

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ G И M К МИКОПЛАЗМАМ И ХЛАМИДИЯМ

Сапоненко А. С., Готальская Е. В.

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

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

Введение

Микоплазмы — это группа антропонозных инфекционных болезней, характеризующихся поражением органов дыхания и мочеполовых органов.

Хламидиозы — это группа широко распространенных антропонозных и зоонозных инфекционных болезней, характеризующихся первичным поражением слизистых оболочек дыхательных путей, глаз и мочеполового тракта, а также склонностью к хроническому течению болезни [1].

По последним данным, в Республике Беларусь за 2017 г. заболеваемость хламидиозом по сравнению с 2016 г. снизилась на 14,1 %, что составило 51,2 на 100 тыс. населения. Заболеваемость микоплазмозом возросла на 13,3 % (49,5 на 100 тыс. населения) [www.rcheph.by].

Наиболее используемым методом для диагностики микоплазменной и хламидийной инфекции является ИФА, принцип которого основан на обнаружении специфических IgM- и IgG-антител к *M. pneumoniae* и *Chl. pneumoniae* [2].

Порядок и скорость накопления антител зависит от характера инфицирования (первичное или вторичное). При первичном инфицировании сначала появляются IgM, затем IgG. По мере угасания иммунного ответа происходит снижение концентрации антител каждого из классов. Иммунный ответ при повторном проникновении возбудителя характеризуется быстрым нарастанием титра антител класса G и практически полным отсутствием антител класса M [3].

Цель

Определить частоту встречаемости специфических иммуноглобулинов G и M к микоплазмам и хламидиям в сыворотке крови у пациентов УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» различного возраста.

Материал и методы исследования

В период с 2017 по 2018 гг. в лаборатории УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» был обследован 71 человек с целью выявления иммуноглобулинов G и M к микоплазмам и хламидиям методом ИФА (производство Вектор-Бест, РФ).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследованных было 28 дошкольников в возрасте до 6 лет, 27 школьников от 7–18 лет, 16 взрослых старше 18 лет. Частота обнаружения иммуноглобулинов G и M к микоплазмам и хламидиям в сыворотке крови у пациентов различного возраста представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Частота обнаружения иммуноглобулинов G и M к микоплазмам и хламидиям в сыворотке крови у пациентов

| Категория пациентов | Cl. IgM– | Cl. IgM+ | Cl. IgG– | Cl. IgG+ | M. IgM– | M. IgM+ | M. IgG– | M. IgG+ |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|---------|---------|---------|---------|
| Дошкольники | 25 | 0 | 4 | 2 | 23 | 2 | 6 | 0 |
| Школьники | 26 | 0 | 7 | 1 | 22 | 3 | 7 | 2 |
| Взрослые | 11 | 1 | 3 | 1 | 9 | 2 | 0 | 2 |

Среди обследованных антитела класса IgM к хламидиям выявлены у 1 (1,6 %) взрослого пациента, среди взрослых (8,3 %).

IgG к хламидиям были выявлены у 4 (22,2 %) человек: среди дошкольников — у 2 (33,3 %), что статистически значимо чаще, чем среди школьников — 1 (12,5 %, $\chi^2 = 1,989$, $p < 0,05$) и среди взрослых — у 1 (25 %).

По результатам обследования IgM антитела к микоплазмам выявлены у 7 (11,1 %) человек, среди дошкольников — у 2 (8 %), среди школьников — у 3 (12 %), среди взрослых — у 2 (18,2 %). Отличия между группами статистически не значимы ($p > 0,05$).

Среди обследованных IgG к микоплазмам выявлены у 4 (23,5 %) пациентов, среди дошкольников не обнаружено, среди школьников — у 2 (22,2 %), среди взрослых — у 2 (100 %). Отличия между группами статистически не значимы ($p > 0,05$).

Выводы

По данным серологического обследования, наличие иммуноглобулинов G и M было выявлено у 16 (22,5 %) обследованных к хламидиям и микоплазмам.

При сравнении частоты выявления классов иммуноглобулинов к хламидиям среди дошкольников иммуноглобулины G (33,3 %) статистически значимо выявлялись чаще, чем среди школьников (12,5 %, $p < 0,05$). Антитела класса IgM к хламидиям выявлены у 1 взрослого.

IgG к микоплазмам выявлены у 4 (23,5 %) пациентов. Причем среди дошкольников эти антитела не обнаруживались, а среди взрослых выявлялись у всех обследованных. Наибольшая частота регистрации IgM антител к микоплазмам встречалась у взрослых (18,2 %), но отличия с другими группами была статистически не значима ($p > 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни: учебник / под ред. акад. РАМН Н. Д. Ющука, проф. Ю. Я. Венгерова. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — С. 336–341.
2. *Хамитов, Р. Ф.* Mycoplasma pneumoniae и Chlamydomphila pneumoniae инфекции в пульмонологии: актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения / Р. Ф. Хамитов, Л. Ю. Пальмова. — Казань, 2001. — С. 64.
3. Респираторный микоплазмоз: научный обзор. — М., 1988. — С. 78.

УДК 616.36-004

ИЗМЕНЕНИЕ ДИАМЕТРА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ И СКОРОСТИ КРОВОТОКА В ВОРОТНОЙ ВЕНЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ

Данилов В. О.^{1,2}

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

¹**Учреждение образования**

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²**Учреждение**

Общество с ограниченной ответственностью «БЕЛСОНО»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Фиброз печени — заболевание, характеризующееся разрастанием соединительной (коллагеновой) ткани печени без изменения ее структуры. Фиброз печени — это закономерное следствие практически всех заболеваний печени любой этиологии [1]. Степень выраженности фиброза при хроническом заболевании печени отражает отдаленный прогноз и, следовательно, необходимость и срочность лечения.

Наличие фиброза/цирроза печени по данным морфологического исследования у умерших от разных причин в 2012 г. обнаружено достоверно чаще, чем в 1987 г. (4,6 % в 1987 г. и 14,5 % в 2012 г., $p = 0,00001$). Основной прирост частоты фиброза/цирроза печени наблюдается в возрастной группе 25–34 года — с 1,6 до 11 % ($p = 0,0172$) [2].

Высокий уровень заболеваемости парентеральными гепатитами, неутешительная позиция в рейтинге по употреблению алкоголя на человека, невысокий уровень жизни — все эти факторы приводят к необходимости модификации методов исследования с целью более раннего выявления заболеваний печени.

При наличии препятствия току крови (фиброз печеночной ткани) организм находит возможность обеспечить поступление постоянного объема крови по воротной вене и обеспечить ее детоксикацию. К механизмам, обеспечивающим поступление постоянного объема крови