

Таблица 1 — Количество обратившихся и частота выявления иммуноглобулинов М к боррелиям в различных регионах Республики Беларусь

Регион	Положительный результат (чел / %)	Всего обратившихся (чел.)	Численность населения	Число обратившихся (на 100 тыс. населения)
Барановичи	53 / 27,89	190	179 079	29,6
Бобруйск	32 / 24,81	129	217 546	14,7
Борисов	12 / 21,82	55	143 051	8,4
Брест	38 / 17,43	218	337 428	11,3
Витебск	6 / 14,29	42	378 459	1,6
Гомель	38 / 19,29	197	535 693	7,09
Гродно	49 / 21,40	229	373 547	12,8
Жлобин	23 / 32,39	71	76 220	30,2
Минск	370 / 17,69	2091	1 982 444	18,6
Могилев	7 / 15,22	46	381 353	1,8
Мозырь	41 / 20,30	202	111 773	36,68
Молодечно	38 / 31,67	120	95 011	39,9
Новополоцк	31 / 27,93	111	107 479	28,8
Орша	6 / 20,69	29	115 052	5,2
Пинск	8 / 21,62	37	137 961	5,8
Полоцк	1 / 20	5	84 597	1,2
Речица	8 / 17,77	45	65 940	12,1
Светлогорск	9 / 27,27	33	67 453	1,3
Солигорск	19 / 12,10	157	106 627	17,8

### Выводы

У 19,68% обследованных были выявлены иммуноглобулины М к боррелиям. Самый высокий процент положительных результатов был у жителей города Молодечно, а самый низкий — у жителей города Полоцк. Наиболее часто обследовались жители Молодечно и Мозыря, реже — Светлогорска, Молоцка и Витебска. У женщин в возрасте старше 50 лет иммуноглобулины М к боррелиям выявлялись чаще, чем у мужчин.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Wang, G. Molecular medical microbiology / G. Wang, M. P. Wormser, I. Schwartz. — London: Academ. Press, 2001. — P. 2059–2092.
2. Lyme Borreliosis and Tick-Borne Encephalitis / P. Oschmann [et al.]. — Bremen (Germany), 1999. — 144 p.
3. Попова, С. П. Клинико-лабораторные признаки ранних проявлений иксодового клещевого боррелиоза / С. П. Попова, Н. Г. Безбородов, Н. А. Половинкина // Вестник РБ, Ч. 1, серия Медицина. — 2012. — № 3. — С. 38–40.
4. Тимофеева, Е. В. Лабораторная диагностика Лайм-боррелиоза на современном этапе / Е. В. Тимофеева, С. А. Дракина, С. В. Орлова // Медицинские новости. — 2012. — № 12. — С. 9–13.

УДК 616.996.76.2

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДИРОФИЛЯРИОЗА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Кузнецова А. В., Беридзе Р. М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

Дирофиляриоз — паразитарное заболевание, обнаружить которое с каждым годом все сложнее. Данное заболевание вызывают нематоды рода *Dirofilaria* (D.). D., которые относятся к семейству *Filariidae* и встречаются в нескольких видах: *D. immitis*, *D. repens* и другие [1]. Актуальность изучения проблемы дирофиляриоза: увеличение случа-

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гришина, Е. Е. Дирофиляриоз придаточного аппарата глаза и орбиты / Е. Е. Гришина, А. А. Рябцева // Альманах клинической медицины. — 2015. — № 1. — С. 74–77.
2. Дирофиляриоз органа зрения: случаи из практики / Н. Г. Зумбулдзе [и др.] // Казанский медицинский журнал. — 2017. — Т. 98, № 3. — С. 393–397.
3. Дирофиляриоз органа зрения (два случая из практики) / Н. Г. Зумбулдзе [и др.] // Офтальмологические ведомости. — 2016. — Т. 9, № 1. — С. 83–87.
4. Бондаловская, Т. В. Эпидемиолого-диагностические особенности распространения дирофиляриоза в Гомельской области / Т. В. Бондаловская, Л. П. Мамчиц, Е. Ю. Нараленкова // Сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицины». — Гомель, 2012. — С. 87–90.
5. Поддубный, А. А. Годовая и сезонная динамика дирофиляриоза человека в Гомельской области / А. А. Поддубный // Проблемы и перспективы развития современной медицины. — Гомель, 2017. — С. 631–633.
6. Диагностика дирофиляриоза человека / Р. Ф. Гайнутдинова [и др.] // Практическая медицина. — 2012. — № 1 (16). — С. 123–126.

УДК 616.323-007.61

### АДЕНОИДИТ КАК ПРЕДВЕСТНИК ГИЕРТРОФИИ НЕБНЫХ МИНДАЛИН

*Кузьмина Т. Н., Новикова Н. С., Морозов А. М., Городничев К. М.*

**Научный руководитель: к.м.н. А. М. Морозов**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Тверской государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Тверь, Российская Федерация**

#### ***Введение***

Аденоиды или аденоидные вегетации — аденоидные разращения — патологически увеличенная глоточная миндалина, локализованная в области заднего отдела свода носоглотки. Они, прикрепляясь широким основанием к своду носоглотки, имеют неправильную форму, напоминающую петушиный гребень, мягкую консистенцию и бледно-розовую окраску, заполняют весь купол носоглотки, распространяясь по боковым стенкам книзу на глоточные отверстия слуховых труб [1, 2]. Носоглоточная миндалина развита в детском и юношеском возрасте. Если появляются признаки воспаления этой миндалины, то такое ее состояние называется аденоидитом. Аденоидиты являются одним из наиболее распространенных оториноларингологических заболеваний детского возраста, которое при неадекватной тактике лечения может давать серьезные осложнения. Частота выявления данной патологии составляет 398,8 случая на 1000 детей в дошкольном возрасте [3].

Часто при хронических воспалительных заболеваниях, воспалении слизистой горла, бактериальных и вирусных инфекциях аденоиды могут увеличиваться, что приводит у детей к таким симптомам как заложенность носа, дыхание ртом, апноэ во сне, храп, сухость во рту, боль в ушах [4].

Одним из последствий хронического аденоидита является гипертрофия небных миндалин. Распространенность данного осложнения варьируется от 5–6 до 87,3 % [5, 6]. В настоящее время гипертрофию небных миндалин рассматривают как иммунореактивное состояние, связанное с мобилизацией компенсаторных возможностей лимфоидного кольца глотки при адаптации организма к постоянно меняющимся условиям [7]. Этому способствует в особенности ротовое дыхание, особенно в зимнее время, раздражающее действие инфицированной слизи, которая попадает из носоглотки на небные миндалины при рецидивирующем течении аденоидита, повторные воспалительные заболевания носо- и ротоглотки, детские инфекционные болезни, недостаточное питание, плохие бытовые условия и другие факторы снижающие защитные функции организма.