

медлены процессы роста, у 3 — выявлена задержка, 1 ребенок распределился в $P > 50$.

Заключение

Процессы роста у 62 девочек 6–7 лет неравномерны, нелинейны с хронопаспортом. Соответствие процессов роста, хронопаспорта с биологическим отмечено у 68 девочек.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Карташева, Н. В.* Гигиеническое значение ростовых показателей в процессе обучения и воспитания / Н. В. Карташева // Сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф., посвященной 15-летию образования ГГМУ. — Гомель, 2005. — Т. 1. — С. 111–113.
2. *Начаева, Е. В.* Рост как критерий здоровья ребенка / Е. В. Начаева // Педиатрия. — 2009. — № 3. — С. 58.

УДК: 616.22-002.1:616.231-002]-08-053.7

ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мичалева И. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Согласно данным ВОЗ, ежегодно дети переносят от 5 до 8 ОРЗ, большей частью вирусных, нетяжелых. Острый ларингит — вирусное заболевание, приводящее к осиплости голоса и, часто, к сужению просвета гортани требующей неотложной помощи.

Цель
Изучить особенности течения и терапии острого ларинготрахеита у детей раннего возраста.

Материалы и методы

Были проанализированы 75 медицинских карт стационарных больных детей в возрасте от 6 месяцев до двух лет, находившихся на лечении в инфекционном отделении № 1 Гомельской областной детской клинической больницы с января по март 2009 г.

Результаты исследования

Острый ларинготрахеит развивается примерно одинаково у детей первого (36 (48 %) человек) и второго (39 (52 %) человек) года жизни. Чаще встречается у мальчиков (51 (68 %) человек). Количество первично заболевших детей составило 94,7% (71 ребенок), повторно — 5,3 % (4 ребенка). Основная масса госпитализированных детей (73 (97,3 %) человека) не посещают детские дошкольные учреждения.

Причиной госпитализации, в большинстве случаев (64 (85,3 %) человека), явился развившийся стеноз гортани, без стеноза госпитализировано 11 (14,7 %) детей.

Большинство детей поступили в стационар в первые 3 дня от начала заболевания: в 1-й день болезни — 20 (26,7 %) детей, 2-й и 3-й день — 48 (64 %) детей, свыше 3-х дней — 7 (9,3 %) детей; преимущественно в состоянии средней степени тяжести (45 (60 %) человек), 30 (40 %) детей госпитализировано в тяжелом состоянии.

В клинической картине катаральный синдром встречался у всех 75 (100 %) детей, интоксикационный — у 68 (90,7 %), стеноз гортани — у 64 (85,3 %): 1 степени — у 50 (78,2 %) детей, 2 степени — у 14 (21, 8%). Наиболее часто острый ларинготрахеит протекает с фебрильной температурой (41 (54,7 %) детей), реже (27 (36 %) детей) — с субфебрильной, 3 (4 %) детей имели нормальную температуру тела. У 19 детей повышенная температура тела сохранялась в течение первых суток, у 37 детей — до 3-х суток, у 16 детей — больше 3 суток.

Анализируя показатели общего анализа крови выявлены: анемия — у 7 (17,9 %) детей, лейкоцитоз — у 34 (45,3 %), сдвиг лейкоцитарной формулы влево — у 21 (28 %), лимфоцитоз — у 12 (16 %) детей. Увеличение СОЭ — в 23 (30,7 %) случаях.

Вирусологическое обследование было проведено 64 детям (85,3%): выявлен антиген вируса гриппа А и антиген аденовируса по 1 (1,6%) случаю каждый.

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 — 4,7 дня. 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,