): 34 (50,7 %) ребенка страдали язвенной болезнью, 33 (49,3 %) — хроническим гастродуоденитом. Мальчиков было 38 (56,7 %), девочек — 29 (43,3 %). Преобладание мальчиков было статистически достоверно ($p < 0,001$), что согласуется с данными литературы [3].

Язвенная болезнь и хронический эрозивный гастродуоденит чаще встречались у детей, проживающих в городе — 51 (76,1 %), чем в сельской местности — 16 (23,9 %) ($p < 0,001$).