

3. Более чем у половины госпитализированных пациентов имела место лимфопения.

4. В мокроте пациентов отделений пульмонологии чаще были обнаружены *Staphylococcus aureus*, НГОб и *Candida spp.*

5. Состав вторичной флоры мокроты пациентов ОАРИТ представлен *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* и НГОб.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Уровень заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, в отделениях высокого эпидемиологического риска инфицирования / Ю. А. Головерова [и др.] // Инфекционные болезни. 2019. № 17(3). С. 69–73.

2. Орлова, О. А. Организация эпидемиологической диагностики вентилятор-ассоциированных инфекций дыхательных путей / О. А. Орлова, В. Г. Акимкин // Медицинский алфавит. 2017. № 3(30). С. 15–19.

3. Характеристика бактериальной микрофлоры, выделенной из проб мокроты больных пневмонией в Хабаровске и Хабаровском крае в начальный период пандемии COVID-19 (май-июнь 2020 г.) / А. П. Бондаренко [и др.] // Проблемы особо опасных инфекций. 2020. № (3). С. 43–49. <https://doi.org/10.21055/0370-1069-2020-3-43-49>.

УДК 616.928.8:578.833.2]:616.61-053.2

### ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

*Потайчук Ю. В., Беляева Т. В.*

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

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

#### **Введение**

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — это природно-очаговое вирусное заболевание, клинически проявляющееся интоксикацией, лихорадкой, явлениями геморрагического диатеза, поражением почек воспалительного характера и нарушением их функций [1].

В Беларуси первое описание единичных случаев ГЛПС было представлено научному сообществу в 1957 г., а в 1969 г. на территории ряда районов Республики была зарегистрирована вспышка хантавирусной инфекции, которая охватила 60 человек [2].

По данным специалистов количество зарегистрированных случаев инфекции в последние десятилетия колеблется от 2 до 150, что позволяет отнести ГЛПС к числу важных природно-очаговых болезней для населения Беларуси [3].

#### **Цель**

Провести сравнительный анализ клинико-лабораторных данных у детей с диагнозом ГЛПС.

#### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ историй болезней двух детей, возрастом 6 лет и 14 лет с диагнозом ГЛПС, находившихся на стационарном лечении в учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница». Материалом исследования были клинико-лабораторные данные пациентов.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Клинический случай, пациент И. Мальчик И., 14 лет, переведен в Гомельскую областную детскую клиническую больницу (У «ГОДКБ») из районной больницы на 11-й день болезни. Поступил с жалобами на температуру 39,5 °С, рвоту до 7-ми раз в сутки, боли в животе при надавливании.

Заболел 29 ноября: подъем температуры до 37,9 °С. С 1-го по 4-й день болезни принимал аугментин, не лихорадил. На 5-й день болезни наблюдался

подъем температуры до 39,5 °С. На 6-й день болезни начал принимать азитромицин, жаропонижающие 2 раза в сутки. На 7-й день болезни стали беспокоить тошнота и боль в эпигастрии, на 8-й день — периодически неоднократная рвота. 7 декабря (9-й день болезни), мать обратилась к участковому педиатру, далее ребенок был направлен на стационарное лечение в УЗ «Калинковичская ЦРБ». Выставлен предварительный диагноз: Острый гастрит, предположительно инфекционной этиологии. Нефротический синдром. При поступлении в У «ГОДКБ» отделение анестезиологии и реанимации, состояние ребенка — нестабильное, тяжелое, обусловлено интоксикацией, дегидратацией. Имеется запах от ребенка, похожий на севоран. На момент осмотра сознание ясное. Кожные покровы теплые розовые, тургор снижен, язык и полость рта сухие. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС — 98 в мин. Со стороны системы органов пищеварения имеется частая рвота; живот умеренно болезненный в подреберье справа, симптомы раздражения брюшины положительные. При исследовании биоматериала сыворотки крови от 10.12 (12-й день болезни), были выявлены антитела к вирусу ГЛПС методом непрямого метода флюоресцирующих антител (НМФА) в титре 1/1024; реакция микроагглюцинации со штаммами лептоспир положительная в титре 1/100 со штаммом L. Moskva (таблица 1).

Таблица 1 — Динамика биохимических показателей пациента И.

Показатели	09.12 (11-й день болезни)	10.12 (12-й день болезни)	11.12 (13-й день болезни)
Мочевина, ммоль/л	13,53	15,1	10,3
Креатинин, мкмоль/л	396,6	525,8	159,3
К, ммоль/л	4,64	4,77	4,36
Na, ммоль/л	141,2	140,5	144,4
Cl, ммоль/л	114,1	108,1	111,2
СРБ, мг/мл	7,8	6,9	5,5
ЛДГ, мкмоль/л	666	646	—
Общий билирубин, мкмоль/л	12,3	14	8,2
АсАТ, ЕД/л	35,3	26,7	—
АлАТ, ЕД/л	45,4	41,7	—
Амилаза, ЕД/л	29	—	40

Биохимические показатели мочевины и креатинина с течением болезни сначала увеличиваются к 12 дню болезни, затем снижаются, что может указывать на улучшение состояния больного, т.к. одновременно начинает увеличиваться суточный диурез: 09.12 — 1500 мл, 10.12 — 1500 мл, 11.12 — 3530 мл. Также постепенно снижаются уровни СРБ, ЛДГ, АсАТ, АлАТ.

По данным УЗИ органов брюшной полости от 10.12 (12-й день болезни) было сделано заключение: гепатоспленомегалия, незначительные диффузные изменения паренхимы обеих почек, гидроперитонеум.

На основании клинических и лабораторных данных пациенту был выставлен диагноз ГЛПС, средней степени тяжести, осложнение — острое пре- и ренальное почечное повреждение в стадии «повреждение» (по RIFLE. 2004). Пациент был выписан с улучшением.

В другом случае мальчик Р., 6 лет, переведен в У «ГОДКБ» из районной больницы на 5 день болезни. Поступил с жалобами на температуру 39 °С, боли в животе, жидкий стул до 2-х раз в сутки.

Заболел 13 ноября. В период с 13 по 15 ноября (1–3 день болезни) отмечался подъем температуры до 39 °С. С 3-го дня болезни получал амокслав. На 4-й день болезни пациент был вял, температура тела снизилась до 38,2 °С, усилились боли в области пупка, отмечалась гепатоспленомегалия, мезаденит, прибавилась рвота съеденной пищей. На основании жалоб и лабораторных данных от 16.10 ОАК: ге-

моглобин 113 г/л, тромбоциты  $100 \times 10^9$ /л, п/яд 15 %. ОАМ от 16.10: белок 0,15 г/л — 17.10 (на 4-й день болезни) был переведен в детское хирургическое отделение ГОДКБ с подозрением на аппендицит. В течение суток наблюдался детским хирургом совместно с реаниматологом. 18.10 (на 5-й день болезни) была произведена диагностическая лапароскопия и дренирование брюшной полости. Из операционной переведен в отделение анестезиологии и реанимации, где находился до 24.10. На 6-й день болезни было проведено УЗИ органов брюшной полости с заключением реактивного состояния печени, гепатоспленомегалии, диффузных изменений селезенки. 21.10 (на 8-й день болезни) был взят биоматериал сыворотки крови на наличие антител к вирусу ГЛПС методом НМФА — отрицательный. По улучшению состояния 27.10 (на 14-й день болезни) переведен в отделение педиатрии. При поступлении в У «ГОДКБ» состояние ребенка — средней тяжести, обусловленное подозрением на острый аппендицит. При осмотре кожа и слизистые в норме, отеков нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС — 96 в минуту. АД — 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, безболезненный во всех отделах. Расстройств дефекации и мочеиспускания не выявлялось. На основании жалоб и клинической картины, консилиумом был выставлен диагноз: «ГЛПС» (таблица 2).

Таблица 2 — Динамика биохимических показателей пациента Р.

Показатели	17.10 (5-й день болезни)	19.10 (7-й день болезни)	23.10 (11-й день болезни)
Мочевина, ммоль/л	8,41	6,28	8,64
Креатинин, мкмоль/л	49,9	50,4	21,9
К, ммоль/л	4,42	3,96	4,0
Na, ммоль/л	136,5	142,4	141,9
Cl, ммоль/л	107,9	115,6	111,8
СРБ, мг/мл	89,7	102,5	11,8
ЛДГ, мкмоль/л	—	498,0	—
Общий билирубин, мкмоль/л	9,5	8,0	9,5
АсАТ, ЕД/л	43,2	28,4	26,0
АлАТ, ЕД/л	73,2	40,6	24,6
Общий белок, ммоль/л	42,9	40,4	66,4

Показатели СРБ, ЛДГ резко повышены, что свидетельствует об острой фазе воспалительного процесса. Уровни печеночных трансаминаз, мочевины превышают норму, в то время, как показатель креатинина снижен. Суточный диурез: 18.10 — 320 мл, 19.10 — 1650 мл, 23.10 — 1080 мл.

По данным УЗИ органов брюшной полости от 19.10 (7-й день болезни) было сделано заключение: реактивное состояние печени, гепатоспленомегалия, диффузные изменения селезенки, незначительное количество свободной жидкости, отек стенки желчного пузыря. По данным УЗИ почек и мочевого пузыря от 19.10 (7-й день болезни) было сделано заключение: увеличение размеров обеих почек. 26.10 (14-й день болезни) был проведен УЗИ-контроль органов брюшной полости и почек с заключением гепатоспленомегалии, гидронефроза.

На основании клинических и лабораторных данных пациенту был выставлен диагноз ГЛПС, тяжелая форма; осложненная синдромом системного воспалительного ответа. После коррекции водно-электролитных, реологических показателей и кислотно-основного состояния, пациент был переведен в педиатрическое отделение.

#### **Выводы**

Таким образом, проанализировав истории болезней двух детей с диагнозом ГЛПС, можно сделать вывод о сложности диагностирования данной патологии в связи с отсутствием патогномичных для данного заболевания симптомов,

встречающихся при других тяжелых заболеваниях как инфекционной, так и неинфекционной природы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Оценка эпидемиологической ситуации по геморрагической лихорадке с почечным синдромом в мире и России, прогноз на 2020 г. / Т. А. Савицкая [и др.] // Проблемы особо опасных инфекций. 2020. № 2. С. 62–70.
2. Цвирко, Л. С. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в Белорусском Полесье / Л. С. Цвирко, А. М. Козлов // Вестник Полесского государственного университета. Серия природоведения. 2012. № 2. С. 3–9.
3. Дороженкова, Т. Е. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом и ее эпидемиологическая характеристика в Республике Беларусь и г. Минске / Т. Е. Дороженкова // MEDICUS. 2020. № 3 (33). С. 71–75.

УДК 616.24-002.17

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 С НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

*Скибицкая Д. Д., Старченко П. В.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Т. В. Лиопо*

Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Республика Беларусь

#### **Введение**

Избыточная масса тела и ожирение — результат формирования аномальных или чрезмерных жировых отложений, которые могут наносить вред здоровью. Ожирение является фактором риска развития тяжелых неинфекционных и инфекционных заболеваний. Повышение ИМТ у больных с ожирением ассоциировано с формированием хронического системного воспаления и дисбалансом в иммунной системе [1, 2]. Освещению клинических проявлений COVID-19 в каждую волну посвящено много публикаций, в которых представлены общеклинические данные (симптомы, течение, осложнения и результаты лечения) [3]. В четвертую волну пандемии COVID-19 преобладает штамм Омикрон.

#### **Цель**

Изучить общую характеристику пациентов и представить сравнительные клинико-лабораторные проявления COVID-19 у пациентов, перенесших болезнь в период четвертой волны, госпитализированных в инфекционный стационар с сопутствующей избыточной массой тела. Оценить влияние избыточной массы тела на течение инфекционного процесса.

#### **Материал и методы исследования**

Материалом для исследования служили 157 медицинских карт пациентов учреждения здравоохранения «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» в период четвертой волны пандемии COVID-19. Метод исследования — статистический ретроспективный анализ.

Проведена клинико-лабораторная оценка COVID-19 у пациентов в острую фазу инфекции в разных возрастных группах. В четвертую волну пандемии, вызванную штаммом Омикрон, распределение 157 пациентов было следующим: 1-я группа — 26–60 лет (91/57,96 %), 2-я — старше 61 года (66/42,04 %). В обеих группах преобладали женщины (54,9 и 59,7 % соответственно). С легкой степенью тяжести было 5 (3,2 %) пациентов, среднетяжелой — 115 (73,2 %), тяжелая составила 37 (23,6 %). Материалы обработаны с использованием статистического пакета компьютерной программы «Microsoft Excel».

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Средняя продолжительность лечения в стационаре для пациентов в возрастной группе 26–60 лет с нормальной и избыточной массой тела составили