

УДК 616.983+616.992.282]-053.2-036.1

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Бердник С. Г., Мозиль Т. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Л. В. Кривицкая*

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

Введение

В последние годы отмечается возрастание этиологической значимости хламидийно-микоплазменной инфекции в респираторной патологии у детей различного возраста. Распространенность хламидийной и микоплазменной инфекции у детей с бронхолегочной патологией варьирует от 6,2 до 50 %. В настоящее время хламидийная и микоплазменная инфекции занимают второе и третье место в спектре возбудителей пневмоний после пневмококка [1, 2, 3].

Цель

Изучить клинические особенности течения хламидийной и микоплазменной инфекции у детей.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 30 медицинских карт стационарного больного детей с респираторным хламидиозом и микоплазмозом, которые находились на лечении в инфекционном отделении № 1 и № 2 Гомельской областной детской клинической больницы в 2013 г. Диагноз хламидийной и микоплазменной инфекций был подтвержден иммуноферментным анализом (ИФА). Лабораторным критерием служило выявление специфических IgM и (или) IgG в сыворотке крови больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенный нами анализ свидетельствует о преобладании микоплазменной инфекции в исследуемой группе. Так, респираторный микоплазмоз был выявлен у 17 (58,6 %) детей, респираторный хламидиоз — у 8 (24,1 %), у 5 (17,3 %) детей была выявлена сочетанная хламидийно-микоплазменная инфекция. В клинической картине всех форм хламидийной и микоплазменной инфекции (100 % случаев) превалировал катаральный синдром в виде мучительного приступообразного малопродуктивного кашля.

У 24 (80,8 %) детей отмечался интоксикационный синдром, преимущественно, у детей раннего возраста. Фебрильная лихорадка при атипичной инфекции была выявлена у 16 (53,3 %) детей, причем у 10 пациентов отмечались повышение температуры тела выше 39 °С. У 20 (66,0 %) пациентов лихорадка сохранялась в течение 3–4 дней с последующим длительным субфебрилитетом.

В исследуемой группе пациентов с микоплазменной инфекцией у 10 детей отмечалась клиника бронхита: у 7 детей — острый обструктивный бронхит, у 3 — острый (простой) бронхит. У 4 пациентов была заподозрена и R-логически подтверждена пневмония. У 3-х детей отмечались явления стенозирующего ларинготрахеита с явлениями стеноза гортани I–II ст.

В исследуемой группе пациентов у 8 детей был выявлен респираторный хламидиоз. Все случаи заболевания были вызваны *Chl. pneumoniae*.

Хламидийная инфекция была диагностирована лишь у 2 детей раннего возраста, чаще заболевание развивалось у детей дошкольного и школьного возраста (6 случаев). Респираторный хламидиоз в данной группе детей был представлен следующими клиническими вариантами: у 3 детей был выявлен острый обструктивный бронхит, у 3 — пневмония, у 1 ребенка диагностирован острый трахеит, у 1 — острый стенозирующий ларинготрахеит.

Клиника крупа (ОСЛ) характеризовалась затяжным течением инспираторного стридора, длительным сохранением приступообразного кашля, наличием подчелюстного лимфаденита.

При остром обструктивном бронхите хламидийной этиологии отмечалось длительное сохранение бронхиальной обструкции, навязчивого приступообразного кашля (по типу «стоккато»), а также наличие эозинофилии в анализе периферической крови.

Интоксикационный синдром был выявлен у половины пациентов. У 5 детей был отмечен длительный субфебрилитет. У 5 пациентов были выявлены симптомы ДН I-II; одышка носила экспираторный и смешанный характер и достигала 60–68 дых./мин. У 3 детей отмечался шейный лимфаденит, у 2 — аденоидит.

Выводы

Таким образом, знание клиники хламидийно-микоплазменной инфекции позволит своевременно провести комплекс лабораторных исследований с целью верификации диагноза, назначения специфического этиотропного лечения для предупреждения формирования хронической бронхолегочной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Василевский, И. В.* Современные подходы к лечению хламидийно-микоплазменной инфекции у детей / И. В. Василевский // *Медицинские новости*. — 2008. — № 2. — С. 10–16.
2. *Коровина, Н. А.* Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников. — М., 2005. — 52 с.
3. *Таточенко, В. К.* Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Таточенко. — М., 2006. — 250 с.

УДК 577.127.4:664.642:[542.61+546.215+615.831.44]

ИЗУЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ СУСПЕНЗИИ ХЛЕБНЫХ ДРОЖЖЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА НИХ ДИМЕТИЛСУЛЬФОКСИДА, ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА И УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ КВАРЦЕВОЙ ЛАМПОЙ

Бесан М. А., Кононов Е. А., Гербоносенко А. М., Матвеевко А. А., Легеза Н. В.

Научный руководитель: к.б.н., доцент А. Н. Коваль

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хлебные дрожжи *Saccharomyces cerevisiae* являются удобным объектом научных исследований, предлагаемым на роль тест-систем влияния различных факторов на живые системы [1]. Одним из таких факторов может быть окислительный стресс (ОС), вызываемый свободными радикалами (СР). Антиоксидантная система (АОС) противостоит повреждающему эффекту СР, необходима для стабилизации перекисного окисления липидов (ПОЛ) в условиях повышенного образования СР. При воздействии ультрафиолетового облучения (УФО) СР и ОС могут являться причиной возникновения или усугубления имеющейся патологии. Согласно литературным данным [2Kwak] применение ДМСО и перекиси водорода вызывает снижение антиоксидантной функции метионинсульфоксидредуктазы А дрожжей, усиливая повреждение клеток перекисью водорода и приводящее к клеточной гибели.

Цель

Изучить антиоксидантные свойства суспензии хлебных дрожжей после воздействия ДМСО, перекиси водорода и УФО от кварцевой лампы.

Материалы и методы исследования