

**МИНАЕВ С.В., БЫКОВ Н.И., БАЙЧОРОВ М.М., ЛЕСКИН В.В., БАННИКОВ М.Ю., БОЛОТОВ Ю.Н.,
МОТОРИНА Р.А., ТИМОФЕЕВ С.В., ДОРОНИН Ф.В.**

Ставропольская государственная медицинская академия,
Краевая детская клиническая больница, г. Ставрополь

616.381-002

Улучшение результатов лечения перитонита в детском возрасте

Перитонит является наиболее опасным и тяжелым осложнением острого аппендицита. Несмотря на достигнутые успехи в лечении этого заболевания, актуальной проблемой абдоминальной хирургии остается развитие осложнений в послеоперационном периоде. Цель исследования: улучшение результатов лечения аппендикулярного перитонита у детей.

Под нашим наблюдением находилось 86 детей с аппендикулярным перитонитом. Больные были разделены на 2 группы: основная группа получала полиферментную терапию (Вобэнзим, в дозе 1-3 табл. 3 раза в сутки на протяжении 4 недель); контрольная группа — моноферментную терапию (электрофорез с гиалуронидазой 64 ЕД на переднюю брюшную стенку в течение 10 суток). Всем детям проводили антибактериальную терапию, которая включала в себя 3 антибиотика: цефалоспорины (цефотаксим, цефозалин), аминогликозиды (гентамицин) и метронидазол. У части пациентов потребовалось включение в стандартную терапию препаратов резерва (зинацеф, амикацин, медоцеф).

При сочетанном применении антибиотиков с Вобэнзимом отмечалось потенцирование эффекта антибактериальной терапии. Благодаря этому сокращали ее длительность в основной

группе на 2 суток по сравнению с контрольной группой, где она составляла $11,5 \pm 0,5$ суток. Болевой синдром купировался в основной группе достоверно раньше — к $3 \pm 0,3$ суткам ($p < 0,05$) после оперативного вмешательства. Быстрый регресс болевого синдрома в основной группе позволил с 3 суток после операции не прибегать к назначению детям обезболивающих средств. Сроки заживления операционной раны в основной группе были короче на 1 сутки, чем в контрольной группе ($10 \pm 0,3$ суток). Срок пребывания в стационаре детей, которым применяли полиферментную терапию, был короче и ограничивался $14,7 \pm 1,8$ сутками. В контрольной группе этот период составлял $16,5 \pm 0,8$ суток. У детей в основной группе заживление ран происходило без воспалительных осложнений. В контрольной группе отмечались осложнения (нагноение послеоперационной раны — 1, расхождение ее краев — 1, внутрибрюшной абсцесс и ранняя спаечная кишечная непроходимость — 1).

Таким образом, использование в послеоперационном периоде комплексного лечения, включая полиферментную терапию, позволило добиться улучшения результатов лечения перитонита. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности ферментной терапии у детей.

616.98-053.2

**МИХАЙЛОВА Е.В., ЗАЙЦЕВА И.А., КАЩАЕВ Б.А., КОШКИН А.П., КАРАЛЬСКИЙ С.А., ЛАВРЕНТЬЕВ Г.П.,
ЛЕВИН Д.Ю., ИЛЬИЧЕВА Т.Г., КОНОВАЛОВА М.Н.**

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава им. В.И. Разумовского», кафедра детских инфекционных болезней, г. Саратов

Современные особенности течения энтеровирусной инфекции у детей

В настоящее время в г. Саратове и области отмечается рост заболеваемости среди детей энтеровирусными (асептическими) менингитами, вызываемыми вирусами ЭКХО и Коксаки.

Цель исследования: изучение клинических особенностей течения энтеровирусных менингитов. С января по сентябрь 2009 г. в ГУЗ «Областная детская инфекционная клиническая больница» г. Саратова было госпитализировано 230 детей



в возрасте от 2 до 16 лет. Пик заболеваемости — 190 человек — пришелся на период с мая по сентябрь текущего года. Средний возраст обследуемых составил $8,5 \pm 1,18$ года. Характерными клиническими особенностями течения болезни были: острое начало в 100% случаев, с фебрильной лихорадкой до 4 дней, менингеальными симптомами в разной степени выраженности. У больных выявлялись другие симптомы ЭВИ: экзантемы, изменения в зеве в виде герпангины, боль в животе, изменения размеров печени, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, по данным ЭКГ, у 13% детей, катаральные симптомы были выявлены у 67% больных. Следует отметить относительно быструю стабилизацию состояния больных в среднем на $5,1 \pm 0,69$ день болезни (исчезновение неврологической симптоматики у 72% пациентов, отсутствие жалоб у 93%).

При анализе гемограмм у 60% детей отмечался умеренный лейкоцитоз нейтрофильного характера с несколько повышен-

ной СОЭ в 42,8% случаев. Такая картина периферической крови в сочетании с преимущественно нейтрофильным цитозом ликвора (41,5% обследуемых) и повышенным содержанием белка у 14,2% затрудняла своевременную диагностику энтеровирусного менингита.

Таким образом, энтеровирусным менингитом страдают дети всех возрастов. Наиболее часто изолированный менингит встречается в возрастной группе 4-7 лет. Течение энтеровирусных менингитов характеризуется быстро проходящей неврологической симптоматикой на фоне проводимой противовирусной терапии (циклоферон, виферон) преобладают среднетяжелые формы болезни. В начале заболевания менингитом у половины больных выявляется нейтрофильный плеоцитоз в ликворе и лейкоцитоз нейтрофильного характера с ускоренной СОЭ в периферической крови.

616.9-053.2

МИХАЙЛОВА Е.В., ИЛЬЧЕВА Т.Г., КАЩАЕВ Б.А., ЛАВРЕНТЬЕВ Г.П., КАРАЛЬСКИЙ С.А.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава», кафедра детских инфекционных болезней, г. Саратов

Состояние психовегетативного тонуса у детей в острый период инфекционных заболеваний

Инфекционные заболевания часто являются причиной возникновения психосоматических нарушений в зависимости от природы болезни, особенностей реагирования центральной нервной системы, локализации и тяжести болезненного процесса, особенностей возрастной реактивности.

В 2009 году в МУЗ «5 детская инфекционная больница» было обследовано 50 детей, перенесших вирусные и вирусно-бактериальные инфекции дыхательных путей, острые средние отиты, тяжелые и осложненные формы инфекционного мононуклеоза, висцеральные формы ветряной оспы. Средний возраст составил $4,54 \pm 0,18$ года. Диагностическое обследование включало в себя клиническую оценку проявлений вегетативной дисфункции, психологическое исследование, неврологическое обследование. По результатам исследования у всех детей были выявлены психосоматические нарушения. При этом в преобладающем проценте случаев клиническая типология астенических расстройств определялась гиперстенической астенией, характеризующейся гиперактивностью (84%), импульсивностью (92%), повышенной раздражительностью (84%), нарушениями сна (74%), и др. Гораздо реже при тяжелом и затяжном течении инфекционного процесса у детей наблюдалась гипостеническая астения, основными элементами которой являлись снижение порога возбудимости и восприимчивости к внешним стимулам с вялостью, повышенной тревожностью (34%), утом-

ляемостью (38%), дневной сонливостью. Клинические тесты показателей памяти и внимания выявили снижение соответствующих параметров по сравнению с возрастными нормами. Методика повторения 10 слов выявила снижение показателей механического запоминания (в большинстве случаев обследуемым для воспроизведения 10 слов требовалось 3 и более повторений). В то же время количество воспроизводимых слов через час после начала исследования значительно снизилось, что явилось признаком нарушения динамической памяти у детей с вегетативной дистонией. Оценка результатов пиктограмм в целом показала, что у детей с вегетососудистой дистонией часто изображаемые образы не соответствовали реальным объектам, что впоследствии затрудняло их интерпретацию. Показатели по критерию адекватности (обоснованности связи между предложенным понятием и его пиктограммой) в среднем составили лишь 50%. Проведенное по методике Люшера тестирование отразило статистически значимое отклонение преимущественно выбираемой обследуемыми цветовой гаммы от аутогенной нормы.

Таким образом, проведенное клиническое обследование детей с тяжелыми формами инфекционных заболеваний выявило наличие у них в различной степени выраженных вегетативных нарушений, расстройств памяти, внимания, нарушений эмоциональной сферы.