

В данной работе изучены основные направления мероприятий медицинской помощи при холодовых поражениях. Проведен анализ работы медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации на Северном Кавказе.

Результаты и обсуждение

Коротко холодовые поражения можно определить как комплекс патофизиологических и патоморфологических изменений возникающих вследствие местного или общего переохлаждения организма человека и приводящих к временной, либо необратимой потере боеспособности.

Об острой холодовой болезни говорят, когда в результате воздействия охлаждающих факторов происходит срыв эволюционно выработанных механизмов поддержания постоянства температуры «ядра тела», приводящий к развитию синдрома умножающейся полиорганной недостаточности и гибели пострадавшего.

В основе лечения всех видов холодовых поражений лежит восстановление физиологической температуры «ядра» и «оболочки» тела. Гипотермия является неотложным состоянием, при котором смертность может достигать 87 %, если базальная температура тела опускается до 32–34 °С.

В случаях общего переохлаждения пострадавшие на этапе первой помощи должны быть согреты. С этой целью им необходимо выжать и сменить мокрое обмундирование, защитить от ветра, укутать в любую имеющуюся одежду, напоить горячим сладким чаем или кофе, обложить грелками, согревать от источника лучистого тепла.

При возникновении опасности развития тяжелых форм острого общего переохлаждения из-за неизбежного попадания в водную среду перспективно применение фармакологических препаратов, повышающих устойчивость к холодовым воздействиям за счет увеличения в термопродукции доли первичного термогенеза: сиднокарб в сочетании с аминокислотами.

На этапе доврачебной помощи пострадавшим продолжают мероприятия по их согреванию и предупреждению дальнейшего охлаждения организма. По показаниям проводится ингаляция кислорода, введение дыхательных и сердечных analeптиков, ИВЛ.

Заключение

Профилактика поражений холодом заключается в комплексе мероприятий, направленных на снижение тепловых потерь у лиц выполняющих обязанности военной службы в условиях низких температур: обеспеченность теплой, не стесняющей движения одеждой, удобной и непромокаемой обувью, своевременная просушка обмундирования, организация полноценного по энерготратам и содержанию витаминов питания, рационального двигательного режима.

ЛИТЕРАТУРА

1. Военная токсикология, радиобиология и медицинская защита: учеб. / С. А. Куценко [и др.]; под ред. С. А. Куценко. — СПб.: Фолиант, 2004. — 528 с.

УДК 616.988.5:616.322-002-091

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ВЭБ-ИНФЕКЦИИ

Денисова Е. С.

Научный руководитель: *О. В. Калачова*

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

Введение

Высокая заболеваемость герпесвирусными инфекциями в настоящее время является одной из актуальных проблем современной медицины. Известно, что герпесвирусы способны поражать многие органы и системы, вызывая острую, латентную и хроническую формы болезни.

Вирус Эпштейн-Барра (ВЭБ) относится к семейству герпесвирусов, подсемейству гамма-герпесвирусов и обладает выраженным тропизмом к лимфоидной ткани. Резервуаром и источником ВЭБ-инфекции являются вирусоносители и больные с манифестными, стертыми и латентными формами заболевания. Инфицированность вирусом Эпштейн-Барра высока: почти у 90 % взрослого населения выявляются специфические антитела. Наиболее часто острая ВЭБ-инфекция манифестирует в детском возрасте от 1 года до 3–5 лет и в большинстве случаев (более 40 %) не имеет специфических проявлений (протекает по типу ОРВИ) [1, 2, 3]. Второй по частоте развития формой (около 18 % всех случаев) является инфекционный мононуклеоз, имеющий очень специфические клинические проявления [1].

Для лабораторной диагностики ВЭБ-инфекции в настоящее время широко используются молекулярно-биологические методы, основанные на амплификации ДНК (метод полимеразно-цепной реакции (ПЦР)). Этот метод обладает высокой чувствительностью (90–98 %) и специфичностью (90–100 %) и применяется в качестве скрининга острой ВЭБ-инфекции. По литературным данным [2, 3] известно, что свободная ДНК ВЭБ в периферической крови определяется при продуктивной инфекции и не определяется у здоровых, в том числе серопозитивных людей. Таким образом, для постановки диагноза ВЭБ-инфекции необходима комплексная оценка клинических и лабораторных данных.

Цель

Изучить эпидемиологические и клинические особенности течения острых тонзиллитов у детей с положительным и отрицательным результатом ПЦР к ДНК ВЭБ.

Материалы и методы исследования

Нами была изучена медицинская документация 124 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ГОИКБ в период январь – март 2013 г. Проведен анализ клинической картины заболевания, изучены показатели периферической крови.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу (112 человек) вошли пациенты, с клиническим диагнозом «острый тонзиллит» и отрицательным результатом ПЦР к ДНК ВЭБ; во 2-ю (12 человек) — пациенты с клиническим диагнозом «инфекционный мононуклеоз» и положительным результатом ПЦР к ДНК ВЭБ.

Среднее количество койко-дней проведенных в стационаре по группам составило 6,862 и 11,083 дня соответственно.

В обеих группах основными клиническими проявлениями заболевания были интоксикационный синдром и острый тонзиллит. Однако во второй группе, помимо остро воспаления небных миндалин, отмечались и другие признаки лимфоидной гиперплазии (лимфоаденопатия, гиперплазия глоточных миндалин), что позволило установить первичный клинический диагноз «инфекционный мононуклеоз».

У большинства (50,8 %) пациентов в обеих группах отмечалась выраженная гипертрофия небных миндалин II степени, и лишь в 16 % случаев у пациентов 1-й группы гипертрофии не было. Налеты на миндалинах у пациентов с мононуклеозом отмечались практически у 100 % пациентов и сохранялись более длительно, по сравнению с пациентами 1-й группы (3,4 и 6,08 дней соответственно). Во 2-й группе также регистрировался более длительный лихорадочный период, хотя уровень температурной кривой был ниже, чем у пациентов с острым тонзиллитом и отрицательной ПЦР. Данные, характеризующие эти признаки, представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Клиническая характеристика заболевания по группам

Признак	1 группа	2 группа
Без гипертрофии	18 (16,07 %)	0
Гипертрофия миндалин II степени и более	82 (73,21 %)	12 (10,71 %)
Налеты на небных миндалинах	74 (66,07 %)	12 (100 %)
Длительность налетов, дни	3,4	6,08
Средняя длительность п. лихорадки, дни	1,43	5,5
Средняя температура в период лихорадки, С°	38,6	37,6

У пациентов 2-й группы показатели периферической крови соответствовали клинической картине инфекционного мононуклеоза. Так, в большинстве случаев у пациентов из этой группы отмечался лимфоцитоз (75 %). Появление атипичных мононуклеаров в периферической крови (83,3 %) в большом количестве. Среднее количество атипичных мононуклеаров составило 15,3 %. В то время как у пациентов из 1-й группы отмечались признаки бактериальной инфекции: нейтрофильный лейкоцитоз — 80,3 %. Однако в 6,25 % случаев у пациентов имевших отрицательную ПЦР к ВЭБ в периферической крови находились атипичные мононуклеары, хотя и в небольшом количестве (менее 10 %).

Этот факт можно объяснить тем, что возможно под маской острого тонзиллита протекал острый период других инфекций, для которых тоже характерен мононуклеозоподобный синдром (аденовирусная, ЦМВ). Лабораторные исследования, подтверждающие эти инфекции, не проводились. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Показатели периферической крови по группам

Показатель	1 группа	2 группа
Нейтрофильный лейкоцитоз	90 (80,3 %)	5 (41,6 %)
Лимфоцитоз	26 (23,2 %)	9 (75 %)
Атипичные мононуклеары	7 (6,25 %)	10 (83,3 %)

В лечении пациентов с первых суток поступления в стационар применялись антибактериальные препараты (цефалоспорины, макролиды). Однако у трети пациентов из обеих групп (29,5 и 33,4 % соответственно) отсутствовал эффект на стартовую антибактериальную терапию, что потребовало смены антибактериального препарата или назначения комбинации антибактериальных препаратов.

Выводы

Таким образом было выявлено, что острый тонзиллит ассоциированный с ВЭБ-инфекцией, протекает тяжелее, с выраженной гипертрофией миндалин и долго существующими налетами, выраженным лимфоцитозом и большим количеством атипичных мононуклеаров, более тяжело поддается лечению одним курсом антибиотиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кудин, А. П. Острая ВЭБ-инфекция: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение / А. П. Кудин // Медицинские новости. — 2006. — Т. 1, № 8. — С. 25–31.
2. Цыркунов, В. М. Инфекционные болезни и профилактика внутрибольничных инфекций / В. М. Цыркунов. — Минск: Асар, 2012. — 848 с.
3. Тонзиллэктомия и аденотомия под общим обезболиванием у детей и послеоперационная реабилитация: метод. рекомендации для врачей-оториноларингологов, анестезиологов, педиатров / М-во здравоохранения СССР, Гл. упр. лечеб.-профилактик. помощи детям.
4. Yamamoto, M. [et al.] // Clin. Microbiol. — 1995. — Vol. 33, № 7. — P. 1765–1768.
5. Zingg, W. [et al.] // J. Virol. Methods. — 1999. — Vol. 79, № 2. — P. 141–144.