

При анализе результатов гемограммы у 67 % больных серозным менингитом показатели лейкоцитов и лейкоцитарной формулы соответствовали возрастной норме, тогда как у 58 % обследованных с гнойным менингитом — обнаружено лейкоцитоз в пределах от $9,7 \times 10^9/\text{л}$ до $26,5 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение палочек от 7 до 45 %, нейтрофилов в пределах от 70 до 96 %. Лабораторное исследование ликвора показало типичные изменения цвета, прозрачности, содержания белка, цитоза и характера клеток в цереброспинальной жидкости, характерные соответственно для серозного и гнойного менингита (таблица 2).

Таблица 2 — Изменения ликвора у детей с острым серозным и гнойным менингитом

| Признаки | Серозный менингит | Гнойный менингит |
|---------------|-------------------|----------------------|
| Цвет | Безцветный | Ксантохромный |
| Прозрачность | Прозрачный | Опалесцеирующий |
| Цитоз, кл/мкл | $230,56 \pm 85,2$ | $2633,10 \pm 1254,1$ |
| Лимфоциты, % | $89,65 \pm 2,32$ | $20,5 \pm 3,94$ |
| Нейтрофилы, % | $13,65 \pm 2,5$ | $98,55 \pm 2,1$ |
| Белок, г/л | $0,32 \pm 0,44$ | $2,7 \pm 1,21$ |

Выводы

1. Особенностью течения менингита у детей первых 3 лет жизни было преобладание гнойного менингита менингококковой (33 %) и неустановленной (55 %) этиологии.

2. По тяжести преобладала тяжелая степень тяжести (85 %) и неосложненное (75 %) течение менингита у детей первых трех лет жизни.

3. В клинической симптоматике серозных и гнойных менингитов наблюдается преобладание общемозгового и общеинфекционного синдромов и менингеальных симптомов при гнойном менингите, и общемозговой симптоматики при серозном менингите.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Brown, G. C.* Mechanisms of inflammatory neurodegeneration: iNOS and NADPH oxidase / G. C. Brown // *Biochemical Society Transactions*. — 2007. — Vol. 35, № 5. — P. 1119–1121.
2. EFNS guideline on the management of community-acquired bacterial meningitis: report of an EFNS Task Force on acute bacterial meningitis in older children and adults / A. Chaudhuri [et al.] // *Eur. J. Neurol*. — 2008. — Vol. 15, № 7. — P. 649–659.
3. *Feigin, R. D.* Diagnosis and management of meningitis / R. D. Feigin, G. H. Jr. McCracken, J. O. Klein // *Ibid*. — 1992. — Vol. 11. — P. 785–814.
4. Обзор последних практических рекомендаций Европейской федерации неврологических обществ (EFNS) по диагностике и ведению больных бактериальным менингитом / Л. В. Пипа [и др.] // *Международный неврологический журнал*. — 2011. — № 8. — С. 82–89.
5. *Цинзерлинг, В. А.* Инфекционные поражения нервной системы / В. А. Цинзерлинг, М. Л. Чухловина. — СПб.: Элбис-СПб., 2005. — 448 с.
6. Электронный ресурс. — Режим доступа: <http://www.who.int> Данные всемирной организации здравоохранения.

УДК 616.348 – 002 – 08 – 036.22

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА

Козлова Е. В.

Научный руководитель: ассистент *О. Л. Тумаиш*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Современная медицина немислима без применения различных антибактериальных средств. Однако к назначению антибиотиков необходимо подходить обдуманно, помня о возможности развития многочисленных побочных реакций, таких, как антибиотикоассоциированная диарея и псевдомембранозный колит (ПМК). Ключевым моментом патогенеза *S. difficile* — ассоциированного колита является нарушение микробной экологии в толстой

кишке, угнетение резидентной анаэробной микрофлоры, возникновение метаболической ниши для размножения *C. difficile* и перехода ее в токсинообразующую форму [1].

C. difficile выявляют при бактериологическом исследовании у 1–3 % здоровых лиц и более чем у 20 % пациентов, получающих антибактериальную терапию [2]. В общей популяции распространенность псевдомембранозного колита составляет — 6,7 на 100 тыс. больных, лечившихся антибиотиками. Но опасность ПМК в том, что летальность его составляет более 30 %. Описаны случаи развития токсического мегаколона и некротической перфорации толстой кишки [3]. ПМК наиболее часто вызывают цефалоспорины второго и третьего поколения, амоксициллин, в том числе его комбинация с клавулановой кислотой, и клиндамицин [4].

Цель

Установить особенности клиническо-эпидемиологической картины псевдомембранозного колита.

Материал и методы исследования

В настоящее исследование было включено 30 пациентов в возрасте от 18 до 80 лет, находившихся на лечении в УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» с 2012 по 2016 гг. Средний возраст пациентов составил 53 года. Количество мужчин среди исследованных пациентов было 8 (27 %) человек, женщин — 22 (73 %) человека.

Диагноз устанавливался на основании анамнеза, данных осмотра, фиброколоноскопии и иммуноферментного анализа на токсин *Clostridium difficile*.

Обработка данных и анализ результатов исследования были проведены с использованием программы «Microsoft Office Excel 2007».

Результаты исследования и их обсуждение

Большинство пациентов, 10 (33 %) человек, находившихся на лечении, принадлежало к возрастной группе 50–60 лет, 32 % — к возрастной группе 61–80 лет. Тяжесть заболевания и длительность госпитализации не зависела от возраста пациентов.

Причиной развития ПМК в большинстве случаев явился прием цефалоспоринов третьего поколения.

В ходе проведенного исследования было установлено, что среднетяжелое течение псевдомембранозного колита отмечалось у 24 (80 %) пациентов, а у 6 (20 %) пациентов — тяжелое течение. Средняя температура всех пациентов составила 37,8 °С, у 63 % пациентов температура тела была выше 38 °С. Максимальная температура тела отмечалась у пациента с тяжелым течением и составила 40,2 °С. Средняя длительность лихорадочного периода составила 10,5 суток.

Частота стула колебалась от 2 до 20 раз в сутки. У большинства пациентов (47 %), частота стула не превышала 5 раз в сутки, в 40 % случаев частота стула составляла 6–10 раз в сутки. Частота стула лишь у 1 пациента составила 15 раз в сутки и у 3 (10 %) пациентов — 20 раз в сутки. Примеси в виде слизи в стуле отмечались у 40 % пациентов, у одного пациента дополнительно в стуле имелся гной. Примесей в виде крови не наблюдалось ни у одного из выбранных пациентов.

Среднее количество лейкоцитов в общем анализе крови пациентов составило $14,2 \times 10^9$ л. В 10 % случаев у пациентов в общем анализе крови отмечалась лейкопения, значение лейкоцитов крови в пределах нормы — в 10 % случаев. Лейкоцитоз большинства (40 %) оказался в пределах $9-13 \times 10^9$ л, у 23 % пациентов показатель лейкоцитов в пределах $14-20 \times 10^9$ л, и у 5 пациентов (17 %) показатель был выше 20×10^9 л, в том числе у одного пациента максимальный — $35,8 \times 10^9$ л. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево регистрировался у 11 (37 %) пациентов, более 9 % палочкоядерных наблюдалось у 7 (23 %) пациентов, более 20 — у 3 (10 %) пациентов.

По результатам исследования биохимического анализа крови было обнаружено, что среднее количество общего белка у пациентов составило 57,8 г/л. Этот показатель в норме определялся у 6 (20 %) пациентов, у 24 (80 %) пациентов была выявлена гипопропротеинемия с минимальным показателем 43,3 г/л. У 37 % больных фракция альбуминов была в пределах нормы, гипоальбуминемия регистрировалась в 63 % случаев. Средний уровень альбумина в сыворотке крови составил 31,3 г/л, самые низкие показатели наблюдались у 3 (10 %) пациентов и составили около 18 г/л.

В 93 % случаев методом ИФА был выявлен токсин *Clostridium difficile* А и В. По результатам колоноскопии у большинства пациентов в толстом кишечнике были найдены патологические образования в виде множественных эрозий и бляшек серо-белого цвета, с поражением всех отделов толстого кишечника, преимущественно левых.

Лечение пациентов проводилось по схемам: метронидазол, ванкомицин, метронидазол + ванкомицин. Только у 4 (13 %) пациентов назначение схемы с метронидазолом было эффективно, в 60 % понадобилось дополнительное назначение ванкомицина, после чего был достигнут положительный эффект. У 8 (27 %) пациентов монотерапии ванкомицином оказалось достаточно для улучшения состояния. Необходимо отметить, что монотерапия ванкомицином снижала показатели лейкоцитов до нормы в среднем за 18 дней, тогда как комбинация двух препаратов справлялась с этой задачей за 14 дней. Нормализация частоты стула на схеме с ванкомицином была достигнута на 20 дней, на комбинации с метронидазолом — за 11 дней. Среднее значение дней госпитализации всех пациентов составило около 16 койко-дней. Все пациенты выписаны с клиническим выздоровлением.

Выводы

1. Группой риска возникновения данного заболевания выступили пациенты возрастной группы старше 50 лет.
2. Наиболее эффективной в терапии ПМК была схема, включающая комбинацию метронидазола и ванкомицина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rayter, Z. Pseudomembranous colitis after abdominal aortic aneurysm repair / Z. Rayter, C. Rimmer, M. H. Thomas // Eur. J. Vasc. Surg. — 1990. — Vol. 4. — P. 547.
2. Fate and effects of some transiting microorganisms in the human gastrointestinal tract / P. Marteau [et al.] // World Rev. Nutr. Diet. — 1993. — №74. — P. 1–24.
3. Van Ness, M. M. Fulminant colitis complicating antibiotic-associated pseudomembranous colitis: case report and review of the clinical manifestations and treatment / M. M. Van Ness, E. L. Cattau // Am. J. Gastroenterol. — 1987. — Vol. 82. — P. 374.
4. Дуда, А. К. Псевдомембранозный колит и антибиотикоассоциированная диарея: принципы диагностики и лечения / А. К. Дуда, Н. В. Окружнов // Научно-практический общемедицинский журнал. — Киев, 2012.

УДК 618.396

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Комарова Ю. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Савицкая

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Частота распространения урогенитальной инфекции (УГИ) остается стабильно высокой на всех континентах мира. УГИ негативно воздействует на половую систему, приводит к развитию бесплодия, репродуктивных нарушений и реактивных патологических процессов [1].

Вагинальная микрофлора является индикатором состояния здоровья женщины, представляя собой динамическую систему, реагирующую на изменения гормонального и иммунологического статуса при различных патологических состояниях.

Цель

Изучение состояния иммунитета, влагалищного микробиоценоза, особенностей течения беременности и родов у женщин с УГИ на основании ретроспективного анализа и данных литературы.

Задачи

1. Изучить видовой состав условно-патогенных микроорганизмов нижнего отдела половых путей у женщин.