

2. Сочетанное (пероральное и парентеральное) введение преднизолона лучше переносилось больными, чем только парентеральное его введение.

3. Сочетанное (пероральное и парентеральное) введение преднизолона обходится значительно дешевле, чем только парентеральное его введение.

## ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ РАЗВИТИИ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ПОЛИХИМИОТЕРАПИЮ

*Пилецкая Е.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра фтизиатрии с курсом профпатологии*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Вольф С.Б.*

Развитие туберкулеза сопровождается иммунным дисбалансом. Побочные реакции (ПР) на противотуберкулезные препараты (ПТП) могут усугублять имеющийся дисбаланс.

**Целью** исследования явилось изучение влияния ПР на некоторые показатели иммунорезистентности.

**Материалом и методы.** Изучались две группы больных туберкулезом, получающих 4–5 ПТП. В контрольную группу вошли 154 пациента, у которых в процессе химиотерапии не выявлено ПР, в основную включены 74 больных, у которых были выявлены ПР на ПТП.

**Результаты.** Возникновение ПР на ПТП у больных туберкулезом способствует снижению уровня CD4 в сравнении с исходным значением. Содержание CD3 и CD8 сохранилось неизменным, что привело к снижению показателя иммунорегуляторного индекса. При этом отмечено увеличение показателей гуморального звена иммунитета у больных основной группы – достоверное повышение уровня иммуноглобулинов G, M и ЦИК. Одновременно снизилась фагоцитарная и комплементарная активность.

При анализе вышеуказанных показателей у больных контрольной группы (без ПР на ПТП) статистически значимых различий в сравнении с исходными значениями не выявлено. Через 3 месяца лечения практически все вышеуказанные показатели у больных основной группы вернулись к своим исходным значениям (до лечения), но не нормализовались. За этот период показатели в контрольной группе нормализовались.

### **Выводы:**

1. Развитие побочных реакций на ПТП негативно отражается на показателях иммунорезистентности, усиливается дисбаланс в Т-звене иммунитета, угнетается фагоцитоз.

2. Через 3 месяца лечения негативное влияние побочных реакций на показатели иммунорезистентности несколько нивелируется. Однако их значения остаются достоверно ниже таковых значений у больных контрольной группы и здоровых лиц. Напротив, у больных контрольной группы (без развития ПР на ПТП) через 3 месяца полихимиотерапии показатели иммунорезистентности, прежде всего, клеточного звена иммунитета и фагоцитоза нормализуются и значимо не отличаются от таковых у здоровых лиц.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*Пилецкая Е.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Кравчук Ю.В.*

**Цель исследования.** Изучить эпидемиологические особенности и качество диагностики коклюша у детей в современных условиях.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели использовали данные историй болезни детей с коклюшем, лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице в 2008–2009 годах. Частотные данные обработаны методом вариацион-

ной статистики, а данные процентной частоты анализируемых показателей обработаны методом вариационной статистики по методу И.А. Ойвина (1959).

**Результаты исследования.** Анализируемая группа состояла из 40 детей. Из них: 23 мальчика (57,5 %) и 17 девочек (42,5%). Средний возраст наблюдавшихся детей составил  $2,2 \pm 0,6$  лет. Детей до одного года было 24 (60 %), из них в возрасте до трех месяцев – 11 детей (27,5 %). За медицинской помощью обращались в среднем на  $5,5 \pm 1,2$  день, а часть больных ( $27,5 \pm 7,06\%$ ) обратились за медицинской помощью позже седьмого дня заболевания. Жители города составили 80 %, а дети из сельской местности – 20% из числа наблюдаемых. В городских квартирах проживало на момент госпитализации 65%, а в частных домах – 35% детей. Не посещали детские организованные коллективы в анализируемой группе 75% детей, 25 % – находились в организованных коллективах, их них 12,5% посещали школу, а 12,5% посещали детский сад. Указания на контакт с больными, у которых наблюдался длительное время кашель, имели только  $32,5 \pm 7,41\%$ . Интересен факт, что при направлении в инфекционный стационар только у 40 % больных был выставлен диагноз «коклюш», еще в 35 % случаев выставлен направительный диагноз «коклюш?», а в остальных случаях были выставлены другие диагнозы. В основном на госпитализацию в инфекционный стационар направлялись врачами других стационаров (иногда после проведенного начального курса лечения) –  $62,5 \pm 7,65\%$ , в  $27,5 \pm 7,06\%$  – врачами поликлиник, а в  $10,0 \pm 4,74\%$  случаев больные доставлялись бригадой скорой медицинской помощи. Путем анализа сезонности заболевания коклюшем выявлено практически равномерное распределение заболевших по сезонам года: весна – 32,5%, лето, осень и зима по 22,5%.

Этиологический диагноз «коклюш» в наблюдаемой группе был установлен в среднем на  $11,3 \pm 1,77$  день от даты первичного обращения за медицинской помощью; у 22 больных (55%) диагноз был установлен позже 7 дня, из них у 15 (37,5%) по прошествии 2 недель и более (максимально на 44 день).

**Заключение.** Коклюшем болеют в основном дети первых трех лет жизни. Так же, как и в прошлые годы, выраженной сезонности данной инфекции не наблюдается.

Учитывая, что основная масса заболевших детей проживает в городских квартирах и каждый четвертый посещает организованные коллективы, вероятность сохранения высокого уровня заболеваемости этой высококонтагиозной инфекцией в современных условиях сохраняется.

В ходе диагностического поиска установлено, что часть детей, больных коклюшем, первоначально госпитализируются в детские отделения соматических стационаров, чем создается реальная угроза инфицирования других детей коклюшем в период их стационарного лечения.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что диагностика коклюша на амбулаторном этапе остается сложной и находится на недостаточно высоком уровне.

## ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С КОИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ВГС

*Пирогова А.М.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Матиевская Н.В.*

**Актуальность.** В современной научной литературе широко распространено мнение о том, что коинфекция ВИЧ/ВГС приводит к усилению прогрессии ВГС-инфекции, сокращению сроков формирования цирроза печени, высокой частоте «печеночных» причин смерти среди ВИЧ-инфицированных пациентов.

**Цель исследования:** оценить характер патогистологических изменений у больных с коинфекцией ВИЧ/ВГС.