

Заключение

Внутрисуставное введение препарата на основе хондроитин сульфата приводит к статистически значимому ($p < 0,05$) увеличению как суставного хряща, так и хряща зоны роста метафиза, что является морфологическим проявлением активации регенераторных процессов в них.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонова, В. А. Проблема остеоартроза в начале XXI века / В. А. Насонова // Consilium medicum. — 2000. — № 2. — С. 6.
2. Шишкин, В. И. Биохимические аспекты хондромодулирующей терапии остеоартроза / В. И. Шишкин, Г. В. Кудрявцева, Г. Д. Солдатов. — СПб.: ВВМ, 2006.
3. Benito, M. J. Sinovial tissue inflammation in early and late osteoarthritis / M. J. Benito // Ann Rheum Dis. — 2005. — Vol. 64, № 9. — P. 1263–1267.
4. Verbruggen, G. Chondroprotective Drugs in Degenerative Joint Diseases / G. Verbruggen // Rheumatology. — 2005. — № 45. — С. 129–138.

УДК 616.98:576.851.232

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

Николаенко Н. В., Зарянкина А. И.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Менингококковая инфекция — это острое инфекционное заболевание, вызываемое менингококком Вексельбаума (*Meningococcus intracellularis Weichselbaumi*, *Neisseria meningitidis*). Характеризуется многообразием клинических проявлений: от назофарингита и бактерионосительства до распространенных, тяжело протекающих заболеваний в форме менингита и менингоэнцефалита [1].

Частота встречаемости вышеперечисленных форм разная. Наиболее часто встречается носительство (70–80). На долю назофарингита приходится 10–30 %, генерализованные формы составляют 1–3 %. На одну генерализованную форму приходится от 100 до 10000 носителей.

Ежегодно инфицируются до 5 % детей, посещающих детские дошкольные учреждения [1, 2].

Цель

Проанализировать особенности течения менингококковой инфекции у детей в современных условиях.

Материал и методы исследования

Нами проанализировано 20 историй болезни детей с диагнозом «Менингококковая инфекция».

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст детей, госпитализированных в стационар с диагнозом менингококковая инфекция, составил $1,8 \pm 0,6$ лет. 10 (50 %) госпитализированных — дети первого года жизни. Большинство детей (14 (68,2 %)) проживали в городе.

Менингококцемия диагностирована у 13 (65 %) детей. Менингококцемия + менингит — у 6 (32 %) детей. У одного ребенка развился менингококковый менингоэнцефалит.

3 (15 %) ребенка были госпитализированы в стационар в течение первых 24 часов от начала первых клинических проявлений, 9 (45,5 %) — на 2 сутки, остальные дети поступили в стационар на 3–6 сутки.

На догоспитальном этапе диагноз «менингококковая инфекция: менингококцемия/менингит» был выставлен 13 (65 %) детям.

Наиболее характерным клиническим симптомом при поступлении в стационар была выраженная интоксикация (18 (90,9 %) детей). При этом у подавляющего большинства детей 19 (95,5 %) сохранялось ясное сознание, и лишь один ребенок был доставлен в стационар в состоянии сопора.

Во всех случаях заболевание начиналось остро с подъема температуры тела. У 8 (40 %) температура носила пиретический характер (> 40 °C), фебрильная температура (39–40 °C) отмечалась у 9 (45 %) детей. Стойкая, устойчивая к действию антипиретических препаратов, гипертермия отмечалась у 17 (85 %) детей. У 3 (15 %) детей в начале заболевания отмечалась субфебрильная лихорадка.

Наиболее ранним симптомом менингококковой инфекции являлось появление сыпи различного типа и интенсивности. Элементы сыпи чаще всего локализовались на ягодицах, голенях, бедрах (16 (80 %)), реже — на лице, руках и шее (4 (20 %)). Экзантема при менингококковой инфекции обладает известным полиморфизмом: папулезная сыпь отмечалась у 4 (20 %) детей, более типичная сыпь с первично-геморрагическими элементами наблюдалась у 15 (75 %) детей, у 1 (5 %) ребенка отмечались значительные кровоизлияния, переходящие в некроз кожи.

У всех детей с клиникой менингококцемия + менингит отмечались менингеальные симптомы. Ригидность затылочных мышц отмечалась у 11 (55,6 %) детей, ригидность затылочных мышц и симптом Кернига — у 2 (11,1 %), ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и симптом Брудзинского — у 7 (33,3 %). Менингеальные симптомы отмечались и в группе детей (5 (25 %)) с «чистой» менингококцемией.

Спинно-мозговая пункция была произведена в 15 (75 %) случаях. Плеоцитоз в спинно-мозговой жидкости (СМЖ) в большинстве случаев 9 (44,4 %) был трехзначным (100–949 кл/мкл), у 4 (22,2 %) детей — двузначным (50–99 кл/мкл), у 7 (33,3 %) — четырехзначным.

На догоспитальном этапе общий анализ крови был проведен 9 (45,5 %) детям. Лейкоцитоз (в среднем $13,4 \pm 0,8$) регистрировался у 4 (22,2 %) детей. У 6 (33,3 %) детей отмечался сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Ускорение СОЭ — у 2 (11,1 %). Анемия наблюдалась у 4 (22,2 %) детей.

На этапе стационара у 15 (75 %) детей в крови отмечались выраженные воспалительные изменения: лейкоцитоз ($18,1 \pm 0,6$) $\times 10^9/\text{л}$ со сдвигом формулы влево зарегистрирован у 9 (46,6%) детей. Резко ускоренная СОЭ ($40 \pm 0,68$ мм/ч) — у 12 (60 %). У 4 (20 %) детей первого года жизни отмечалась относительная лимфопения ($< 4 \times 10^9/\text{л}$). У 5 (25 %) детей на фоне тяжелого общего состояния в крови было нормальное количество лейкоцитов или же тенденции к лейкопении. Тромбоцитоз отмечался у 4 (20 %) детей, тромбопения (как один из неблагоприятных признаков) — у 2 (10 %).

Микроскопия мазка крови методом «толстая капля» проводилась 12 (60 %) детям, из них у 3 (25 %) результат был положительным. ПЦР крови проводилась 5 (25 %) детям и лишь у одного из них была выделена ДНК *N. meningitis «B»*. Исследование ликвора методом ПЦР было проведено 13 детям, во всех случаях получен положительный результат: *N. meningitis B* — в 6 (46 %) случаях, *N. meningitis C* — в 7 (54 %).

Организация с генерализованными формами МИ требует особого подхода, основанного на умении медперсонала быстро оценить клиническую картину заболевания, своевременно выставить клинический диагноз, начать адекватную терапию.

Выводы

Менингококковая инфекция у детей характеризуется типичной клинической картиной в виде ярко выраженной интоксикации с острым началом, характерной геморрагической сыпи.

В этиологической структуре менингококковой инфекцией у детей преобладает *N. meningitis «B»*.

Своевременная диагностика и оказание скорой и неотложной медицинской помощи привело к клинико-лабораторному выздоровлению детей в 100% случаях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей: учебник / В. Ф. Учайкин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 688 с.
2. Сорокина, М. Н. Бактериальные гнойные менингиты у детей / М. Н. Сорокина, В. В. Иванова, Н. В. Скрипченко. — М.: Медицина, 2003. — 376 с.

УДК 616.127-005.8-002-085.835.3-092.4

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

*Никулина Н. А.¹, Доценко Э.А.¹, Петровский Г. Г.², Попова И. И.¹,
Метелица Т. Г.¹, Тарасик М. С.¹*

¹Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

²Учреждение здравоохранения

«5-я городская клиническая больница»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Инфаркт миокарда (ИМ) относится к самым распространенным причинам смерти во всех странах, в том числе и в Республике Беларусь. Современные технологии ревазуляризации имеют ограничения и не всегда выполнимы [1, 3]. Гипербарическая оксигенация (ГБО) как метод лечения в комплексной терапии инфаркта миокарда способствует устранению несоответствия между потребностью и доставкой кислорода к миокарду за счет дополнительного растворения кислорода в плазме и увеличения кислородной перфузии миокарда даже в условиях сниженного кровотока [2]. Однако клинические данные об эффективности различных режимов ГБО у больных с острой сердечной патологией разноплановые и во многом противоречивы. Описываются как эффективные режимы ГБО 2 АТА и