

Антибактериальную терапию получали 37 (49,3 %) детей. Бета-лактамы — 27 (36 %) детей. Из антибиотиков пенициллинового ряда, преимущественно, амоксицилин (9 детей) и амписульбин (7 детей), реже рапиклав (2 детей). Из цефалоспоринов — цефазолин (7 детей), цефотаксим и цефтриаксон по одному ребенку. Из макролидов — кларикар (10 детей). Средняя длительность приема антибиотиков пенициллинового ряда составила 4,7 дня, цефалоспоринового ряда — 4,5 дня, макролидов — 7,9 дней. Противовирусные препараты принимали 38 (58,7 %) детей преимущественно интерферон — 25 (65,8 %) детей и гроприносин — 9 (23,7 %) детей, комбинацию данных препаратов получало 3 (7,9 %) детей.

Ингаляционная терапия была назначена всем детям (100 %), из них: адреналин получало 4 (5,3 %) детей, сальбутамол — 4 (5,3 %) детей, атровент — 3 (4 %) детей, гидрокортизон — 2 (2,7 %) детей. Комбинированная ингаляционная терапия (адреналин + глюкокортикостероиды + бета-агонисты) использовалась в 31 (41,3 %) случае, средняя продолжительность составила 3 дня. Комбинацию: адреналин + гидрокортизон получало 5 (5,6 %) детей со средней продолжительностью 2 дня; адреналин + сальбутамол — 1 (1,3 %) случай — 3 дня; гидрокортизон + сальбутамол — 4 (5,3 %) случая. Глюкокортикостероидные гормоны (преднизолон, дексаметазон) вводимые внутривенно получали 13 (17,3 %) детей, вводимые внутримышечно — 36 (46,7 %) детей, средняя продолжительность использования данных препаратов при различных способах введения составила 2 дня.

Таким образом, острый ларинготрахеит встречается одинаково часто у детей первого и второго года жизни, не посещающих детские дошкольные учреждения, чаще у мальчиков. Дети госпитализируются преимущественно в первые 3 дня от начала заболевания в связи с развитием стеноза гортани, в состоянии средней степени тяжести. Общий анализ крови характеризуется умеренными воспалительными изменениями. Вирусологическое обследование было не информативно. Основной терапией острого ларинготрахеита является ингаляционная терапия адреналина, адреномиметиков, глюкокортикостероидов, почти в половине случаев используемая в комбинации данных препаратов. Комбинация адреналин + гидрокортизон наиболее эффективна, т.к. привела к сокращению сроков лечения до 2 дней. Антибактериальную и противовирусную терапию получала половина заболевших детей. В 70 % случаев для купирования острого воспаления требуется назначения глюкокортикостероидных гормонов парентерально.

ЛИТЕРАТУРА

1. Практическая пульмонология детского возраста / под ред. В. К. Таточенко. — М., 2006. — 250 с.
2. Коровина, Н. А. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра: пособие для врачей / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников. — М., 2005. — 52 с.

УДК 618.1:616.9

АКТИНОМИКОЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Могилат Н. В.

Научный руководитель: ассистент кафедры И. А. Корбут

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Актиномикоз — инфекционное заболевание, вызываемое грамположительными микроаэрофильными, аэробными и анаэробными бактериями из семейства Actinomycetaceae, протекает с развитием актиномикотического процесса практически во всех тканях и органах (кожа, подкожная клетчатка, мышечная, костная ткань, органы грудной и брюшной полости,

мочеполовая и нервная система), имеет острое, подострое и хроническое течение [1, 2].

Актиномицеты широко распространены в природе, что обусловлено их способностью легко приспосабливаться и довольствоваться органическими соединениями, которые непригодны для других микроорганизмов [2].

В организме человека актиномицеты являются условно-патогенной микрофлорой, контаминируют полость рта, бронхи, слепую кишку, червеобразный отросток, влагалище [3]. Развитию заболевания способствуют снижение иммунозащитных сил организма, нарушение целостности эпителия кожи или слизистых оболочек (входные ворота), так как через неповрежденные кожные покровы и слизистые оболочки актиномицеты не проникают. К факторам риска развития актиномикоза органов брюшной полости и малого таза у женщин относят длительно текущие хронические воспалительные заболевания матки и придатков, псевдоэрозии шейки матки, травмы шейки матки в родах, осложненные аборт, лечебно-диагностические внутриматочные вмешательства, использование внутриматочной контрацепции, наличие одонтогенных очагов инфекции [1, 2]. Для верификации актиномикоза любой локализации проводят микробиологическое исследование (микроскопию и посев на питательные среды отделяемого из влагалища, пунктатов, полученных через задний свод, при пиосальпинксах, пельвеоперитонитах, параметритах). Можно проводить серологическое исследование, которое заключается в проведении РСК с актинолизатом и аллергологическое исследование путем постановки аллергической пробы с актин. Пациентка И.С., 34-х лет, обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 20 дней.

Менархе в 13 лет, менструальный цикл установился через 1,5 лет, mensis по 5–6 дней через 30 дней, регулярные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет. Трое родов: 1991 г. — без особенностей, 1993 г. — без особенностей, 1999 г. — преждевременные роды в 34 недели. Медицинских абортов не было.

В 1999 г., вскоре после родов, пациентке установлена внутриматочная спираль. В течение 10 лет гинеколога не посещала, так как, с ее слов, жалоб со стороны органов половой системы не было.

При гинекологическом осмотре были видны нити внутриматочной спирали, желтоватые выделения, гипертрофированная шейка матки, тело матки было увеличено до 7–8 недель беременности, размягчено, подвижно, безболезненно, в области придатков определялась тяжесть.

В асептических условиях удалили внутриматочную спираль, взяли с нее мазок-отпечаток для цитологического исследования, произвели раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием.

Гистологическое заключение: осложненная лейкоплакия шейки матки (с дисплазией 2–3 степени) на фоне хронического гнойного цервицита и не исключается на фоне вируса папилломы человека. Слизистая цервикального канала нормального строения. Простая железистая гиперплазия эндометрия без дисплазии.

Цитологическое заключение: на фоне выраженного хронического воспаления (лимфоидной инфильтрации) с дисплазией средней степени обнаружена обильная смешанная флора, актиномицеты.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза эхо патологии не выявлено.

Пациентке провели антибиотикотерапию (метронидазол 0,25 по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 5 дней), противовоспалительную терапию, выполнили конизацию шейки матки в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере.

Через 2 месяца проведено контрольное цитологическое исследование, взяты мазки на флору и на степень чистоты влагалища. Все анализы были без патологических изменений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурова, С. А. Актиномикоз женских половых органов / С. А. Бурова // Лечащий врач. — 2004. — № 10. — С. 26–28.
2. Мирзабалаева, А. К. Актиномикоз половых органов у женщин: эпидемиология, этиология, патогенез / А. К. Мирзабалаева // Проблемы медицинской микологии. — 2000. — Т. 2, № 2. — С. 11–16.
3. Сутеев, Г. О. Актиномикоз / Г. О. Сутеев. — М.: МЕДИЗ, 1951.

УДК 61:796+612.127.2

АНТИГИПОКСАНТЫ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Мозоль Ю. В., Мельниченко М. Н.

Научный руководитель: преподаватель-стажер Н. В. Бородовская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гипоксия (от гипо... и лат. *oxxygenium* — кислород) (кислородное голодание) — пониженное содержание кислорода в организме или отдельных органах и тканях.

Проблема гипоксии является актуальной для людей, которые активно занимаются спортом, потому что они переносят большие физические нагрузки, что сопровождается большим потреблением кислорода мышечными тканями. Для устранения гипоксических состояний и с целью повышения адаптации к физическим нагрузкам у спортсменов целесообразно применение антигипоксантов.

Цель

Изучить влияние антигипоксантов на организм спортсменов.

Обсуждения

Антигипоксанты — препараты неистощающего механизма действия, снижающие потребности клеток в кислороде и пролонгирующие их жизнеспособность при кислородном голодании. В. М. Виноградов (1973) выделил 2 основные группы антигипоксантов: улучшающие кислород-транспортную функцию крови и сохраняющие энергетический статус клетки.

Действие антигипоксантов носит поливалентный характер. Наряду с основным эффектом повышения коэффициента полезного действия тканевого дыхания за счет подавления нефосфорилирующих, в том числе свободно радикальных видов окисления наблюдается экономизация кислорода, защищаются структуры мембран и ферменты антиоксидантной системы, активизируется утилизация лактата. Антигипоксанты оказывают защитное действие за счет нормализации метаболизма и состояния нейрогуморальной системы, снижения основного обмена, улучшения шунтирования дыхательной цепи и гликолиза, функционирование глюкозо-лактатного шунта и сопряжение активности АТФ-азы, прямого стимулирующего действия на механизмы памяти. Антигипоксанты применяются в спортивной медицине в качестве средства ускорения восстановления физической работоспособности после истощающих нагрузок. Действие препаратов реализуется через метаболические циклы, обеспечивая экономичность их функционирования (антигипоксанты: бемитил, амтизол, цитохром-с).

Бемитил — производное меркаптобензимидазола — активный антигипоксант. Он активизирует синтез и активность ферментов глюконеогенеза. Бемитил снижает потребление кислорода тканями, теплопродукцию. Он стимулирует синтез РНК, белков, в том числе митохондриальных, процессы окислительного фосфорилирования и образования АТФ; повышает активность антиоксидантных ферментов (супероксиддисмутазы, каталазы). Амтизол повышает активность гексокиназы и малатдегидрогеназы, способствует использованию лактата и пирувата и устраняет избыток ионов водорода в цитозоле клеток. Препарат способствует увеличению синтеза АТФ, снижает потребление кислорода, тормозит процессы липолиза, поддерживая нормальную структуру клеточных и субклеточных мембран,