

В общем анализе крови лейкоцитоз отмечался у 23 (38,3 %) исследуемых, среди детей 1 группы у 10 (30 %) человек, среди девочек данной группы эти изменения отмечались у 7 (58,3 %) (значение статистически значимо ($p < 0,05$), при сравнении с группой мальчиков (1–6 лет), $\chi^2 = 1,98$), среди мальчиков у 3 (16,7 %). Среди детей 2 группы лимфоцитоз отмечался у 13 (43,3 %) детей, из них среди девочек у 4 (40 %) человек, среди мальчиков у 9 (45 %) детей.

Лимфоцитоз отмечался у 37 (62 %) детей, среди детей 1 группы у 13 (43,3 %) человек, среди девочек данной группы он отмечался у 5 (41,7 %), среди мальчиков у 8 (44,4 %). Среди детей 2 группы лимфоцитоз отмечался у 24 (80 %) детей, среди девочек — у 8 (80 %) человек, среди мальчиков у 16 (80 %) детей (значение статистически значимо ($p < 0,05$) при сравнении с детьми первой группы, $\chi^2 = 2,66$), таким образом, лимфоцитоз встречался преимущественно у детей старшей группы: 24 (80 %) пациента.

Диагноз инфекционного мононуклеоза подтверждался с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) и обнаружения в периферическом анализе крови атипичных мононуклеаров. У 66 % была обнаружена ДНК. Среди детей 1 группы ДНК ВЭБ была обнаружена у 40 %, среди девочек этой группа ДНК ВЭБ была обнаружена у 33,3 %, среди мальчиков 1 группы обнаружена у 44,4 %. Среди детей 2 группы — у 36,7 %, среди девочек 2 группы — у 30 %, среди мальчиков 2 группы — у 40 %. В периферической крови атипичные мононуклеары были обнаружены у 40 (66,7 %) детей, из них среди 1 группы — у 17 (56,7 %) детей, среди 2 группы — у 23 (76,7 %) детей.

Выводы

У детей первой группы заболевание протекало с повышением температуры тела до 40,0 °С, значительным увеличением лимфатических узлов, при этом повышение температуры выше 38,0° С чаще отмечалось у мальчиков первой группы. Поражение печени и селезенки в виде гепатоспленомегалии наблюдалось чаще среди детей 1 группы. Признаки цитолиза — повышение АлАТ и АсАТ — наблюдалось чаще у детей 2 группы. Статистически значимо чаще лейкоцитоз встречался у девочек в предшкольном возрасте (1–6 лет). Лимфоцитоз статистически чаще наблюдался у детей школьного возраста (6–18 лет).

ЛИТЕРАТУРА

1. Учайкин, В. Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей / В. Ф. Учайкин. — М.: ГЕОТАР-Медицина, 2004. — С. 22.
2. Кудин, А. П. ВЭБ-инфекция у детей: учеб.-метод. пособие / А. П. Кудин. — М., 2006. — 31 с.
3. Радионова, О. В. Инфекционный мононуклеоз: Клиника, новые подходы к диагностике и терапии у детей: пособие для врачей / О. В. Радионова, О. А. Аксенов, А. А. Букина. — СПб., 2000. — С. 22.
4. Лабораторная диагностика инфекционного мононуклеоза у детей / Е. В. Новосад [и др.] // Матер. IV конгр. педиатров-инфекционистов России. — М., 2005. — С. 193.

УДК 616.2-022.6-036.11-053.2-084

ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Павлюкова М. О., Полторан Д. И., Рычкова А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) — особая группа заболеваний, которая по удельному весу в структуре инфекционной патологии как детей, так и взрослых прочно занимает одно из ведущих мест. Значимость проблемы обусловлена также высоким риском развития серьезных осложнений [1]. ОРВИ приводят к структурным

изменениям слизистой оболочки дыхательных путей, срыву адаптационных механизмов защиты и формированию хронической патологии ЛОР-органов, бронхолегочной системы, а также к другим соматическим заболеваниям (кардит, гломерулонефрит и т. д.) [2].

Арсенал существующих противовирусных препаратов довольно большой. Однако, несмотря на все это, проблема эффективной профилактики и лечения вирусных инфекций далека от окончательного решения, что связано с высокой контагиозностью и скоростью распространения возбудителей, многочисленностью антигенно-самостоятельных вирусов, изменчивостью антигенных свойств вирусов, часто смешанным характером инфекции, быстро развивающейся резистентностью к препаратам, специфичностью большинства средств лечения. Одной из проблем эффективной профилактики вирусных инфекций стало возможным благодаря использованию в широкой медицинской практике препарата Гроприносин, оригинальность которого заключается в том, что он является комплексным синтетическим препаратом, сочетающим в себе свойства универсального иммуномодулятора с прямой противовирусной активностью в отношении широкого спектра ДНК- и РНК-вирусов.

Таким образом, широкая распространенность, высокая частота осложнений и смертности, кратковременность специфического иммунитета после перенесенных ОРВИ, большие экономические затраты общества делают проблему профилактики респираторных инфекций чрезвычайно актуальной с медицинской и социально-экономической точки зрения.

Цель
Изучение эффективности Гроприносина для профилактики ОРВИ у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 147 детей в возрасте от 3 до 6 лет, находящихся под наблюдением врачей-педиатров ГУЗ «Гомельская центральная городская детская поликлиника». Дети, составившие основную группу (117 человек), для профилактики ОРВИ помимо обычных санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на предотвращение контакта с источником инфекции, получали Гроприносин. В контрольную группу (30 человек) входили дети, которым неспецифическая профилактика ОРВИ не проводилась. В целях профилактики Гроприносин назначали детям из расчета 50 мг/кг массы тела в сутки, за 3 приема, 3 раза в неделю в течение 2 месяцев. Для оценки профилактической эффективности Гроприносина в течение 6 месяцев после отмены препарата наблюдали за каждым ребенком, участвующим в исследовании, учитывая уровень заболеваемости ОРВИ (количественно и в показателях на 100 детей), продолжительность заболевания, наличие осложнений.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ проделанной работы показал, что за время проведения профилактического курса Гроприносина заболеваемость среди детей, получавших препарат, была на 13,6 % ниже, чем среди пациентов, не получавших препарат (82,1 и 93,3 на 100 детей соответственно), причем число незаболевших детей в основной группе было в 2,7 раза выше, чем в контрольной (таблица 1). Заболевшие дети перенесли заболевания в более легкой форме и с наименьшей длительностью — $5,52 \pm 0,12$ и $6,26 \pm 0,19$ дней соответственно ($p < 0,001$). Подтверждением лечебно-профилактической эффективности Гроприносина было также и снижение риска развития осложнений. У пациентов основной группы количество случаев различных осложнений после перенесенного заболевания (отиты, синуситы, ларинготрахеиты, пневмонии и др.) оказалось в 1,7 раза меньше, чем в контрольной группе (20,3 и 33,3 % соответственно; $p > 0,001$). Профилактическая эффективность Гроприносина оценивалась на основании отсутствия или уменьшения числа и длительности повторных инфекций дыхательных путей, определения индекса $I = P_2 : P_1$ и коэффициента $E = (P_2 - P_1) : P_2 \times 100$ профилактической эффективности, где P_1 — количество случаев заболеваемости ОРВИ (на 100 человек) в группе детей, получавших Гроприносин, P_2 — количество случаев заболеваемости ОРВИ (на 100 человек) в контрольной группе, получавшей плацебо (таблица 2).

Таблица 1 — Анализ заболеваемости ОРВИ после проведения профилактики Гроприносином

Группа	Число детей	Болели ОРВИ		Не болели ОРВИ	
		абс. число	на 100 чел.	абс. число	на 100 чел.
Основная	117	96	82,1	21	17,9
Контрольная	30	28	93,3	2	6,7

Таблица 2 — Показатели профилактической эффективности Гроприносина при ОРВИ у детей

Показатели	Основная группа	Контрольная группа
Количество случаев заболеваемости ОРВИ (на 100 человек) за 6 месяцев	105,1	180,0
Индекс эффективности Гроприносина	$I = 180,0 : 105,1 = 1,71$	
Коэффициент эффективности, в %	$E = (180,0 - 105,1) : 180,0 \times 100 = 41,6\%$	

При анализе частоты эпизодов ОРВИ за период наблюдения (6 месяцев) выявлено, что у детей основной группы наиболее часто отмечался 1 эпизод заболевания, у детей контрольной группы — 2 и более. После проведенного профилактического курса Гроприносина оказалось, что 17,9 % детей основной группы не болели ОРВИ в течение первых трех месяцев и 99,1 % детей в течение последующих трех месяцев, по сравнению с детьми контрольной группы (6,7 и 16,7 % соответственно; $p < 0,001$ и $p < 0,000$).

Выводы

1. Применение Гроприносина способствует снижению риска заболевания ОРВИ у детского населения из групп высокого риска смертности и осложнений от ОРВИ.
2. Препарат хорошо переносится, реакций при приеме препарата не зарегистрировано.
3. Гроприносин может быть рекомендован для профилактики ОРВИ среди детского населения, в том числе среди лиц, относящихся к группам риска.
4. Оптимальная схема приема препарата: 50 мг/кг массы тела в сутки, за 3 приема, 3 раза в неделю в течение 2 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2002 году: Государственный доклад. — М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2003. — 221 с.
2. Бартлетт, Дж. Инфекции дыхательных путей: практическое руководство по диагностике и лечению инфекций респираторного тракта / Дж. Бартлетт; пер. с англ. — М.: СПб.: ЗАО Издательство БИНОМ-Невский диалект, 2000. — 192 с.
3. Грипп и другие респираторные вирусные инфекции: эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия / О. И. Киселев [и др.]; под ред. О. И. Киселева. — СПб., 2003. — 245 с.

УДК 1.615.814.1

ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВАНИЯ АКУПРЕССУРЫ

Пак А. А., Провалинский А. В.

Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Коленда

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время трудно представить медицину без лекарственных препаратов. Они используются весьма широко и повсеместно, как с целью лечения, так и профилактики различных заболеваний и патологических состояний. Но и у этой золотой монеты есть оборотная сторона. Аллергические реакции возникают, по разным источникам, у 5–15 % пациентов, получающих ту или иную лекарственную терапию [1]. Повсеместное применение