

нию, для лечения гонартроза 1-2 стадии лучше использовать протезы синовиальной жидкости, обладающие вискоиндуктивными свойствами, а при 3 стадии применять препараты с более высоким молекулярным весом. Что нельзя сказать при лечении коксартроза. На наш взгляд для введения в тазобедренный сустав больше подходят препараты ГК со средним молекулярным весом. Наблюдается меньше побочных явлений, пациенты лучше переносят лечение.

Выводы.

1. Гиалуроновая кислота для суставов имеет первостепенное значение, так как в высокой концентрации входит в состав синовиальной жидкости, где проявляет свои уникальные вязкоупругие свойства.

2. Введение в больной сустав протезов синовиальной жидкости ведет к улучшению его функции на протяжении как минимум одного года, а также снимает воспаление и уменьшает боль.

ЛИТЕРАТУРА

1. Saris DB et al, J Bone Joint Surg Br. 2003 Sep; 85(7):1067-76
2. Wong BL et al, Osteoarthritis and cartilage. 2010 Mar;18(3):464-71
3. Vitanzo PC Jr. Sennett BJ. Am J Orthop. 2006 Sep; 35(9):421-8

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУППОВОЙ ВСПЫШКИ ТРИХИНЕЛЛЁЗА

¹Богуцкий М.И., ²Осипович А.Ф.

*¹Гродненский государственный медицинский университет,
²Вороновская центральная районная больница*

Актуальность. Проблема трихинеллёза для Республики Беларусь на протяжении многих лет остается актуальной, что обусловлено интенсивным развитием свиноводства и сложившейся структурой питания населения. Высокий процент употребления свинины и, в ряде случаев, пренебрежение обязательным исследованием мяса домашних свиней при подворном убое на наличие личинок трихинелл, а также распространение охотничьего промысла и употребление в пищу мяса дикого кабана приводят к возникновению групповых вспышек трихинеллёза среди населения [1, 3, 4].

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные особенности групповой вспышки трихинеллеза, возникшей в Вороновском районе Гродненской области, связанной с употреблением в пищу мяса дикого кабана не прошедшего ветеринарный контроль.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования была медицинская документация инфекционного отделения районного стационара. Диагноз трихинеллёза устанавливался на основании характерной клинической картины, группового характера заболевания связи с употреблением в пищу мяса дикого кабана, не прошедшего трихинелоскопию в недостаточно термически обработанном виде, эозинофилии в периферической крови и подтверждён паразитоскопически - обнаружением в мясе дикого кабана, послужившего источником заражения, личинок трихинелл. Серологические реакции для подтверждения диагноза не использовались в виду их низкой информативности.

Метод исследования – статистический ретроспективный анализ.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что среди 28 пациентов, заболевших трихинеллёзом, было 14 мужчин (50%) и 14 женщин (50%). Возраст заболевших колебался от 10 до 73 лет и в среднем составил $38,44 \pm 17,21$ года. Преобладали жители сельской местности (82,15%). Все заболевшие в ноябре месяце 2014 года употребляли в пищу мясо дикого кабана, после термической обработки (котлеты, голубцы). Заболевание протекало в легкой форме у 6 пациентов 21,43%, в среднетяжелой – у 22 (78,57%). Тяжелые формы трихинеллеза не регистрировались. Инкубационный период у пациентов с легкой и среднетяжелой формами трихинеллёза составил соответственно $17,1 \pm 1,4$ и $15,2 \pm 0,6$ дня.

Клинические проявления трихинеллеза в зависимости от тяжести болезни представлены в таблице 1.

Таблица 1. Клинические проявления трихинеллеза в зависимости от тяжести болезни (в %)

Клинические симптомы	Легкая форма n=6	Среднетяжелая форма n=22
Лихорадка	100	100
Общая слабость	86,7	95,9
Головная боль	40	90,5
Тахикардия	72,3	79,7
Гипотония	29,7	33,3
Отеки век, лица	60,6	78,4
Миалгии	86,7	97,3
Конъюнктивит	13,3	83,8
Экзантема	-	36,5
Боли в животе	-	25,7
Нарушение стула	-	15

Как видно из представленных в таблице 1 данных, частота встречаемости клинических симптомов зависела от тяжести течения болезни. Экзантема, боли в животе и нарушение стула имели место лишь при среднетяжелой форме болезни, при которой также существенно чаще наблюдались головная боль, миалгии, явления конъюнктивита, отеки век и лица. Абсолютным признаком у всех пациентов было наличие лихорадки, а у 97,3% пациентов с среднетяжелой формой болезни наличие миалгий.

Показатели периферической крови у пациентов с трихинеллезом с учетом тяжести болезни представлены в таблице 2.

Таблица 2. Показатели периферической крови у пациентов с трихинеллезом в зависимости от тяжести болезни ($M \pm m$)

Показатели	Легкая форма n=6	Среднетяжелая форма n=22
Эритроциты, $10^{12}/л$	4,77±0,68	4,84±0,42
Гемоглобин, г/л	144,16±0,82	141,65±0,27
Лейкоциты, $10^9/л$	7,72±0,14	8,22±0,18
Эозинофилы, %	11,5±0,35	14,09±0,12
Палочкоядерные, %	6,0±0,11	6,51±0,09
Сегментоядерные, %	54,66±0,31	55,14±0,34
Лимфоциты, %	24,52±0,21	21,02±0,27
Моноциты, %	3,32±0,16	3,24±0,18
СОЭ, мм/час	6,7±0,11	13,9±0,12

Как видно из представленных в таблице 2 данных, содержание лейкоцитов в периферической крови и процентное содержание эозинофилов у пациентов со среднетяжелой формой болезни были выше, однако эта разница статистически недостоверна ($P > 0,05$). Показатели эозинофилии выше 25% наблюдались у 4-х пациентов со среднетяжелой формой болезни (18,8%) и у 1 – с легкой. У 17,86% всех пациентов при поступлении в стационар содержание эозинофилов в крови было в пределах нормы, что согласуется с данными литературы о том, что у пациентов с трихинеллёзом, в начальный период болезни, эозинофилия в периферической крови в ряде случаев отсутствует [2].

Биохимические показатели крови пациентов с трихинеллёзом практически не отличались от нормы, за исключением незначительного повышения активности АсАТ и АлАТ в 2-х случаях среднетяжелого течения болезни.

Выводы:

1. Групповая вспышка трихинеллёза, связанная с употреблением в пищу мяса дикого кабана, характеризовалась преобладанием среднетяжелых форм болезни и отсутствием тяжелых, что обусловлено на наш взгляд, употреблением мясного продукта после термической обработки.

2. Частота встречаемости клинических симптомов трихинеллёза зависела от тяжести болезни. Абсолютным признаком трихинеллёза у пациентов при поступлении в стационар была лихорадка. В большом проценте случаев общая слабость отеки век и лица, миалгии.

3. Показатели эозинофилии были невысокими, а у 17,8% случаев содержание эозинофилов в периферической крови при поступлении пациентов в стационар было в норме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев, В.С. Вопросы эпидемиологии, клиники и профилактики трихинеллёза в Гродненской области / В.С. Васильев, В.И. Комар, М.И. Богуцкий // Современные проблемы профилактики зоонозных болезней и пути их решения: тезисы докладов III Республиканской научно-практической конференции. – Гродно, 1987. – С. 194-195.

2. Озерецковская, Н.Н. Клиника и лечение гельминтозов / Н.Н. Озерецковская, Н.С. Зальнова, Н.И. Тумольская // Л. :Медицина. – 1985. - 184 с.

3. Цыркунов, В.М. Клинико-эпидемиологические, иммунопатогенетические особенности, состояние диагностики и лечения трихи-

неллэза / В.М. Цыркунов [и др.] // Клиническая инфектология и паразитология. – 2012. - № 2 (02). – С. 92-98.

4. Чистенко, Г.Н. Трихинеллэз / Г.Н. Чистенко, Т.С. Гузовская, И.А. Раевская // Мир медицины. – Минск: ОДО «НТМ-2000», 2015. - №1. – С. 5-8.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА И АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОМИНИРУЮЩИХ СЕРОВАРОВ САЛЬМОНЕЛЛ

¹Богущий М.И., ²Гура Е.С.

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская областная инфекционная клиническая больница»

Актуальность. Сальмонеллез относится к инфекционным заболеваниям с повсеместным распространением. Несмотря на некоторую стабилизацию заболеваемости ситуация по сальмонеллезу в Республике Беларусь остается достаточно сложной, составляя 4,55 на 100 тыс. населения [2, 3]. В возрастной структуре заболевших преобладают дети [2]. Произошла смена доминирующего в прошлом серовара *S.typhimurium*, обладающего лекарственной полирезистентностью и способностью выступать в роли возбудителя внутрибольничного сальмонеллеза на серовара *S.enteritidis* [1, 3, 4], данные о лекарственной резистентности которого не столь многочисленны, и порою противоречивы [1, 3]. Имеются сообщения, что для доминирующих в настоящее время сероваров сальмонелл характерна резистентность к большинству антибактериальных препаратов, в т. ч. цефалоспорином III поколения и фторированным хинолонам [3]. В связи с этим изучение этиологической структуры возбудителей сальмонеллеза и антибиотикочувствительности доминирующих сероваров, циркулирующих на определенной территории, весьма актуально для проведения эффективной этиотропной терапии.

Цель исследования. Изучить эпидемиологическую роль различных сероваров сальмонелл в структуре заболеваемости сальмонеллезом взрослого населения и определение лекарственной резистентности клинических изолятов доминирующих сальмонелл для совершенствования стартовой терапии.

Материал и методы исследования. Наблюдались 485 па-