

В ходе проведенных исследований разработаны методики комплексной балльной оценки особенностей течения психофизиологической и психической адаптации учащихся школьного возраста и студентов, позволяющие обосновать индивидуализированные стратегии использования средств профилактического содержания и психогигиенической коррекции, основными этапами реализации которых являются следующие этапы: установление степени выраженности психофизиологических функций и личностных особенностей; оценка полученных результатов в баллах в соответствии с данными специально созданных шкал балльной оценки; расчет интегральных показателей успешности течения процессов психофизиологической и психической адаптации и их количественная оценка; обоснование конкретных путей использования средств профилактического содержания и психогигиенической коррекции имеющихся отклонений со стороны ведущих коррелят адаптационного процесса.

Острый ларинготрахеит у детей

Сергиенко Е.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Острый ларинготрахеит (стенозирующий ларинготрахеит) является клинической формой острых респираторных инфекций как вирусной, так и бактериальной этиологии, особенно у детей младшего возраста, что обусловлено тропностью возбудителей и анатомо-физиологическими особенностями дыхательных путей.

Целью нашего исследования явился анализ эпидемиологических и клинико-лабораторных особенностей острых вирусных ларинготрахеитов у детей на современном этапе.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 38 историй болезней больных, находившихся на лечении в УЗ «ГДИКБ» в 2013 г., с клиническим диагнозом «острый ларинготрахеит». Среди пациентов преобладали мальчики 68%. По возрастному составу больные распределились следующим образом: дети 1 года – 21%, 1–3 года – 63%, 4–6 лет – 16%.

Для определения этиологической структуры острых ларинготрахеитов всем больным методом ПЦР проводилось исследование назофарингеальных мазков на респираторные вирусы (грипп А, В, парагрипп 1–4 типов, РС-, адено-, рино- и бокавирусы). Среди вирусов у 45% пациентов был выделен парагрипп (из них 1 типа – 82%, 2 типа – 12% и 3 типа – 6%), респираторно-синцитиальный, как и риновирусы в 21% случаев, вирус гриппа А в 8% и бокавирус в 5%. Полученные нами результаты – преобладание в этиологической структуре острых ларинготрахеитов вирусов парагриппа – соответствуют имеющимся литературным данным.

Результаты и их обсуждение. Больные поступали в стационар в первые 3-е суток от начала заболевания. В 58% случаев заболевание начиналось остро с повышения температуры до фебрильных цифр, в среднем

$38,5 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$. Длительность лихорадки составила $2,7 \pm 0,6$ дня. У всех больных клиническими проявлениями заболевания были: грубый «лающий» кашель, осиплость голоса и затруднение вдоха разной выраженности в зависимости от степени стеноза гортани, который в 84% был компенсированным и в 16% – субкомпенсированным. При поступлении в стационар у 30 пациентов (79%) состояние было расценено как среднетяжелое, а у 21% – тяжелое (за счет стеноза гортани или гипертермии).

Таким образом, основными этиологическими агентами в структуре острых ларинготрахеитов являются вирусы парагриппа 1 типа. В клинической картине заболевания характерно наличие лихорадки (58%) и/или респираторных проявлений в виде триады симптомов (стенотическое дыхание, изменение тембра голоса, «лающий» кашель).

Бокавирусная инфекция у детей

Сергиенко Е.Н., Кашкан А.М.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь;
Городская детская инфекционная клиническая больница, Минск, Республика Беларусь*

Цель исследования: определение места бокавирусной инфекции в этиологической структуре ОРВИ у госпитализированных детей и определение клинических особенностей ее течения.

Материалы и методы. В период с октября 2009 г. по май 2012 г. было обследовано методом ПЦР на респираторную группу вирусов 607 пациентов в возрасте от 1 мес до 18 лет, госпитализированных в отделения респираторной патологии УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска с симптомами ОРВИ.

Для определения клинических особенностей бокавирусной инфекции в исследование включено 33 пациента с верифицированным методом ПЦР диагнозом.

Результаты и их обсуждение. В структуре основных возбудителей ОРВИ частота выявления бокавируса за анализируемый период составила 4%, причем в различные эпидемические периоды колебалась от 2,5 до 8%. Бокавирус практически с одинаковой частотой выявляли как в виде моноинфекции ($n = 17$) в 52% случаев, так и коинфекции ($n = 16$) – 48%. Анализ клинических проявлений показал, что основными синдромами, которые наблюдались у детей, были – гипертермический и респираторный. Лихорадка в большинстве случаев носила фебрильный характер со средним значением температуры – $38,6 \pm 0,43^{\circ}\text{C}$. Респираторный синдром характеризовался наличием кашля у 91% пациентов и ринита в 70%. Наличие признаков поражения ЖКТ (рвота 1–2 раза в сутки, разжиженный стул до 3 раз, без патологических примесей) зарегистрировано у 10% пациентов. В 61% случаев клинической формой заболевания был бронхит или обструктивный бронхит, поражение гортани наблюдалось у 8 пациентов (24%) с бокавирусной инфекцией.

Осложнения наблюдались у 40% пациентов, причем в группе пациентов с микст-инфекцией чаще (50%), чем в

группе с моно-инфекцией (29%). Структура осложнений представлена следующим образом: отит (23%), пневмония (69%), пневмоторакс (8%).

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

Частота бокавирусной инфекции в структуре острых респираторных вирусных инфекций составляет 2,5–8%; Бокавирусная инфекция регистрируется практически с одинаковой частотой, как в форме моно-, так и микст-инфекции; Клиническая картина заболевания характеризуется наличием 2 синдромов гипертермического и респираторного; Отмечается преимущественное поражение бокавирусом нижних отделов дыхательных путей с развитием бронхита или обструктивного бронхита (61%); Частое развитие осложнений (в 40% случаев), в 87% – в виде поражения легких.

Оптимизация комплексной реабилитации младенцев с перинатальным поражением центральной нервной системы с применением гипербарической оксигенации

Симченко А.В., Девялтовская М.Г.

Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Минск, Республика Беларусь

Гипербарическая оксигенация (ГБО) – эффективный метод быстрого устранения гипоксии и ее последствий, который предусматривает «принудительное» увеличение кислородных запасов тканей при дыхании под повышенным барометрическим давлением.

Материалы и методы. Исследован клиничко-неврологический, соматический статус, электроэнцефалографические характеристики у 90 младенцев с последствиями перинатального поражения ЦНС. 76 детей имели диагнозы: «Энцефалопатия новорожденного» и 14 – «Отсутствие ожидаемого нормального физиологического развития». Дети обследованы в возрасте от 7 дней до 1,5 мес жизни. Все дети были осмотрены отоларингологом, кардиологом, специалистом по ГБО. Выполнены: электрокардиография (ЭКГ), ЭХО-кардиография (ЭХО-КГ), нейросонография, электроэнцефалография (ЭЭГ). Выполнены лабораторные исследования с определением кислотно-основного состояния капиллярной крови, биохимические показатели венозной крови. Критерии исключения из исследования: дети с судорожным синдромом, снижением порога судорожной готовности, судорогами в анамнезе; дети с внутричерепной гипертензией; дети с ОРВИ; дети с отитами; дети с ЛОР-патологией; дети с врожденными пороками сердца.

Результаты и обсуждения. Энцефалопатия новорожденного проявлялась: синдромом возбуждения ЦНС – 9 (10,0%) детей, синдромом угнетения ЦНС – 38 (42,2%), задержка моторного развития (ЗМР) с дистонией – 26 (28,9%), ЗМР с гипотонией – 12 (13,3%), ЗМР с флек-

сорным гипертонусом – 11 (12,2%) детей. Нормальные показатели при нейросонографии определялись у 36 (40,0%) детей, перивентрикулярный отек – 41 (45,6%) младенцев, субэпендимальные кисты – 14 (15,6%) перивентрикулярные кровоизлияния 1–2 ст. – 9 (10,0%) детей. Норма при электроэнцефалографии обнаружена у 69 (76,7%) младенцев. Дети с пограничными и патологическими изменениями на ЭЭГ исключены из исследования. ЭКГ без отклонений выявлена у 74 (82,2%) младенцев. Дети с ВПС и нарушениями сердечного ритма были исключены из исследования. Лабораторные показатели находились в референтных пределах.

Заключение. Детям с последствиями перинатального поражения ЦНС, реализованных в «Энцефалопатию новорожденного» на первом месяце жизни и «Отсутствие ожидаемого нормального физиологического развития» в возрасте от 1 до 12 мес, рекомендуется гипербарическая оксигенация в комплексной реабилитации.

Клинические проявления диспепсического синдрома у детей, больных острыми респираторными вирусными инфекциями, на фоне аденоидных вегетаций

Смиян А.И., Бында Т.П., Дмитрова Е.В.

Сумской государственной университет, Сумы, Украина

Ведущая роль нормальных кишечных бактерий заключается в защите организма от колонизации условно-патогенными и патогенными бактериями и предупреждение избыточного роста бактерий в кишечнике. Микрофлора желудочно-кишечного тракта поддерживает метаболическое и биохимическое равновесие, способствует активации иммунных реакций, создавая иммунологическую резистентность.

Целью исследования было изучение клинических проявлений диспепсического синдрома у детей больных острыми респираторными вирусными инфекциями на фоне аденоидных вегетаций с количественным и качественным нарушением микрофлоры желудочно-кишечного тракта.

Нами обследовано 58 детей в возрасте от 3 до 7 лет в остром периоде заболевания. 1-ю группу составили 33 ребенка, больные острыми респираторными вирусными инфекциями, на фоне аденоидных вегетаций, находившихся на амбулаторном лечении в Сумской городской детской клинической больницы и 25 здоровых детей – 2-я группа.

При бактериологическом исследовании испражнений детей 1-й группы установлены следующие изменения в составе кишечной микрофлоры: количественное уменьшение бифидобактерий до $(5,18 \pm 0,29)$ IgKYO/г ($p < 0,001$), лактобактерий – до $(5,11 \pm 0,35)$ IgKYO/г ($p < 0,05$), рост *Klebsiella pneumoniae* до $(16,875 \pm 1,31)$ IgKYO / г ($p < 0,01$), *Staphylococcus aureus* – до $(9,64 \pm 1,80)$ IgKYO / г ($p < 0,01$), *C. albicans* – до $(8,73 \pm 2,08)$ IgKYO / г ($p < 0,05$). У детей