

Это говорит о том, что в настоящее время преобладает зоонозный тип микроспории волосистой части головы и кожи.

Средняя длительность лечения составила 24 дня, в т. ч. у мальчиков – 23 дня, у девочек – 25 дней. Для лечения использовали Тербинафин и Гризеофульвин. Кроме этого местные средства: 2% настойка йода, противогрибковые мази. Двадцати пациентам накладывалась отслойка по Ариевичу № 1–3.

Выводы

Исследование микозов головы среди пациентов в городе Гомеле с 28.03.2023 по 28.09.2023 г., позволило выявить высокую распространенность микоза волосистой части головы. Микроспория волосистой части головы регистрировалась исключительно у детей, у всех их этиологическим агентом являлся *Microsporum canis*. Более, чем у половины пациентов микроспория волосистой части головы сочеталась с поражением гладкой кожи. Важно проводить профилактические мероприятия, раннюю диагностику и правильное лечение для предотвращения осложнений и распространения грибковых инфекций. Клинико-лабораторная характеристика пациентов с микозами головы обеспечивает базу для разработки эффективных стратегий лечения и профилактики таких инфекций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медведева, Т. В. Микозы волосистой части головы: прошлое и настоящее / Т. В. Медведева, Л. М. Леина // Микология. – 2022. – № 3. – С. 57–64.
2. Ерзина, Е. И. Современные особенности эпидемиологии микроспории и трихофитии у детей / Е. И. Ерзина, О. Н. Позднякова // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2012. – № 1. – С. 152–159.
3. Антонова, С. Б. Заболеваемость микроспорией: эпидемиологические аспекты, современные особенности течения / С. Б. Антонова, М. А. Уфимцева // Педиатрия. – 2017. – № 2 (95). – С. 142–145.
4. Тихоновская, И. В. Микозы волосистой части головы у детей: этиология, клинические проявления, диагностика, лечение / И. В. Тихоновская // Вестник ВГМУ. – 2009. – № 4 (7). – С. 1–7.
5. Сохар, С. А. Микроспория: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение: учеб.-метод. пособие / С. А. Сохар. – Гомель: ГомГМУ, 2009. – 32 с.

УДК 616.98:578.825.13]-08-053.3

К. И. Довгая, А. В. Оношко

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Л.Тумаши

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МОНОНУКЛЕОЗА, ВЫЗВАННОГО ВЭБ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Введение

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – вирусное заболевание, имеющее полиэтиологическую природу, критериями диагностики которого являются лихорадка, тонзиллофарингит, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, появление в крови атипичных мононуклеаров [1].

По данным зарубежных и отечественных исследований, ИМ вне этиологического и фазового аспекта имеет 2 возрастных пика, которые приходятся на возраст до 7 лет (ранний и дошкольный) и подростковый возраст, не случайно ИМ называют «болезнью, поражающей молодых взрослых» [1].

Клиника ИМ, вызванного вирусом Эпштейна – Барр (ВЭБ), отличается у детей раннего и старшего возраста: у детей раннего возраста начинается с насморка и кашля,

тогда как у старшего с увеличения лимфатических узлов и ангины. У детей раннего возраста более выражены лимфостаз, высыпания на коже, повышения температуры в первые 3–4 дня от начала заболевания, увеличение сразу нескольких групп периферических лимфатических узлов [2].

Диагностика ИМ у детей раннего возраста (1–3 года) представляет определенные трудности, поскольку в норме у детей этого возраста может отмечаться некоторое увеличение печени и селезенки, помимо этого, у них значительно развита лимфаденоидная ткань носоглотки, которая быстро реагирует на различные заболевания. В периферической крови преобладают лимфоциты над нейтрофилами, при заболеваниях характерен нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, высокая скорость оседания эритроцитов, тенденция к тромбоцитозу. И так как дети раннего возраста часто болеют острыми респираторными вирусными заболеваниями, которые по своей клинической и гематологической картине напоминают ИМ это осложняет диагностику [3].

В соответствии с этим, ИМ у детей раннего возраста представляет собой актуальную проблему, касающуюся вопросов дифференциальной диагностики, тактики ведения и подходов к лечению [2].

Цель

Изучить особенности течения инфекционного мононуклеоза, вызванного ВЭБ-инфекцией у детей раннего возраста, проживающих в Гомельской области.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 60 «Медицинских карт стационарного пациента» (форма № 003/у-07) в возрасте от 0 до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в Учреждение «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в 2018–2022 гг. Все дети были разделены по возрасту на группы: до 1 года – 5, 1–2 года – 15 и 2–3 года – 40 человек.

Диагноз «Инфекционного мононуклеоза» верифицировали методами ПЦР – ДНК ВЭБ и ИФА (ВЭБ VCA – IgM, ВЭБ EA – IgG, ВЭБ VCA – IgG). Статистическая обработка полученных в ходе исследования данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 12.0. Уровень значимости при проверке статистических гипотез составлял менее 0.05.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемую группу составили 60 человек: 40 (66,7%) мальчиков и 20 (33,3%) девочек, в возрасте до 1 года включительно 5 (8,3%) детей, 1–2 года – 15 (25,0%) детей, 2–3 года – 40 (66,7%) детей. Наибольшее количество случаев госпитализации (55,0%) приходилось на зимне-весенний период.

Длительность амбулаторного этапа, от момента заболевания до поступления в стационар, составила 5,0 (4,0; 6,0) дней. Дети до 1 года были госпитализированы на 4,0 (3,0; 5,0) день, дети 1–2 года – 6,0 (5,0; 7,0) день, в 2–3 года – 5,0 (4,0; 6,0) день.

При поступлении в приемный покой у 48 (79,8%) детей был выставлен диагноз «Острый тонзиллит», у 7 детей (11,7%) «Острая респираторная инфекция», у 1 (1,7%) «Острый аденоидит», у 1 (1,7%) «Фаринготрахеит», у 2 (3,4%) «Острый трахеобронхит».

Клинические проявления ИМ характеризовались интоксикационным, катаральным, гепатолиенальным синдромами, лимфаденопатией и сыпью. У всех детей отмечалось острое начало заболевания с подъемом температуры до 38,5–39,5 °С и появлением симптомов интоксикации (нарушение сна, отказ от еды, вялость или беспокойство). Длительность лихорадочного периода составила 6,0 (5,0–7,0) дней, самая высокая температура 39,5 °С тела была зарегистрирована у мальчика 3 лет. Помимо симптомов интоксикации, у детей выявлялись – нарушение носового дыхания – 55 (91,66%) детей, кашель – 50 (83,33%) де-

тей и лимфаденопатия – 56 (93,3%) детей. Катаральный синдром регистрировался у детей до 1 года в 8,3% случаев, в 1–2 года – 16,67%, в 2–3 года – 58,3% случаев ($p < 0,05$).

Увеличение небных миндалин отмечалось у 91,67% детей из них: у 33 (55,0%) детей – 2 степень, у 20 (33,3%) человек – 3 степень, у 2 (3,3%) – 4 степень, так же на миндалинах при осмотре был выявлен налет в 71,7% случаях, при этом в виде гнойных фолликул у 14 (23,3%) детей, в виде островков у 29 (48,3%).

Лимфаденопатия регистрировалась у 56 (93,3%) детей: до 1 года у 5 (100,0%), 1–2 года – 15 (100,0%), 2–3 года – 36 (90,0%). Увеличение подчелюстных лимфоузлов (ЛУ) было выявлено у 51 (91%) ребенка (до 1 года – 5 (100,0%), 2–3 года – 14 (93,33%), 2–3 года – 32 (80,0%)), шейных у 34 (60,7%) (до 1 года – 2 (40,0%), 1–2 года – 11 (73,33%), 2–3 года – 21 (52,5%)), затылочных у 10 (17,9%) (до 1 года – 1 (20,0%), 1–2 года – 5 (33,3%) 2–3 года – 4 (10,0%)), внутрибрюшных у 5 (8,9%) (до 1 года – 1 (20,0%), 1–2 года – 2 (13,3%), 2–3 года – 2 (5,0%)), брыжеечных у 2 (5,0%) у детей 2–3 года, грудных у 1 (1,7%) ребенка 3 лет. Поражение более 1 группы ЛУ было выявлено у 34 (56,67%) детей, при этом в 80,0% у детей в группе 1–2 года.

Сыпь отмечалась у 20% детей и встречалась двух видов: пятнисто-папулезная – у 6 (10%) и пятнистая – у 6 (10%) детей.

У госпитализированных детей преобладала среднетяжелая форма заболевания – 75,0%, 25,0% детей имели легкую форму, у 1 (1,7%) мальчика 3 лет сопутствующим диагнозом была внегоспитальная правосторонняя среднедолевая пневмония, средней степени тяжести.

В ИФА ВЭБ VCA – IgM положительный был выявлен у 37 (61,67%) детей, ВЭБ EA – IgG положительный у 12 (20,0%), ВЭБ VCA – IgG положительный у 6 (10%), ПЦР – ДНК ВЭБ положительный у 5 (8,33%).

В общем анализе крови у детей отмечался лейкоцитоз, при этом лейкоциты достигали до 30×10^9 /л, наиболее высокие уровни лейкоцитов отмечались у 5 (8,33%) детей в возрасте до 1 года. У детей в возрасте до 1 года уровень лейкоцитов был статистически значимо выше по сравнению с детьми из других групп (между 1 и 2 группой p -уровень 0,005; между 1 и 3 p -уровень 0,112). Повышенные значения атипичных мононуклеаров (AM) были выявлены у 46 (76,7%) детей со средним показателем 25,0 (24,0; 26,0), при этом наиболее высокий уровень регистрировался у детей 2–3 лет ($p = 0,05$). Максимальное значение 71 AM было отмечено у девочки 3 лет. Повышенный уровень моноцитов регистрировался у 7 (11,7%) человек, максимальное значение 16% моноцитов было отмечено у мальчика 2 лет. Повышенный уровень тромбоцитов был у 18,3% детей и достигал у мальчика 1 года до 750×10^9 /л. У детей в возрасте до 1 года уровень тромбоцитов был статистически значимо выше по сравнению с детьми из других групп (между 1 и 2 группой p -уровень 0,019; между 1 и 3 группой p -уровень 0,018). Увеличение СОЭ было выявлено у 52 (86,7%) человек, наиболее высокие показатели отмечались в группе 2–3 года. Максимальное значение СОЭ достигало 50 мм/ч у мальчика 3 лет. У детей до года включительно при ИМ более высокие показатели лейкоцитов, тогда как у детей в 2–3 года более выражены AM.

В биохимическом анализе крови регистрировалось: повышенный уровень: АсАТ – у 40 (66,7%) детей, при этом у 5 из них показатель был выше 3 норм, АлАТ повышенный уровень наблюдался у 24 (40,0%) человек и выше 3 норм наблюдался у 12, у 30 (50,0%) исследуемых была повышена тимоловая проба, СРБ был повышен – у 16 (26,7%).

При сравнении показателей биохимического анализа крови у детей разных возрастных групп не было выявлено статистически значимых различий ($p > 0,05$).

УЗИ органов брюшной полости была проведена всем пациентам исследуемой группы. Результаты УЗИ: гепатоспленомегалия наблюдалась у 28 (46,7%) человек (до 1 года

у 3 (60,0%), от 1 года до 2 лет у 6 (40,0%) детей, в группе 2–3 года у 19 (47,5%); гепатомегалия у 13 (21,7%) детей (до 1 года у 1 (20,0%) ребенка, от 1 года до 2 лет у 4 (26,67%), в группе 2–3 года у 8 (20,0%)).

Средняя длительность пребывания в стационаре составляла 9,0 (8,0; 10,0) дней, дети до 1 года в среднем были госпитализированы 10,0 (9,0; 11,0) дней, в 1–2 года и 2–3 года – 9,0 (8,0; 10,0) дней ($p=0,3$).

Выводы

В результате проведенного исследования установлено, что у детей раннего возраста, госпитализированных в инфекционный стационар, клиническая картина наиболее часто характеризовалась повышением температуры, нарушением носового дыхания, увеличением небных миндалин, лимфаденопатией, преимущественно увеличивались подчелюстные ЛУ. У детей в возрасте до 1 года преобладали лейкоцитоз и тромбоцитоз, в 2–3 года был отмечен высокий уровень АМ. Гепато- и спленомегалия являлись почти постоянными симптомами заболевания, которые были лучше выражены у детей до 1 года.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Инфекционный мононуклеоз у детей: клиничко-лабораторная характеристика в зависимости от этиологии и фазы инфекционного процесса / О. И. Демина [и др.] // Инфекционные болезни. – 2020. – № 18(3). – С. 62–72.
2. Андреева А.А., Иккес Л.А. Клиничко-гематологическая характеристика инфекционного мононуклеоза, вызванного вирусом Эпштейна-Барр, у детей первого года жизни // Сибирское медицинское обозрение. – 2016. – №4 (100).
3. Течение инфекционного мононуклеоза на современном этапе / Г. П. Мартынова [и др.] // Вопросы практической педиатрии. – 2017. – № 12(3). – С. 72–76.

УДК 616.24-002-02:[616.98:578.834.1]-071/-078

Д. А. Ермаков, А. Р. Джаббарова

Научный руководитель: ассистент кафедры К. В. Левченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

COVID-19 АССОЦИИРОВАННАЯ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ И ВНЕГОСПИТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Введение

Пневмонии, вызванные инфекцией COVID-19, и пневмонии бактериальной этиологии, по-прежнему являются актуальной проблемой мирового здравоохранения. На сегодняшний день уже имеется опыт ведения таких пациентов. Однако по-прежнему отмечается высокая летальность среди пациентов с тяжелой формой заболевания [1, 2].

Пациенты с тяжелым течением пневмонии, вызванной SARS-CoV-2, нуждаются в лечении в условиях стационара в связи с развитием гипервоспалительного синдрома, тромбозов, сопутствующих инфекционных осложнений [1].

Для вирусно-бактериальной пневмонии, как и пневмонии бактериальной этиологии, характерны схожие клинические проявления в виде лихорадки, кашля с мокротой, одышки, дискомфорта в грудной клетке.

Для назначения эффективного лечения необходимо уделять внимание правильной диагностике [3].