

сняты и выставлены диагнозы непрофильной для инфекционного стационара патологии (врождённой гидроцефалии, органического расстройства личности, субарахноидального кровоизлияния, судорожного синдрома, энцефалопатии). Таким образом, частота совершённых диагностических ошибок у пациентов с менингеальным синдромом составила $2,0 \pm 0,4\%$. В ходе лечения пациентов с диспепсическим синдромом у 8 из них был снят диагноз кишечной инфекции и выставлены диагнозы (разрыва аневризмы аорты, острого тромбоза мезентериальных сосудов, сепсиса, агранулоцитоза и опухоли средостения, инфаркта миокарда, цирроза печени, очаговой пневмонии, дисбиоза кишечника). Таким образом, число диагностических ошибок составило $10,6 \pm 3,6\%$.

Если в случае подозрения на нейроинфекцию практический врач относится к дифференциации этой патологии достаточно ответственно, и, соответственно, реже совершает диагностические ошибки ($2,0\%$ находится в диапазоне допустимой статистической погрешности). В то же время в случае с заболеванием, с диспепсическим синдромом, столь вероятно, заболевание не кажется врачу угрожающим жизни пациента и дифференциальная диагностика проводится несколько более поверхностно, что приводит к совершению недопустимо высокого числа диагностических ошибок.

ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ВОЗРАСТНОЙ И ПОЛОВОЙ АСПЕКТЫ

Сикор Д.В., Яровая А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Васильев А.В

Полиморфизм клиники энтеровирусной инфекции (далее ЭВИ), способность вовлекать в патологический процесс жизненно важные органы, (головной мозг, сердце, печень) и склонность к эпидемическому распространению, - определяют актуальность исследования данной инфекции.

Целью данного исследования стало изучение особенностей клинического течения энтеровирусной инфекции у детей и взрослых, а также у лиц мужского и женского пола.

Материалом для проводимого исследования стали данные историй болезни пациентов, лечившихся в Гродненской инфекционной областной клинической больнице в 2003 году (123 истории болезни), в 2009 году (32 истории болезни) и в 2014 году (61 история болезни). У всех пациентов диагноз «энтеровирусная инфекция» был подтверждён серологически либо в ПЦР. Методом исследования стал ретроспективный сравнительно – статистический анализ.

В результате проведенного исследования установлено, что в половом аспекте достоверных различий в группах пациентов не обнаружено. В то же время ЭВИ у детей и у взрослых протекала с большим количеством существенных различий. Так у взрослых не отмечалось фебрильной лихорадки, тогда как у детей частота таковой составила $37,3 \pm 5,6\%$. Отмечалась разница в частоте жалоб на боли в горле, частоте выявления экзантемы и энантемы. Однако данные различия не были достоверными. Обратило на себя внимание

то обстоятельство, что у детей при течении ЭВИ в виде нейроинфекции чаще был более выраженный менингеальный синдром (симптом Кернига встречался у взрослых с частотой $28,5 \pm 18,4\%$ в то время как у детей этот показатель составил $94,3 \pm 14,1\%$; $p < 0,05$). Обнаруженные достоверные различия в частоте пульса, показателях артериального давления и в показателях числа эритроцитов во внимание не принимались, так как являются различными и в норме в группах пациентов. Но вот если у взрослых число лейкоцитов чаще оставалось нормальным $6,9 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$, то у детей имелась достоверная тенденция к лейкоцитозу $9,4 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$). Показатель СОЭ у взрослых также был достоверно ($< 0,05$) выше при поступлении в стационар. Относительное содержание нейтрофилов и лимфоцитов в формуле крови также различались в группах пациентов достоверно ($< 0,01$), хотя с учетом того, что среди детей преобладали пациенты младшего возраста, данное обстоятельство можно считать особенностью самих групп, а не особенностью ЭВИ у них. Показатель плеоцитоза в группах пациентов был примерно равным. Но вот клеточный состав несколько различался. Так у взрослых отмечено преобладание лимфоцитов $58,8 \pm 7,2\%$, тогда как у детей характер ликвора можно назвать преимущественно нейтрофильным (лимфоциты составили $41,1 \pm 1,7\%$; $p < 0,01$). Лихорадочный период у взрослых был (в среднем) более продолжительным ($4,3 \pm 0,5$ и $3,4 \pm 0,1$; $p < 0,05$). Также и показатель длительности пребывания больных в стационаре у взрослых составил $12,5 \pm 0,7$ дней, тогда как у детей только $10,7 \pm 0,2$ дня ($< 0,05$).

Различия в группах ликворологических показателей, вероятнее всего, объясняются более нестабильным гематоэнцефалическим барьером у детей в сравнении со взрослыми.

Подводя итог, можно сказать, что явления общего токсикоза у детей более выражены, в то время как продолжительность болезни короче, у взрослых заболевание в клиническом аспекте низкоамплитудное, но более продолжительное.

ВЛИЯНИЕ БЕТУЛИНА И КУРКУМИНА НА ИММУННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ КРЫС ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ ХЛОРИДОМ АЛЮМИНИЯ

Синица И.В.¹, Коваленя Т.А.¹, Шляхтун А.Г.^{1,2}

¹-УО Гродненский государственный университет им. Я.Купалы, кафедра экологии;

²-ГП Институт биохимии биологически активных соединений НАН Беларуси
Научный руководитель – науч. сотр., ст. преп. каф. экологии Шляхтун А.Г.

Токсичность алюминия для биологических систем хорошо известна, однако данные по токсикологии, в том числе по иммунотоксичности соединений алюминия, весьма скудные. Цель настоящей работы заключалась в исследовании влияния хлористого алюминия на иммунные показатели крови крыс линии Wistar и возможности коррекции изменений бетулином и куркумином.

Материалы и методы. Использовали крыс самцов линии Wistar весом 300-400 г. Животные на протяжении 40 сут. получали в/ж раствор AlCl_3 в дозе 200 мг/кг/сут. Контрольные – получали эквивалентные количества воды. После периода интоксикации животным вводили на протяжении 20 сут.: 1 – куркумин,