

Побочных эффектов или аллергических реакций в ходе исследования при назначении всех трех препаратов не было выявлено ни в одном случае.

#### **Выводы**

Полученные нами данные свидетельствуют о более высокой эффективности фитопрепарата Тонзилгон® Н в качестве монотерапии по сравнению с гомеопатическим препаратом и лекарственным аэрозолем в купировании симптомов острого тонзиллофарингита. Тонзилгон® Н является безопасным и эффективным препаратом для лечения ОРВИ у детей, относящихся к группе часто болеющих детей, позволяющий сократить продолжительность симптомов ОРВИ.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о целесообразности включения препарата Тонзилгон® Н в клиническую практику при лечении острых тонзиллофарингитов у детей на фоне ОРВИ.

Высокая противовирусная эффективность и хорошая переносимость препарата позволяют применять его как в острый период для ускорения купирования симптоматики, так и для профилактики рецидивирования вирусных инфекций в работе с часто болеющими детьми.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Селькова, Е. П. ОРВИ и грипп: в помощь практикующему врачу: монография / Е. П. Селькова, О. В. Калужин. — М., 2015. — С. 12–14, 25.
2. Часто болеющие дети / С. О. Ключников [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2007. — № 2.
3. Возможности препаратов природного происхождения в симптоматической терапии и профилактике воспалительных заболеваний глотки у детей / Е. Ю. Радциг [и др.] // Вопросы современной педиатрии. — 2011. — Т. 10, № 5.
4. Сутовская, Д. В. Сочетанное применение физиофакторов и фитотерапии в восстановительном лечении часто болеющих детей / Д. В. Сутовская, А. В. Бурлуцкая // Кубанский научный медицинский вестник. — 2017. — Т. 24, № 4.

УДК 616.993:616.617-071/-074

### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ**

*Конюшенко Л. А., Радва Е. П., Поплавский М. В.*

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) приобретает все большее значение в последние годы с учетом ее распространенности, возникновения эпидемий, высокой контагиозности и летальности. В современном мире в связи с миграцией населения, освоением новых территорий, развитием туризма геморрагические лихорадки, несмотря на их природную очаговость, могут заноситься далеко за пределы своей эндемичной территории [1].

#### **Цель**

Изучить особенности течения и оценить изменения лабораторных анализов при геморрагической лихорадке с почечным синдромом у пациентов в учреждении «Гомельская областная инфекционная клиническая больница (ГОИКБ).

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

В ходе работы был проведен анализ 33 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ГОИКБ. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 7.0 и «MEDCALC Software».

### Результаты исследования и их обсуждение

Среди заболевших преобладают городские жители (64 %), что связано с более лучшим уровнем диагностики у врачей первичного звена.

Кроме того, существует четкая сезонная зависимость поступления пациентов с ГЛПС от минимальных цифр в марте — апреле с последующим ее повышением к маю и достижением максимума к октябрю — ноябрю. По данным исследования на осенне-зимний период пришлось 70 % всех заболеваний, соответственно на весенне-летний — 30 % (рисунок 1).

Среди пациентов с ГЛПС 52 % — это лица старше 40 лет, 30 % пациентов в возрасте от 26 до 40 лет и 18 % — 25 и младше (рисунок 2).

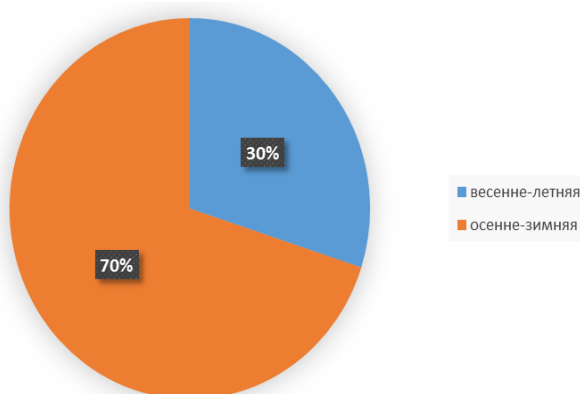


Рисунок 1 — Сезонность поступления пациентов с ГЛПС в ГОИКБ

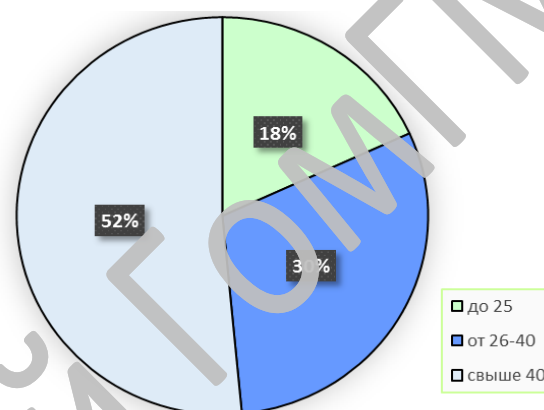


Рисунок 2 — Возрастная структура пациентов с ГЛПС

67 % пациентам был выставлен направительный диагноз острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), 6 % — лихорадка неясного генеза, 6 % — гастроэнтериты, 3 % — менингит, и только в 18% случаев первичный диагноз был выставлен ГЛПС (таблица 1).

Сложность ранней диагностики ГЛПС связана с наличием атипичных стертых форм заболевания, преобладанием в первые дни болезни общетоксического синдрома без патогномичных симптомов.

Таблица 1 — Направительные диагнозы при поступлении пациентов с ГЛПС

Менингит	Гастроэнтериты	ГЛПС	ОРВИ	Лихорадка неясного генеза
3 %	6 %	18 %	67%	6%

У 20 % пациентов антитела к антигену вируса ГЛПС в ИФА не были обнаружены, но клинико-лабораторные изменения позволили поставить диагноз клинически.

Высота температуры пациентов с ГЛПС довольно разнообразна, в наших наблюдениях у подавляющего большинства пациентов — субфебрильная и фебрильная, что соответственно равно 33 и 31 %, у 18 % пациентов температура достигала высоко-фебрильного уровня и у 18 % была нормальная температура на протяжении всего времени течения заболевания (рисунок 3). Причем на 4–5 сутки наблюдается максимальный подъем температуры в связи с репликацией вируса и последующей виремией. Лихорадке сопутствовали головные боли, слабость, озноб. У 33 % пациентов были жалобы на боль в поясничной области и у 12 % — обнаружена петехиальная сыпь и инъектированность склер.

При проведении общепринятых классических лабораторных исследований в начальный период у больных ГЛПС выявлены изменения, не противоречащие данным литературы [2].

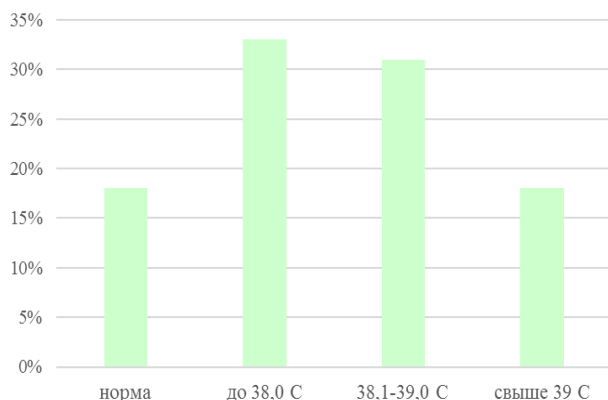


Рисунок 3 — Высота температуры у пациентов с ГЛПС

При исследовании ОАК в 75 % случаев отмечается тромбоцитопения, обусловленная повреждающим действием вируса, развитием иммунопатологических реакций, усилением адгезивности тромбоцитов, с образованием агрегатов (таблица 2).

Таблица 2 — Уровень тромбоцитов у пациентов с ГЛПС

< 50 × 10 <sup>9</sup> /л	50–100 × 10 <sup>9</sup> /л	100–150 × 10 <sup>9</sup> /л	Норма
24 %	30 %	21 %	25 %

По полученным данным биохимического анализа крови выявлено: лишь 21% пациентов имеют нормальный уровень мочевины, 17 % уровень креатинина в пределах нормы, и выше допустимой нормы АЛАТ, АсАТ имеют 19 и 65 % пациентов соответственно (таблица 3).

Изменение уровня мочевины и креатинина связано со снижением клубочковой фильтрацией и нарушением канальцевой реабсорбции с развитием острой почечной недостаточности (ОПН), что связано с одной стороны с нарушением почечной микроциркуляции, с другой — фиксация иммунных комплексов в базальной мембране клубочков [3].

Повышение уровня АЛАТ и АсАТ связано с нарушением микроциркуляции, что приводит к изменениям в обильно кровоснабжаемых органах, в том числе и печени, что подтверждается данными ультразвукового исследования.

Таблица 3 — Биохимические показатели крови

Мочевина			Креатинин		
3,8–8,3 (ммоль/л)	8,3–14 (ммоль/л)	> 14 (ммоль/л)	80–115 (мкмоль/л)	116–300 (мкмоль/л)	> 300 (мкмоль/л)
21 %	53 %	42%	17 %	52 %	31 %
АЛАТ			АсАТ		
4,96–33,6 ЕД/л	33–100 ЕД/л	> 100 ЕД/л	4,96–22,3 ЕД/л	22–45 ЕД/л	> 45 ЕД/л
35 %	49 %	16 %	12 %	69 %	19 %

При изучении общего анализа мочи (ОАМ) у всех пациентов значительно повышается содержание белка в моче, в начале олигоурического периода обнаружена микрогематурия у 39 % пациентов, в осадке обнаруживают гиалиновые и зернистые цилиндры 30 %, иногда появляются длинные грубые «фибриновые» цилиндры Дунаевского 12 % и слизь — 24 % (таблица 4).

Таблица 4 — Показатели ОАМ у пациентов с ГЛПС

Белок	Лейкоциты	Гиалиновые цилиндры	Эритроцит	«Фибриновые» цилиндры	Слизь
100 %	64 %	30 %	39 %	12 %	24 %

## **Выводы**

Постановка диагноза ГЛПС в ряде случаев вызывает затруднения, особенно в начальный период, когда выражен синдром интоксикации, редки катаральные явления и нет отчетливого почечного и геморрагического синдромов, а также лишь у небольшого количества пациентов обнаруживаются признаки свидетельствующих о ГЛПС — боль в поясничной области у 33 %, петехиальная сыпь и инъектированность склер 12 %, в связи с чем симптомы заболевания расцениваются как ОРВИ (67 %).

Заподозрить ГЛПС помогает наличие сочетания тромбоцитопении в общем анализе крови, протеинурии (100 %), цилиндрурии (42 %), лейкоцитурии (64 %), микрогематурии (39 %) и слизь (24 %) в общем анализе мочи, изменение показателей мочевины (79 %) и креатинина (83 %), свидетельствующие о развитии ОПН, и повышение АЛТ, АсАТ — 19 %, 65 % соответственно, о нарушении микроциркуляции печени.

Также использование для верификации диагноза иммунофлуоресцентного анализа для выявления IgM антител к очищенному белку нуклеокапсида вируса позволило в 80 % случаев поставить правильный диагноз и обеспечить своевременно начатое лечение.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Красавцев, Е. Л. Геморрагические лихорадки / Е. Л. Красавцев, В. М. Мицуря. — Гомель: ГМУ, 2017. — С. 4–5.
2. Назаренко, Г. И. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований / Г. И. Назаренко, А. А. Кишкун. — М., 2015. — С. 1–2.
3. Павелкина, В. Ф. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: клинко-патогенетические и терапевтические аспекты / В. Ф. Павелкина, Ю. Г. Ускова // Вестник Мордовского университета. — 2017. — Т. 27, № 3. — С. 140–141.

**УДК 616.914(476.2 – 25)**

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ПО Г. ГОМЕЛЮ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Котова В. С., Сорочкина А. Д., Фёдорова В. В.**

**Научный руководитель: к. м. н., доцент О. Л. Тумаш**

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

## **Введение**

Ветряная оспа является высоко контагиозным заболеванием. Особенности эпидемического процесса при ветряной оспе определяют два главных фактора: воздушно-капельный механизм передачи инфекции и всеобщая восприимчивость населения. Наиболее часто заболевание отмечают среди детей, посещающих детские дошкольные учреждения и первые классы школ. Характерная черта эпидемического процесса ветряной оспы — отсутствие выраженных периодических подъемов и спадов заболеваемости, что может быть объяснено почти абсолютной «переболеваемостью» всех восприимчивых к этой инфекции детей и отсутствием возможности накопления значительного количества неиммунных лиц [1]. Передается вирус: 1) воздушно-капельным путем — при разговоре, чихании, кашле, поцелуях; 2) контактным путем — при попадании слюны больного или содержимого пузырьков на непораженную кожу; 3) трансплацентарно — от беременной матери к плоду, если женщина в этом периоде заболела или ветряной оспой, или опоясывающим герпесом [2].

После заболевания иммунитет сохраняется пожизненно у 97 % населения, остальные 3 % могут переболеть повторно [3].

В Республике Беларусь прививки против ветряной оспы проводятся отдельным контингентам лиц, которые определены Перечнем профилактических прививок по эпи-