

КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО СРЕДСТВАМ ФИТОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПЯТИЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА С ПРИМЕНЕНИЕМ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА

Шруб П. М.¹, Савонова Т. А.²

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Л. П. Мамчиц*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

²Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Острые респираторные инфекции (ОРИ) у детей составляют до 70 % регистрируемой инфекционной патологии — это первое место в структуре заболеваемости детей дошкольного возраста, что является важной медико-социальной проблемой в нашем государстве, и представляет одну из основных задач перед педиатрией и инфектологией. ОРИ являются важным фактором формирования здоровья ребенка, поскольку часто приводит к осложнениям: бронхитам, пневмонии, отитам и др., а так же к обострению имеющихся хронических заболеваний. ОРИ, напрямую влияют на физическое и нервно-психическое развитие детей дошкольного возраста. Именно дошкольники подверженные этим заболеваниям составляют основной контингент группы часто болеющих детей [1].

Цель

Оценить использование комбинированной профилактики ОРЗ с применением коррекции эмоционального статуса и фитотерапией у детей пятилетнего возраста в системе оздоровительной работы дошкольными учреждениями образования и учреждениями здравоохранения.

Материал и методы исследования

Для анализа было отобрано 64 медицинских карт дошкольников пятилетнего возраста, за период 2015–2016 учебного года ГУО «Ясли сад № 36» г. Мозыря. Обследуемые были разделены на основную группу и группу сравнения. В контрольную группу было отнесено 20 детей, в опытную 44. Группы подобраны со сходными антропометрическими показателями физического развития и кратности перенесенных ОРЗ до проведения комбинированной профилактики. Комбинированная профилактика в основной группе включала: использование фито чаев для профилактики ОРЗ: 2 г. 1 раз в сутки утром, на протяжении 30 дней, с чередованием разных сборов представленных в таблице 1.

Таблица 1 — Состав фито чаев, используемых для профилактики ОРВИ у детей

Название	Состав
«Фруктовая [®] сказка»	Плоды шиповника, цветки гибискуса, плоды аниса, плоды яблони, корка померанца
«Мамино [®] тепло»	Цветки липы, плоды фенхеля, цветки бузины, цветки мальвы, трава тимьяна
«Звонкий [®] голосок»	Плоды аниса, плоды фенхеля, цветки липы, корни алтея, трава тимьяна

Мероприятия по улучшению эмоционального статуса ребенка: создание положительного эмоционального фона при общении с дошкольником, стимуляцию положительных эмоций, мероприятия направленные на снятие мышечного и психоэмоционального напряжения, достижение состояния душевного равновесия. В группе сравнения профилактику ОРИ проводили по традиционной схеме. Выполнялась в обеих группах оценка эмоционального статуса по шкале эмоционального состояния, до и в процессе профилактики. Оценивали выраженность страха, гнева, познания, двигательной активности, сна, аппетита, общения в коллективе. Каждая из данных характеристик содержит от пяти до десяти градаций, каждой градации соответствует определенный балл, а сумма баллов служит оценкой эмоционального состояния. [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Были обследованы две исследуемые группы дошкольников пятилетнего возраста. Заболеваемость до проведения комбинированной профилактики ОРИ, оценивали по записям медицинских карт детей. Кратность заболевания ОРИ в основной группе и группе сравнения предоставлена на рисунке 1. В группе сравнения и основной группе кратность заболевания в процентном соотношении составила равнозначное количество раз.

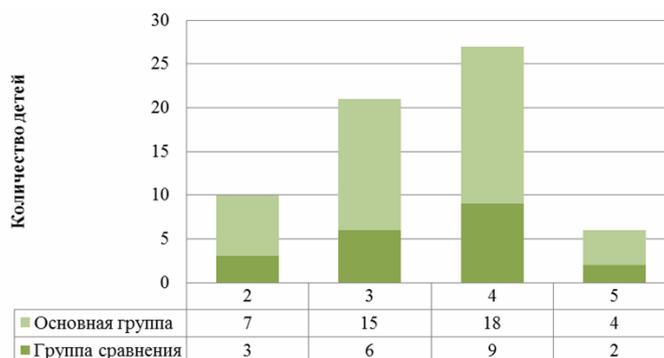


Рисунок 1 — Гистограмма кратности заболевания ОРИ до проведения комбинированной профилактики

У детей основной группы после применения фито чаев в период с 01.09.15 по 10.10.15 гг. отмечалось, достоверное снижение кратности заболевания ОРИ в периоде максимальной эпидемиологической опасности по данной группе заболеваний, чем у детей группы сравнения, где кратность перенесенных ОРЗ практически не изменилась. При общем изучении исходного эмоционального статуса выявлено его снижение у 50 из 64 обследованных детей. Доказано, что низкий эмоциональный статус сопряжен со сниженным содержанием стресс-лимитирующих гормонов (трийодтиронина, тироксина, СТГ) и повышенным содержанием стрессреализирующих гормонов (кортизола) [3]. При обследовании основной группы детей, уже через 30–40 дней проведения коррекции психологического состояния, отмечалось стойкое увеличение балльной оценки эмоционального статуса, что коррелирует со снижением уровня кратности перенесенных ОРЗ. Это связано с тем, что повышение эмоционального статуса, наблюдаемое нами, может стать механизмом, не допускающим ряда патологических процессов, которые негативно влияют на иммунный статус организма ребенка в частности [4]. После проведения комбинированной профилактики ОРЗ в основной группе отмечалось, отсутствие заболеваний ОРИ у 6 дошкольников. У 7, 15 и 16 обследуемых детей кратность заболевания составила 4, 3 и 2 соответственно. У детей группы сравнения, в которой мероприятия комбинированной профилактики не проводились, эти показатели остались на исходно неудовлетворительных уровнях по кратности перенесенных ОРЗ. Через 90–100 дней после проведения мероприятий комбинированной профилактики у детей основной группы, было установлено повышение познавательной деятельности и мотивации к развивающим мероприятиям (активное участие в проведении утренников, экскурсиях, посещениях театра и зоопарка). Результаты проведения комплексной профилактики ОРЗ в основной группе отображены на рисунке 2.



Рисунок 2 — Гистограмма кратности заболеваний ОРИ в основной группе после проведения комбинированной профилактики

Выводы

Таким образом, проведение комбинированной профилактики ОРЗ у детей пятилетнего возраста с применением средств фитотерапии и коррекцией эмоционального статуса, в основной группе детей, показала свою эффективность. Заболеваемость снизилась в 1,5–2 раза по кратности перенесенных ОРИ. Получены данные, свидетельствуют о повышении, уровня профилактики ОРИ в период эпидемиологической опасности в сочетании с коррекцией эмоционального статуса. Повысились функциональные возможности организма детей основной группы. Это позволяет широко внедрять в оздоровительные программы дошкольных учреждений образования методы данной комбинации профилактических мероприятий, детей пятилетнего возраста, для снижения кратности перенесенных ОРЗ, и повышению функциональных возможностей организма и эмоционального статуса, что актуально для дальнейшего успешного обучения детей в школе.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Таточенко, В. К.* Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Ткаченко. — 3-е изд. — М., 2006. — С. 75–83.
2. *Студеникин, М. И.* Шкала для определения эмоционального профиля дошкольников при адаптации в условиях детского сада / М. И. Студеникин, Ю. А. Макаренко, А. И. Баркан. — М., 1978.
3. Профилактика и лечение ОРИ у детей / Ф. С. Харламов [и др.] // Педиатрическая фармакология. — 2009. — Т. 6, № 6. — С. 92–99.
4. *Пшенников, М. Г.* Феномен стресса. Эмоциональный стресс и его роль в патологии / М. Г. Пшенников // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. — 2000. — № 2. — С. 24–31.

УДК 616.24-002.5-078

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Шрэйтэр Д. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Буйневич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Учитывая, что туберкулез — заразное заболевание инфекционной природы, микробиологические исследования являются важнейшей составляющей диагностического процесса и клинического мониторинга во время химиотерапии. При этом раннее выявление туберкулеза имеет огромное значение для распространенности этого заболевания, а также прогноза в лечении [1]. Лабораторная диагностика туберкулеза состоит из 3-х этапов: детекция возбудителя, идентификация и тестирование лекарственной чувствительности. Существуют несколько методов лабораторной диагностики туберкулеза. Самый простой и дешевый — это бактериоскопия с окраской мазка мокроты по Цилю-Нильсену. Для обнаружения кислотоустойчивых бактерий необходимо, чтобы в 1 мл мокроты содержалось не менее 10^5 микробных тел. Диагностическая чувствительность метода составляет не более 50 % среди всех больных туберкулезом [2].

Культуральное исследование является «золотым стандартом» в диагностике туберкулеза. Необходимо 20–100 микробных тел в 1 мл мокроты для положительного результата посева. Но время получения результата исследования при посеве мокроты на плотные среды Левенштейна-Йенсена может превышать 8 недель. Для ускорения диагностического процесса в последние годы в клиническую практику активно внедряются методы «быстрой диагностики», в том числе автоматизированная система ускоренной детекции микобактерий туберкулеза ВАСТЕС MGIT-960. При этом положительный результат можно получить уже через 2 недели. Диагностическая чувствительность культуральных методов достигает 70–80 % среди впервые выявленных пациентов. Кроме того, что культуральные исследования являются трудоемкими и дорогостоящими, медленный рост микобактерий туберкулеза требует значительного времени ожидания результатов исследования [2].