

В анализируемой группе детей наиболее часто встречаемыми нарушениями ритма сердца являлись нарушения функции возбудимости, которые диагностированы у 17 (68 %) детей. У 5 (20 %) детей выявлены нарушения функции проводимости. 3 (12 %) детей имели нарушения функции автоматизма.

Из 17 новорожденных с нарушением функции возбудимости у 16 (94 %) ведущим клиническим синдромом был синдром угнетения центральной нервной системы, у 1 (6 %) — гипертензивный синдром.

Из 5 новорожденных с нарушением функции автоматизма у 3 (60 %) ведущим клиническим синдромом был синдром угнетения центральной нервной системы, у 2 (40 %) — гипертензивный синдром.

Из 3 новорожденных с нарушением функции проводимости у 2 (67 %) ведущим клиническим синдромом был синдром угнетения центральной нервной системы, у 1 (33 %) — гипертензивный синдром.

Синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы новорожденного – это функциональное нарушение ССС, которое связано с перенесенной хронической ante- и интранатальной гипоксией. Нарушения ритма при СДССС обусловлены изменением нейровегетативной регуляции, электрической нестабильностью миокарда и гемодинамическими нарушениями в связи с персистенцией фетальных коммуникаций [2].

Из 25 детей, у 18 (72 %) нарушения ритма сердца были проявлением синдрома дезадаптации сердечно-сосудистой системы, у 7 (28 %) — проявлением врожденных нарушений ритма сердца и проводимости.

Среди детей с синдромом дезадаптации сердечно-сосудистой системы у 13 (76,4 %) диагностированы нарушения функции возбудимости, у 5 (100 %) — нарушения функции автоматизма, у 1 (33,4 %) — нарушения функции проводимости. Врожденные нарушения ритма сердца проявлялись у 4 (23,6 %) человек нарушениями функции возбудимости, у 2 (66,6 %) — нарушениями функции проводимости.

Выводы

Среди нарушений ритма сердца и проводимости у новорожденных с перинатальной энцефалопатией ведущее значение принадлежит нарушениям функции возбудимости, которые составляют более половины всех нарушений. Пятая часть нарушений принадлежит нарушениям функции автоматизма, редко (12 %) встречаются нарушения функции проводимости. Нарушения ритма сердца и проводимости наиболее часто диагностируются у новорожденных с токсико-гипоксической энцефалопатией, синдромом угнетения и являются проявлением синдрома дезадаптации сердечно-сосудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Л. М.* Педиатрия. Курс лекций / Л. М. Беляева. — М.: Мед. лит., 2011. — 568 с.
2. *Бубневич, Т. Е.* Синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы у новорожденных: учеб.-метод. пособие / Т. Е. Бубневич, С. С. Ивкина, А. И. Зарянкина. — Гомель: ГомГМУ, 2016. — 40 с.
3. *Беляева, Л. М.* Нарушения ритма сердца и проводимости у детей и подростков: учеб.-метод. пособие / Л. М. Беляева, Е. К. Хрусталева, Е. А. Калупаева. — Минск: БелМАПО, 2007. — 50 с.

УДК 616.24-008.4-053.36-084

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Зарянкина А. И., Удодова В. Г.

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

Введение

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) — острая инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением дыхательных путей и протекающая с ли-

хорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности.

Возбудителями заболеваний респираторного тракта являются преимущественно респираторные вирусы.

ОРВИ — самая частая инфекция человека. Дети в возрасте до 5 лет переносят, в среднем, 6–8 эпизодов ОРВИ в год [1, 2, 3].

По данным ВОЗ, ежегодно ОРВИ регистрируются у трети жителей планеты. Во всем мире основной экономический ущерб от инфекционных заболеваний приходится на долю гриппа и острых респираторных инфекций [3].

Цель

Выяснить частоту встречаемости острой респираторной инфекции (ОРИ) у детей на первом году жизни и методы профилактики острых респираторных инфекций у детей с позиции матерей.

Материал и методы исследования

Способ исследования — анкетный. Методом случайной выборки среди посетителей детской поликлиники проведен опрос 60 матерей о частоте ОРИ у детей на первом году жизни, применении жаропонижающих, антибактериальных препаратов и используемых методах профилактики ОРИ.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 60 детей, на первом году жизни не болели ОРИ 13 (21,7 %) детей. 47 (78,3 %) детей переносили острую респираторную инфекцию от 1 до 5 раз. Один эпизод ОРИ отмечался у 11 (23,4 %) детей. 27 (57,4 %) детей на первом году жизни болели до 3 раз, 9 (19,2 %) — более 3 раз.

У большинства детей первого года жизни (38; 63,3 %) острая респираторная инфекция протекала с повышением температуры тела. У 22 (36,7 %) детей температура тела оставалась на нормальных цифрах.

У 5 (10,6 %) детей ОРИ осложнилась отитом.

38 (80,8 %) детей первого года жизни при ОРИ получали антибактериальные препараты, из них 20 (52,6 %) детей получили 1–2 курса, 18 (47,4 %) — 3 и более курсов. В 95 % случаев антибактериальные препараты назначались врачом. 3 (5 %) мамы использовали антибактериальные препараты самостоятельно. Наиболее часто назначался амоксициллин (86 %), реже — азитромицин (8 %) и цефуроксим (6 %). Средняя продолжительность курса антибактериальной терапии была 5–7 дней (92,1 %), более 7 дней отметили 3 (7,9 %) мамы. Большинство детей (26; 68,4 %) хорошо переносили антибактериальную терапию, у 9 (23,7 %) детей развился диарейный синдром, у 3 (8 %) — кожные высыпания. Пробиотики назначались 9 детям (23,7 %) у которых на фоне антибактериальной терапии развился диарейный синдром.

В 70 % случаев мамы используют жаропонижающие средства при повышении температуры тела у детей 38,5 °С и выше, в 23 % случаев — при температуре 38 °С и выше и в 7 % — при температуре 37,5 °С.

Практически все мамы (58; 97 %) отметили, что приобретают лекарственные препараты, рекомендуемые лечащим врачом, 2 (3 %) мамы указали, что пользуются рекомендациями работников аптеки.

Одним из важнейших способов эффективного предотвращения распространения инфекций с воздушно-капельным механизмом передачи является стимуляция специфической и неспецифической резистентности. Прежде всего, это относится к наиболее восприимчивым контингентам из групп повышенного риска заболевания ОРВИ и гриппом, к которым относятся и дети. В настоящее время среди всех возбудителей ОРВИ только в отношении вируса гриппа человек может получить специфический иммунитет с помощью вакцинации [4].

Согласно опросу, прогулки на свежем воздухе – главное профилактическое мероприятие против ОРИ у 47 % респондентов, у 27 % — витаминотерапия, 17 % считают, что лучшим методом профилактики ОРИ является рациональное питание, 9 % — гимнастика и закаливание.

Выводы

Согласно опросу матерей, больше половины детей на первом году жизни переносят 2–3 эпизода острой респираторной инфекции, 1/5 опрошенных мам отмечают 4–5 эпизодов

ОРИ. Большинство детей (80,8 %) с ОРИ получают антибактериальную терапию, половина из которых 2–3 курса. Наиболее часто назначаемый антибиотик — амоксициллин. Родители осведомлены о необходимости использования жаропонижающих препаратов при температуре тела у ребенка 38,5 °С и выше и в большинстве случаев следуют данным рекомендациям. Половина опрошенных матерей считают прогулки на свежем воздухе главным методом профилактики ОРИ, второе место занимает витаминотерапия, третье — рациональное питание. Вакцинацию — как метод профилактики гриппа не указала ни одна женщина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hay, A. D. ALSPAC study team. The prevalence of symptoms and consultations in pre-school children in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC): a prospective cohort study / A. D. Hay, J. Heron, A. Ness // Family Practice. — 2005. — Vol. 22. — P. 367–374.
2. The economic burden of non-influenza-related viral respiratory tract infection in the United States / A. M. Fendrick [et al.] // Arch Intern Med. — 2003. — Vol. 24, № 163(4). — P. 487–494.
3. Тактика и лечение острой респираторной вирусной инфекции у детей: метод. рекомендации / Б. М. Блохин [и др.]. — М., 2014. — 34 с.
4. Селькова, Е. П. ОРВИ и грипп: в помощь практическому врачу / Е. П. Селькова, О. В. Калюжин. — М.: Медицинское информационное агентство, 2015. — 224 с.

УДК [618.1+616.6]:579.88

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

Захаренкова Т. Н.

Учреждение образования

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

Введение

До сих пор многие врачи ошибочно при выявлении любых микоплазм в урогенитальном тракте пациентов трактуют это как инфекцию, передаваемую половым путем (ИППП). Такая ситуация вызывает у пациентов, прежде всего, эмоционально-психический стресс, неуверенность в своем половом партнере, а у беременных женщин еще и страх за здоровье будущего ребенка [1].

На сегодняшний день из всех урогенитальных микоплазм только *Mycoplasma genitalium* является абсолютным патогеном, которым инфицировано 13–20 % женщин, что даже превышает частоту *Chlamydia trachomatis* (7–12 %) среди возбудителей ИППП. Доказана роль *M. genitalium* в развитии цервицитов, воспалительных заболеваний органов малого таза, трубного бесплодия, что диктует необходимость обследования на *M. genitalium* в скрининге на ИППП и назначения специальных антибиотиков [2]. Роль *M. genitalium* при беременности и возможность ее передачи плоду изучены недостаточно.

Виды *M. hominis*, *U. urealyticum*, *U. parvum* относятся к условно-патогенным микоплазмам, тем не менее, их роль в развитии патологии урогенитального тракта и осложнений беременности показана в ряде исследований [3, 4, 5]. В случаях же отсутствия жалоб пациента и при выделении микоплазм в ассоциации с другими микроорганизмами вопрос о назначении антибактериальной терапии вызывает затруднение даже у опытных врачей-специалистов.

Цель

Определить частоту и структуру основных путей инфицирования урогенитальными микоплазмами, особенности (клинические аспекты) урогенитальной персистенции различных видов микоплазм у женщин.

Материал и методы исследования

Обследовано 70 девочек 12–18 лет до полового дебюта, 143 беременных, включенных в исследование методом сплошной выборки и 39 новорожденных методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ). Определяли видовую принадлежность и концентрацию (количество геном-эквивалентов, ГЭ) *M. hominis*, *U. urealyticum*, *U. parvum*,