

Специальная медицинская группа характеризовалась высокой искренностью (13,6 баллов), средней экстраверсией — интроверсией (15,2 балла), высокой ригидностью (13,1 балла), средней эмоциональной возбудимостью (8,7 балла), быстрым темпом реакции (14 баллов) и низкой активностью (12,9 баллов).

Для группы лечебной физической культуры характерны следующие показатели: высокая искренность (16,1 балла), высокая экстраверсия (17,2 балла), средняя ригидность (10,1 балла), быстрый темп реакции (14 баллов) и средняя активность (13,4 балла).

Анализ результатов шкалы показывает, что искренность выше всего была зафиксирована в группе ЛФК, затем СМГ и основная группа замыкает тройку.

Ригидность — пластичность. Средняя в основной и группе ЛФК, но ближе всего (в рамках средних показателей) к пластичности оказалась группа ЛФК (10,1), в группе СМГ зафиксирован высокий уровень ригидности.

Эмоциональная возбудимость — эмоциональная уравновешенность. Средняя в трех группах, но более всего эмоционально возбудимой оказалась основная группа, затем группа ЛФК, а группа СМГ была ближе всего к эмоциональной уравновешенности.

Темп реакции в основной группе средний, в группах же СМГ и ЛФК оказался одинаково высоким. Низкая активность была зафиксирована в основной группе и группе СМГ, но в рамках низкой шкалы показатели группы СМГ были на «пороге» средней шкалы активности. Группа же ЛФК отличалась средним уровнем активности.

Выводы

В результате анализа полученных данных явно наблюдается тенденция.

1. Чем ниже уровень здоровья студентов, тем они более искренни, открыты для общения, у них выше темп реакции и уровень активности, что в целом можно оценить как более высокий уровень адаптации при взаимодействии с реальностью. Уровень готовности к адаптации самый высокий в группе ЛФК, затем в группе СМГ и самый низкий уровень наблюдается в основной группе.

2. Группа ЛФК более склонна, будучи на первом курсе, к тому, чтобы занимать активную жизненную позицию (уровень экстраверсии, темп реакции и уровень активности). Основная и СМГ группы близки по результатам, но показатели СМГ по уровню экстраверсии, темпу реакции и уровню активности и искренности выше, чем данные основной группы. Таким образом, можно сказать, что СМГ имеет незначительно более высокий уровень готовности к адаптации, чем основная группа.

3. Студентам групп ЛФК и СМГ приходится преодолевать определенные ограничения, связанные с состоянием их здоровья, в результате чего, судя по результатам исследования, они вынуждены были развить у себя такие качества как легкость вступления в контакты и открытость (экстраверсия), активность и более быстрая реакция на события, что и нашло отражение в результатах проведенного исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Практическая психодиагностика: методика и тесты / под ред. Д. Я. Райгородского. — М.: Изд. дом «БАХРАХ-М», — 2003. — 30 с.

УДК 616.2-036.11-053.3

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Сергейчик Л. С.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема острых респираторных инфекций в педиатрической практике приобретает особую актуальность, так как в структуре общей первичной заболеваемости детей на долю респираторных заболеваний приходится больше случаев, чем на остальные болезни вместе взятые [1].

Особо уязвимой остается группа детей младшего возраста, у которых ОРИ составляют 65 % от всех регистрируемых заболеваний, причем они являются одной из основных причин

их госпитализаций [2]. Дети, проживающие в крупных городах, относятся к группе высокого риска по распространенности инфекций респираторного тракта. У детей младше трех лет респираторная инфекция достаточно часто приводит к развитию бактериальных осложнений, в частности пневмоний, острого среднего отита. По данным ВОЗ, от острых респираторных инфекций и их осложнений ежегодно умирает 4 млн детей в возрасте до 5 лет, причем доля детей до 1 года, среди умерших, составляет более 66 %. [1] Выявленная полиэтиологичность респираторных инфекций диктует необходимость использовать антибактериальные и противовоспалительные средства, применение которых может способствовать формированию хронизации и рецидивированию инфекционного процесса, а также возникновение резистентности [1, 3].

Основными возбудителями ОРЗ являются различные вирусы (гриппа и парагриппа, риновирусы, аденовирусы, респираторно-синцитиальные вирусы, энтеровирусы), проникающие в организм преимущественно воздушно-капельным путем. Второй по значимости является бактериальная природа ОРЗ, среди которой наиболее часто регистрируются стрептококки, гемофильная палочка, менингококки, стафилококки, энтерококки и т. д. постоянно вегетирующие в «верхних отделах дыхательных путей». Запускающим симптом чаще являются вирусы, которые, размножаясь в эпителиальных клетках респираторного тракта, вызывают серьезные патоморфологические нарушения в верхних дыхательных путях, что создает «благоприятные» условия для проникновения бактериальной флоры вглубь дыхательных путей с последующим развитием в них воспалительного процесса.

Проявления заболевания у детей первого года жизни, независимо от вида вируса, имеют общие черты. Ухудшается самочувствие: появляется беспокойство, нарушается сон, пропадает аппетит — все это обусловлено развитием вирусной интоксикации, отеком слизистой и заложенностью носа, «закладыванием» ушей и болезненными ощущениями в них. У ребенка повышается температура, часто выше 38–38,5 °С. На этом фоне может развиваться вялость, адинамия, возможно появление судорог. Частыми признаками ОРВИ являются учащенное дыхание (одышка), заложенность носа и обильное слизистое отделяемое, боль и першение в горле, кашель, боль в грудной клетке. Все эти проявления простудных заболеваний обусловлены тем, что вирусы проникают в клетки, выстилающие дыхательные пути, вызывают раздражение слизистой оболочки и развитие воспаления в разных отделах дыхательных путей [2, 3].

Таким образом, ОРВИ в современном мире нередко имеют тяжелое течение с развитием осложнений. Это обусловлено как появлением ранее «исчезнувших» инфекционных заболеваний, так и появлением новых вирусов. Данные вирусы имеют тенденцию к постоянному изменению. Это способствует формированию, высокотоксигенных, резистентных к этиотропным препаратам штаммов вирусов. Отсутствие иммунологической памяти к ним в популяции, а также формирование резистентности к существующим этиотропным препаратам способствует быстрому распространению и тяжелому течению ОРВИ. Именно этим обусловлена необходимость постоянного изучения механизмов развития инфекционного процесса и выработки способов повышения иммунной защиты организма [3].

Следует отметить, что заболеваемость респираторными инфекциями остается стабильно высокой, что обусловлено в первую очередь отсутствием средств специфической иммунопрофилактики, способностью некоторых вирусов к латентному персистированию и хронической сенсibilизации организма.

Цель

Изучить структуру и особенности течения острых респираторных инфекций у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» (ГОДКБ).

Были проанализированы 60 медицинских карт стационарных пациентов с диагнозом острая респираторная инфекция, которые находились на стационарном лечении в ГОДКБ с ноября 2015 по январь 2016 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследованных детей преобладали жители города — 49 (81,67 %) детей. Мальчиков было 33 (55%), девочек — 27(45%).

Большинство из госпитализированных детей были первым ребенком в семье — 26 (43,33 %) детей, вторым — 24 (40 %) ребенка, третьим — 6 (10 %) детей, четвертым — 1 (1,67 %) ребенок, пятым — 2 (3,33 %) ребенка, шестым — 1 (1,67 %). Среди обследуемых детей, чаще болели дети, находящиеся на искусственном вскармливании — 42 (70 %) ребенка, на естественном и смешанном — 17 (28,33 %) и 1 (1,67 %) соответственно.

39 (65 %) детей имело нормальную массу тела, избыток массы тела — 13 (21,67 %) детей, дефицит массы тела встречался у 8 (13,33 %) детей.

Анализируя структуру острых респираторных инфекций у детей раннего возраста было выявлено, что в данной возрастной группе преобладал обструктивный бронхит — у 19 (31,67 %) детей, реже ларинготрахеит — у 15 (25 %) детей и фарингит (с такой же частотой), трахеит — у 6 (10 %) детей, бронхит — у 5 (8,33 %).

У 3 (5 %) детей острая респираторная инфекция осложнилась острым двусторонним отитом, у 1 (1,67 %) ребенка — транзиторной тромбоцитопенией.

Чаще дети поступали в стационар в первые сутки заболевания — 14 (23,33 %) детей, на вторые сутки — 13 (21,67 %) детей, на третьи — 11 (18,33 %), на пятые — 3 (5 %), позже пятых суток поступило 10 (16,67 %) детей.

Большинство детей поступали для стационарного лечения в среднетяжелом состоянии — 43 (71,67 %) ребенка, в тяжелом состоянии — 17 (28,33 %) детей. Степень тяжести состояния детей была обусловлена следующими синдромами: интоксикации — у 39 (65 %) детей, катаральными явлениями — у 14 (23,33 %) детей, бронхообструктивным синдромом — у 19 (31,67 %) детей, стенозом гортани — у 12 (20 %) детей, дыхательной недостаточностью — у 3 (5 %), недостаточностью кровообращения — у 1 (1,67 %) ребенка.

Жалобы на повышение температуры тела предъявляли 48 (80 %) детей, на кашель — 45 (75 %), затруднение носового дыхания — 25 (41,67 %) детей, шумное дыхания — 14 (23,33 %), осиплость голоса отмечалась у 12 (20 %) детей.

В 80 % случаев течение острых респираторных инфекций у детей сопровождалось повышением температуры тела, причем фебрильная температура тела наблюдалась у 24 (40 %) детей, субфебрильная — у 16 (26,67 %), у 8 (13,33 %) детей отмечалась пиретическая температура тела. Средняя длительность повышения температуры составила 3,54 дня.

При объективном осмотре были выявлены следующие изменения со стороны верхних дыхательных путей: гиперемия дужек зева — у 57 (95 %) детей, затрудненное носовое дыхание — у 26 (43,33 %), налеты на миндалинах — у 4 (6,67 %). Со стороны нижних дыхательных путей отмечались следующие физикальные изменения: жесткое дыхание — у 53 (88,33 %) детей, которое в 25 % случаев (у 15 детей) сопровождалось удлинением выдоха. У 18 (30 %) детей жесткое дыхание сочеталось с сухими свистящими хрипами, у 12 (20 %) детей — с проводными, у 6 (6,67 %) детей — с влажными. Инспираторный стрidor отмечался в 5 % случаев (3 детей).

Всем детям при поступлении был взят общий анализ крови, где были выявлены следующие изменения: анемия — у 5 (8,33 %) детей, лейкоцитоз — у 41 (68,33 %) ребенка, сдвиг лейкоцитарной формулы влево — у 48 (80 %), лейкопения — у 1 (1,67 %), лимфоцитоз — у 5 (8,33 %), ускорение СОЭ — у 29 (48,33 %) детей.

Биохимический анализ крови был проведен 9 (15 %) детям, были выявлены следующие изменения: повышение уровня С-реактивного белка у 5 (55,56 %) детей, у 1 (11,11 %) ребенка отмечалось увеличение серомукоидов.

С целью исключения пневмонии 16 (26,67 %) детям проводилась рентгенограмма органов грудной клетки. У 6 (37,5 %) детей рентгенологическая картина соответствовала картине острого бронхита, у 5 (31,25 %) — обструктивного бронхита.

Для лечения острых респираторных инфекций противовирусные препараты применялись у 38 (63,33 %) детей. В качестве противовирусной терапии чаще использовались препараты интерферонов — у 37 (61,67 %) детей, гроприносин применялся у 1 (1,67 %) ребенка.

Время поступления в стационар, выраженность и длительность температурной реакции, воспалительные изменения в общем анализе крови у детей с острыми респираторными инфекциями определяли проведение антибактериальной терапии, которая по данным нашего исследования проводилась 47 (78,33 %) детям. Защищенные пенициллины (аугментин, ампи-сульбин) получали 35 (74,46 %) детей, цефалоспорины II поколения — 12 (20 %).

С выздоровлением выписаны 47 (78,33 %) детей, 13 (21,67 %) — с улучшением для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.

Средняя продолжительность стационарного лечения составила 10,82 койко-дня.

Выводы

1. Дети раннего возраста с острыми респираторными инфекциями поступают в стационар преимущественно в первые трое суток от начала заболевания с клиникой поражения различных отделов респираторного тракта, в состоянии средней тяжести, обусловленной симптомами интоксикации и бронхообструкции.

2. Основными жалобами при поступлении в стационар являются повышение температуры тела до фебрильных цифр, кашель, затруднение дыхания.

3. Картина крови характеризуется анемией легкой степени, нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличением СОЭ.

4. В качестве этиотропной терапии чаще используются препараты интерферонов.

5. Время поступления в стационар, выраженность и длительность температурной реакции, воспалительные изменения в общем анализе крови у детей с острыми респираторными инфекциями определяют назначение антибактериальной терапии. Основными стартовыми антибактериальными препаратами у детей с острыми респираторными инфекциями являются защищенные пенициллины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Германенко, И. Г. Диагностика и лечение острых респираторных инфекций у детей: учеб.-метод. пособие / И. Г. Германенко. — Минск: Асобны, 2007. — 40 с.
2. Зайцев, А. А. Лечение острых респираторных вирусных инфекций / А. А. Зайцев // Лечащий врач. — 2008. — № 8. — С. 42–45.
3. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика / Научно-практическая программа Союза педиатров России. — М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. — 69 с.

УДК 616.233-002-053.2

ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ С ГИПОТРОФИЕЙ

Сергейчик, Л. С. Зарянкина А. И., Петрова М. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на современные достижения медицины, в XXI в. распространенность респираторных инфекций не только не снижается, а все больше возрастает. Длительное время первое место в структуре инфекционной заболеваемости у детей занимают острые респираторные заболевания [1, 2].

Распространенность острых респираторных заболеваний в детском возрасте обусловлена как высокой контагиозностью инфекционного фактора, так и анатомо-физиологическими особенностями детского организма.

Частота развития бронхиальной обструкции на фоне острых респираторных заболеваний у детей первых лет жизни составляет, по данным разных авторов, от 5 до 50 %. Наиболее часто обструктивные бронхиты отмечаются у детей с отягощенным семейным анамнезом по аллергии, хроническими расстройствами питания.

Хронические расстройства питания у детей (дистрофии) — результат недостаточного либо избыточного поступления, либо усвоения питательных веществ. Эти заболевания ха-