

Гирудотерапия показана для больных с желудочно-кишечными заболеваниями — холециститом, панкреатитом, колитом, дуоденитом, циррозом печени, дискинезией желчевыводящих путей, гастритом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

Поддаются лечению пиявками и такие заболевания, как варикозное расширение вен, трофические язвы, облитерирующий эндартериит, хронический бронхит, бронхиальная астма, аллергические заболевания, вазомоторный ринит, отит, последствия травм уха, лабиринтит, болезнь Меньера, токсикодермия, экзема, красная волчанка, склеродермия, катаракта, пародонтит, катаральный гингивит, синусит.

Метод ГТ используют также в косметологии, так как слюна пиявки имеет уникальный химический состав, который обеспечивает мгновенное взаимодействие ее компонентов с клетками кожи. В результате кожа обновляется, становится эластичной, упругой и молодой, гладкой и свежей.

Сегодня врачи гирудотерапевты предлагают лечение пиявкой как один из методов психокоррекции. В процессе излечения какого-либо соматического заболевания к пациенту даже после нескольких процедур приходит спокойствие, умиротворение, улучшается сон, нормализуется аппетит, уходит состояние тревоги и раздражительности.

Результаты клинических испытаний при применении ГТ показали весьма высокую эффективность метода, а также приверженность пациентов (особенно пожилого и старческого возраста) к ГТ. Кроме того на фоне проводимого лечения отмечено снижение доз лекарственных препаратов, что свидетельствует и об экономической эффективности метода [3, 5].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алешина, Л. Ф.* Гирудотерапия в офтальмологии / Л. Ф. Алешина // Глаз. — 2004. — № 5(39). — С. 36–38.
2. Гирудотерапия в комплексном лечении офтальмологических заболеваний. Практическая и экспериментальная гирудология: итоги за десятилетие (1991–2001 гг.) / Т. А. Бакалова [и др.] // Ассоциации гирудологов России и стран СНГ: матер. 7-й науч.-практ. конф., 30 октября – 2 ноября 2001 г. — Люберцы, 2001. — С. 22–23.
3. *Исаханян, Г. С.* Гирудотерапия в клинике внутренних болезней / Г. С. Исакханян; ред. В. М. Арutyонян. — Ереван: Айастан, 1991. — 43 с.
4. *Кузьминов, К. О.* Гирудотерапия в практике мануального терапевта / К. О. Кузьминов, Л. В. Сакутин // Мануальная терапия. — 2002. — № 1 (5). — С. 53–55.
5. *Попова, С. С.* Гирудотерапия на рубеже веков / С. С. Попова, Н. В. Кулагина // Эфферентная терапия. — 2003. — Т. 9, № 4. — С. 65–68.

УДК: 616.24-053.37:578.831.31

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Зарянкина А. И., Кривицкая Л. В.

Учреждение образования

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

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) — группа инфекционных заболеваний, вызываемых респираторными вирусами, передающихся воздушно-капельным путем, протекающих с поражением дыхательной системы, характеризующихся повышением температуры тела, интоксикацией и катаральным синдромом [2].

Острые респираторные инфекции занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости населения Республики Беларусь. При этом наиболее часто острые респираторные заболевания встречаются у детей [3].

ОРВИ — одна из наиболее важных проблем в педиатрии из-за их широкой распространенности, частоты осложнений, тяжести течения и нередких неблагоприятных исходов, особенно у детей первого года жизни [1].

Наиболее высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями отмечается у детей первых 3-х лет жизни, начавших посещать дошкольные организованные коллективы. Высокая заболеваемость ОРВИ у детей, особенно раннего возраста, обусловлена повышенной их восприимчивостью к возбудителям респираторных инфекций [1, 2].

К возбудителям ОРВИ относят вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцициальный (РС) вирус, аденовирусы, рино- и коронавирусы. Общим свойством для них является хорошая приспособленность к широкому распространению в популяции. Так, если возбудитель малостойчив, то он высококонтагиозен (РС вирус), а если малоконтагиозен, то более устойчив во внешней среде (аденовирусы). Источником болезни при всех ОРВИ является больной человек или вирусоноситель. Основной механизм передачи — воздушно-капельный [1, 2].

Нами были проанализированы 177 медицинских карт стационарных больных детей раннего возраста с острыми респираторными вирусными инфекциями.

Цель работы: изучить структуру острых респираторных вирусных инфекций и клинико-лабораторные особенности течения РС-инфекции у детей раннего возраста.

Анализируя данные медицинских карт, было выявлено, что ОРВИ встречаются примерно одинаково часто у девочек и у мальчиков: 52,0 и 48,0 % соответственно. Большинство больных (150 (84,7 %) человек) — городские жители.

Этиологическая структура ОРВИ распределилась следующим образом: аденовирусная инфекция была диагностирована у 69 детей, что составило 39,0 %, грипп — у 44 (24,9 %) детей, РС-инфекция — у 33 (18,6 %) детей, парагрипп — у 31 (17,5 %) больного (рисунок 1).

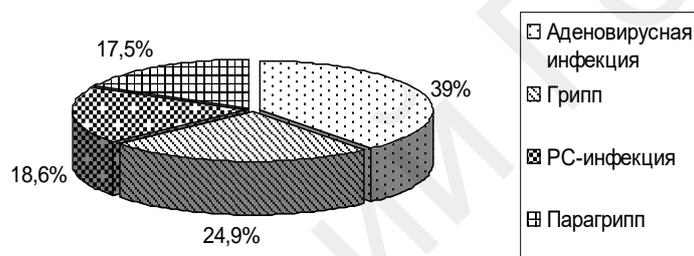


Рисунок 1 — Этиологическая структура ОРВИ

РС-инфекция была диагностирована у 33 детей (у 18 (54,5 %) девочек и у 15 (45,5 %) мальчиков). Большинство больных (27 (81,8 %) человек) являлись городскими жителями.

Наиболее часто РС-инфекция встречается зимой (январь-февраль). Частота РС-инфекции в различное время года представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Частота РС-инфекции в различное время года

Месяц	Абсолютное число	Процент (%)
Январь	12	36,4
Февраль	11	33,3
Март	3	9,1
Апрель	2	6,1
Май	1	3,0
Июнь	—	—
Июль	1	3,0
Август	1	3,0
Сентябрь	—	—
Октябрь	2	6,1
Ноябрь	—	—
Декабрь	—	—
Всего	33	100

РС-инфекция у детей раннего возраста протекает с интоксикационным, катаральным синдромами, синдромом бронхиальной обструкции, синдромом крупа. Катаральный синдром

различной степени тяжести отмечался у всех 33 (100 %) больных. Синдром бронхиальной обструкции наблюдался у 7 (21,2 %) детей, синдром крупа — у 4 (12,1 %) детей.

Наиболее часто (20 (60,6 %) детей) РС-инфекция протекает с фебрильной температурой, причем у 33,3 % температура повышалась выше 39 °С, реже (8 (24,2 %) детей) — с субфебрильной, 5 (15,2 %) детей с РС-инфекцией имели нормальную температуру тела (таблица 2).

Таблица 2 — Высота температурной реакции при РС-инфекции у детей раннего возраста

Температура тела	Абсолютное число	Проценты (%)
Норма	5	15,2
37–38	8	24,2
38,1–39	9	27,3
Выше 39,1	11	33,3

С РС-инфекцией в тяжелом состоянии в стационар поступили большинство детей (20 (60,6 %) детей), 9 (39,4 %) детей — в состоянии средней тяжести.

Основными клиническими проявлениями РС-инфекции у детей раннего возраста являются: острый ринофарингит, острый фарингит, острый стенозирующий ларинготрахеит, обструктивный и острый бронхит, бронхопневмония. Наиболее часто РС-инфекция у детей раннего возраста проявляется фарингитом (ринофарингитом), ларинготрахеитом (в том числе стенозирующим) и обструктивным бронхитом (таблица 3).

Оценивая гематологические изменения у больных с РС-инфекцией, было выявлено: нормальное количество лейкоцитов в общем анализе крови наблюдалось у 9 (27,3 %) больных, умеренный лейкоцитоз (до 12×10^9) — у 18 (54,5 %) человек, выраженный лейкоцитоз (более 12×10^9) — у 6 (18,2 %) человек. Нейтрофильный характер лейкоцитоза наблюдался у 18 (54,5 %) детей.

Таблица 3 — Клинические проявления РС-инфекции у детей раннего возраста

Клинические проявления	Абсолютное число	Процент
Ринофарингит	7	21,2
Фарингит	11	33,3
Ларинготрахеит	7	21,2
Стенозирующий ларинготрахеит	4	12,1
Острый бронхит	2	6,0
Обструктивный бронхит	7	21,2
Бронхопневмония	2	6,0

СОЭ до 15 мм/час зафиксировано у 20 (60,6 %) человек, от 16 до 24 мм/час — у 6 (18,2 %) человек, более 25 мм/час — у 7 (21,2 %) человек (рисунок 2).

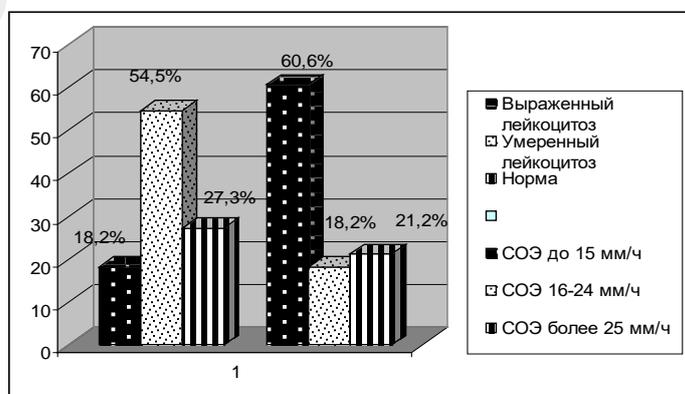


Рисунок 2 — Изменения в общем анализе крови

Таким образом, наиболее частой причиной острых респираторных вирусных инфекций у детей раннего возраста является аденовирусная инфекция, грипп, РС-инфекция и парагрипп.

РС-инфекция у детей раннего возраста чаще встречается зимой (январь-февраль), характеризуется тяжелым течением с фебрильной лихорадкой, клиническими проявлениями острого фарингита, ларинготрахеита, обструктивного бронхита и умеренными воспалительными изменениями в общем анализе крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коровина, Н. А. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников. — М., 2005. — 52 с.
2. Ключников, С. О. Острые респираторные заболевания у детей / С.О. Ключников, О. В. Зайцева, И. М. Османов // Российский вестник перинатологии и педиатрии (приложение). — 2008. — № 3. — 34 с.
3. Таточенко, В. К. Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Таточенко. — М., 2006. — 250 с.

УДК 616.523:616.155.34

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ КОЖИ

Злотникова М. В., Новикова И. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

В настоящее время отмечается тенденция к возрастанию частоты и тяжести герпетической инфекции, увеличению хронических форм и учащению случаев рецидивирования. Наиболее распространенной формой герпетической инфекции является поражение кожи, которое в ряде случаев сочетается с различными проявлениями аногенитального герпеса [1]. Отмечается высокая инфицированность взрослого населения различных стран (80–90 %) вирусом простого герпеса 1 типа [4]. Реактивации вируса и переходу инфекции из латентного состояния в манифестное способствует ослабление контролирующих механизмов хозяина под действием различных провоцирующих факторов (переохлаждение, стресс, травма, сопутствующие заболевания, лечение глюкокортикоидами и иммунодепрессантами, радиоактивное облучение, различные иммунодефицитные состояния) [1].

В настоящее время доказано, что рецидивирование заболевания и дальнейшее его прогрессирование напрямую связано с нарушениями иммунной реактивности организма [1, 4]. При хронической рецидивирующей герпетической инфекции (ХРГИ) описаны различные изменения в системе иммунитета: снижение общего количества Т- и В-лимфоцитов, угнетение их функциональной активности в пролиферативном тесте, разнонаправленные сдвиги количества иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов и НК-клеток, различного рода дисфункции гуморального специфического и неспецифического иммунитета [1, 3]. Имеется информация о способности вирусов герпеса напрямую поражать В- и Т-лимфоциты, НК-клетки, моноциты/макрофаги и изменять их геном и функциональную активность [4].

Несмотря на интенсивные исследования механизмов противовирусного иммунитета, многие его стороны (как в случаях других самолимитирующих, персистентных и хронических вирусных инфекций) до настоящего времени не разрешены.

Общепризнанным является существование двух основных типов защитных реакций: неспецифического (врожденного) и специфического (приобретенного) иммунитета. Среди врожденных факторов противовирусной защиты показано важное значение интерферонов, интерлейкинов, хемокинов, системы комплемента, естественных антител [1, 3, 4]. Клеточное звено врожденного противовирусного иммунитета включает НК-клетки, моноциты и макрофаги, дендритные клетки, нейтрофилы. В последние годы получены доказательства существования на этих клетках молекулярных структур для распознавания различных ти-