

животе наблюдается в возрастной группе 14 лет, минимальная — в группе 7, 10, 11 лет (0,90 см). Общий прирост этого показателя за весь период составил 0,50 см или 35,71 %. Анализируя результаты наших исследований, можно отметить, что в большинстве возрастных групп показатели толщины КЖС на животе у мальчиков существенно не отличаются от показателей, полученных при исследованиях школьников С. Д. Ореховым ( $p > 0,05$ ). В трех возрастах, 10, 15 и 16 лет, этот показатель достоверно ниже, а в группе 9 лет — выше у мальчиков, обследованных нами ( $p < 0,05$ ).

### **Заключение**

В результате проведенных исследований мальчиков 7–17 лет г. Гомеля выявлены периоды интенсивного прироста, периоды его отсутствия, и даже уменьшения величины данных показателей, что связано с интенсификацией и замедлением ростовых процессов, вызванных гормональными перестройками в пре- и пубертатный периоды онтогенеза. Наибольшая возрастная вариабельность и величина прироста толщины КЖС наблюдается в выборке обследованной С. Д. Ореховым, наименьшая — в нашей выборке. Этот факт является дополнительным свидетельством пропорциональности развития детей и подростков, проживающих в данном регионе, и может отражать общие тенденции, происходящие на популяционном уровне.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Баранов, А. А. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах: руководство для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева; под ред. А. А. Баранова. — М., 2004.
2. Орехов, С. Д. Влияние некоторых популяционно-генетических и внешнесредовых факторов на физическое развитие детей и подростков Беларуси: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / С. Д. Орехов. — Гродно, 1996. — 16 с.
3. Тегакко, Л. И. Практическая антропология: учеб. пособие / Л. И. Тегакко, О. В. Марфина. — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 320 с.
4. Slaughter, M. H. The role of body physique assessment in sport science / M. H. Slaughter, C. B. Christ // Body composition techniques in health and disease / eds.: P. S. W. Davies, T. J. Cole. — Cambridge; New York: Cambridge Univ. Press, 1995. — P. 166–194.
5. Ulijaszek, S. J. The Cambridge Encyclopedia of Human Growth and Development / eds.: S. J. Ulijaszek, F. E. Johnston, M. A. Preece. — Cambridge; New York: Cambridge Univ. Press, 1998. — 457 p.
6. Utilizzazione del peso e dell'altezza riferiti in indagini di screening per l'obesita e l'ipertensione arteriosa giovanile / A. Piazzi [et al.] // Minerva med. — 1990. — Vol. 81, № 9. — P. 617–623.

**УДК 616.2-002.6-036.11-08-053.2**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

**Козловский А. А.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место в структуре детской инфекционной патологии: на ее долю приходится до 90 % всей данной патологии [1]. Заболеваемость ОРВИ превышает уровень других инфекций в 7–7,5 раз, а количество заболевших среди детей в 1,5–3 раза больше, чем среди взрослых [2].

К настоящему времени насчитывается свыше 142 различных вирусов-возбудителей ОРВИ, в т. ч. вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус, риновирусы и некоторые др. Вирусы, вызывающие ОРВИ, не являются эндемичными для какого-либо региона или страны и распространены по всему миру. Чаще они вызывают эпидемии в зимнее время, однако вспышки наблюдаются и в осенне-весенний периоды, а спорадические случаи ОРВИ — круглый год. Все возбудители ОРВИ чаще вызывают заболевания у детей дошкольного возраста, несколько реже у школьников, при этом дети являются и основными распространителями инфекции.

Острые респираторные вирусные инфекции у детей могут приводить к развитию осложнений. Острый средний отит, синуситы, миокардит, менингоэнцефалит, гломеруло-

нефрит и другие регистрируются у каждого четвертого ребенка, больного ОРВИ. Чем младше ребенок, тем больше у него вероятность развития осложнений; эта вероятность уменьшается на 20 % каждые последующие 6 лет жизни ребенка [3, 4].

Улучшение исходов ОРВИ, уменьшение числа осложнений при них находится в прямой зависимости от своевременно назначенного и адекватного лечения. В последние годы внимание врачей-педиатров привлек препарат гроприносин, механизм противовирусного действия которого состоит как в прямом ингибировании вирусов, так и в усилении специфического и неспецифического противовирусного иммунитета [5].

#### ***Цель исследования***

Изучение эффективности клинического использования гроприносина при лечении острых респираторных вирусных инфекций у детей.

#### ***Материалы и методы исследования***

Под нашим наблюдением находилось 175 детей с ОРВИ, госпитализированных в инфекционное отделение № 2 УЗ «ГОДКБ» в возрасте от 2-х до 16 лет.

Больные были разделены на две клинические группы: 1-я группа — 100 пациентов (56 мальчиков и 44 девочки) в дополнение к базисной терапии получали гроприносин в возрастных дозировках, 2-я группа (группа контроля) – 75 пациентов (41 мальчик и 34 девочки) получали только базисную терапию. Базисная терапия включала в себя симптоматическое лечение и антибактериальную терапию (по показаниям) и не отличалась в обеих группах. Показаниями к назначению антибиотиков являлись воспалительные изменения в общем анализе крови, фебрильная лихорадка свыше 3-х суток, неэффективность проводимой на догоспитальном этапе терапии, дети с фоновыми заболеваниями и из группы часто и длительно болеющих. Гроприносин назначался в суточной дозе 50 мг/кг массы тела за 3 приема в течение 5–7 дней.

Две рандомизированные параллельные группы были полностью сопоставимы по полу и возрасту, клинико-лабораторным показателям. Распределение пациентов по нозологическим формам заболевания представлено в таблице.

Таблица — Распределение детей с острыми респираторными вирусными инфекциями по нозологическим формам заболевания

Заболевание	1-я группа		2-я группа	
	абс. кол-во	%	абс. кол-во	%
Ринофарингит	29	29	12	16
Фаринготрахеит	32	32	23	30,7
Ларинготрахеит	17	17	9	12
Острый бронхит	14	14	26	34,7
Обструктивный бронхит	8	8	5	6,7
Всего	100	100 %	75	100 %

#### ***Результаты и их обсуждение***

Этиологическая структура ОРВИ была представлена ведущими респираторными вирусами — аденовирусом (29,5 %), вирусом гриппа (26,2 %), вирусом парагриппа (24,6 %), респираторно-синтициальным вирусом (19,7 %).

Дети старшего возраста поступали в стационар в первые 2–3-е суток заболевания с жалобами на фебрильную лихорадку, плохое самочувствие и головную боль. Для детей младших возрастных групп были характерны беспокойство, нарушение ритма сна, бледность, отказ от еды. У всех больных отмечался респираторный синдром: заложенность носа до выраженного ринита, кашель, боль в горле. У 14,9 % больных диагностирована клиника стеноза гортани I–II степени, у 22,9 % — острый бронхит, у 7,4 % — острый обструктивный бронхит.

Дети, проживающие в городе, поступали на стационарное лечение чаще, чем жители сельской местности (71,7 и 28,3 % соответственно). Лечения до поступления в стационар не получали 17,4 % детей, антибактериальную терапию получали 27,9 % пациентов с ОРВИ.

Эффект проводимой терапии ОРВИ оценивался в динамике. Критериями клинической эффективности являлись продолжительность госпитализации, развитие осложнений, сроки и темпы обратного развития основных проявлений болезни: нормализация температуры тела, ликвидация интоксикационного синдрома, уменьшение катарального синдрома.

В первую очередь мы оценили влияние проводимой терапии на темп снижения и длительность лихорадки. Оказалось, что у больных, получавших гроприносин, снижение температуры до нормальных цифр отмечалось значительно быстрее, чем у детей, получавших только базисную терапию (в течение  $2,31 \pm 0,07$  и  $3,57 \pm 0,19$  дней соответственно,  $p < 0,001$ ). «Обрывающий» лихорадку эффект отмечался у всех больных, получавших гроприносин. Вероятно, этот эффект можно объяснить противовирусным действием препарата в отношении всех респираторных вирусов.

Токсикоз у пациентов, получавших гроприносин, имел тенденцию к более быстрому купированию. Клинически это проявлялось улучшением самочувствия, аппетита, исчезновением бледности кожи и видимых слизистых, нормализацией пульса. Длительность интоксикации у больных, получавших гроприносин, составляла  $3,26 \pm 0,09$  дня по сравнению с группой контроля —  $5,20 \pm 0,21$  дней ( $p < 0,001$ ).

При анализе респираторного синдрома нами установлено, что интенсивность насморка, кашля и степень заложенности носа при назначении гроприносина значительно уменьшались по сравнению с контрольной группой больных и составляли  $4,41 \pm 0,15$  дня и  $6,71 \pm 0,40$  дней соответственно ( $p < 0,001$ ).

Бактериальные осложнения со стороны ЛОР-органов (отит, гайморит, гайморозтмоидит) отмечались, как правило, у детей с аномалиями конституции, рахитом, железодефицитной анемией, но у больных, получавших гроприносин, при прочих равных условиях регистрировались достоверно реже, чем в контрольной группе (5 против 10,7 %,  $p < 0,05$ ).

При назначении гроприносина длительность пребывания больных в стационаре была достоверно ниже, чем в контрольной группе ( $5,71 \pm 0,18$  дней и  $7,32 \pm 0,18$  дней;  $p < 0,001$ ).

Таким образом, использование гроприносина в лечебной дозе снижает продолжительность гипертермического, интоксикационного и респираторного синдромов, сокращает длительность пребывания больных в стационаре, что доказывает эффективность его клинического применения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Торшоева Л. Б., Глухарева Н. С., Заплатников А. Л. // Русский медицинский журнал. — 2010. — Т. 18, № 20. — С. 1237–1241.
2. Крамарев С. А., Палатная Л. А., Литус В. И. // Русский медицинский журнал. — 2003. — Т. 11, № 21. — С. 17–20.
3. Сергиенко Е. Н., Шмелева Н. П., Германенко И. Г., Грибкова Н. В. // Медицинские новости. — 2009. — № 14. — С. 1–4.
4. Жерносек В. Ф., Василевский И. В., Рубан А. П., Юшко В. Д. // Медицинские новости. — 2009. — № 9. — С. 45–47.
5. Беяева, Л. М. // Медицинские новости. — 2007. — № 8. — С. 43–45.

УДК 61:378.661

## ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ВУЗОВ ПРИ ИХ ИНТЕГРАЦИИ В ОБЩЕЕВРОПЕЙСКОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО

Козловский А. А., Козловская М. М., Мельник В. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

Начало XXI в. характеризуется быстрым развитием современной техники, широким внедрением информационных и высоких технологий, ускорением научно-технического