

ной в период реорганизации системы здравоохранения, системы санаторно-курортного лечения на имеющейся материально-технической базе и не противоречащей принципам преемственности и этапности ведения пациентов с различными заболеваниями.

### СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

Жукова Л.Г., Тиминова Е.А., Швец Т.Е.  
*ОмГМА*

Был проведен анализ 163 историй болезни детей с вирусными менингитами, получавших лечение в отделении нейроинфекций городской детской клинической больницы №3 г. Омска за период 2007-2009 годов. Преобладали дети школьного и дошкольного возраста: 102 (62,6%) и 49 (30,1%) человек соответственно, в возрасте до трех лет было только 2,5% пациентов, у детей до одного года вирусные менингиты не регистрировались. У 32 (19,6%) заболеванию предшествовал контакт с острой респираторной инфекцией. По тяжести менингиты распределялись следующим образом: начальная форма – 53 (32,6%), среднетяжелая – 55 (33,7%), тяжелая – 55 (33,7%). В 84 (51,5%) случаях наблюдалось острое начало болезни. Головная боль отмечалась у 157 (97,3%) пациентов, причем только у 39 (24,0%) человек она была сильной. Повышение температуры тела зарегистрировано в 155 (95,1%) случаях: до субфебрильной – у 79 (48,5%) человек, фебрильной – у 65 (39,9%), высокой – у 11 (6,7%). В большинстве случаев (75,4%) продолжительность лихорадочного периода не превышала 3-5 дней стационарного лечения. У 143 (87,7%) детей с вирусными менингитами наблюдалась рвота: в 59 (36,2%) случаев – многократная, в 49 (30,1%) – повторная, в 35 (21,5%) – однократная. Положительные менингеальные симптомы определялись у 136 (83,4%) пациентов, наиболее часто регистрировались ригидность мышц затылка – 86 (45,5%), симптом Кернига – 32 (16,9%) и верхний симптом Брудзинского – 27 (14,3%). В 79 (48,5%) случаях менингеальные знаки сохранялись в течение 3-5 суток от начала лечения, в 29 (17,8%) – 6-10 суток, в 15 (9,2%) исчезли на 1-2 день, в 9 (5,5%) длительность сохранения менингеальных симптомов превысила 10 суток. У 47 (28,9%) пациентов проявления менингита сочетались с катаральными проявлениями со стороны верхних дыхательных путей, у 16 (9,8%) – с дисфункцией желудочно-

кишечного тракта, у одного ребенка – с везикулярным фарингитом.

В анализах периферической крови у 85 (52,2%) человек регистрировался лейкоцитоз, у 77 (47,2%) детей количество лейкоцитов соответствовало возрастной норме. Нормальные показатели СОЭ выявлены у 94 (57,7%) пациентов. В лейкоцитарной формуле в 70,6% случаев регистрировался нейтрофилез, в 17,1% – формула соответствовала возрастным показателям, лимфоцитоз отмечен у 12,3% пациентов. При исследовании цереброспинальной жидкости плеоцитоз в 90 (55,2%) случаев был смешанного характера, в 39 (23,9%) – лимфоцитарного и в 34 (20,9%) – нейтрофильного.

Этиологическое обследование детей с вирусными менингитами в 2007 году включало определение вирусологическими и серологическими методами респираторных вирусов, а с 2008 года – энтеровирусов, в том числе методом ПЦР. Этиологический фактор менингита установлен у 72 (44,2%) больных: в 66 (40,7%) случаях – энтеровирусы (ЕСНО – 8 (12,1%), Коксаки В – 19 (28,8%), в 39 (59,1%) энтеровирусная природа менингита была подтверждена ПЦР-диагностикой), респираторные вирусы (гриппа А и парагриппа) – у 6 пациентов (3,5%). У 91 (55,8%) пациента этиология вирусного менингита осталась невыясненной.

Терапия вирусных менингитов у детей включала применение дегидратации, рекомбинантных интерферонов, интерферонов, ноотропов с различным механизмом действия, витаминов группы В. Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии с улучшением (82,8%) или выздоровлением (17,2%) по основному заболеванию.

Таким образом, вирусные менингиты преимущественно регистрировались у детей школьного и дошкольного возраста (92,7%), тяжесть болезни варьировала от начальной формы до тяжелой, характеризовались: головной болью (97,3%), лихорадкой (95,1%), рвотой, не связанной с приемом пищи (87,7%), положительными менингеальными симптомами (83,4%), без характерных изменений в периферической крови, с преобладанием смешанного плеоцитоза спинномозговой жидкости (55,2%) и энтеровирусной этиологии заболевания (40,7%).

**ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ  
АРОМАТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ  
ИНФЕКЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ  
В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

Клименко В.В., Романенко Н.С.,  
Литкова Л.Ю., Дьяченко А.О.

Применение эвкалиптового масла (ЭМ) при бронхо-легочных заболеваниях связано с тем, что среди известных лечебных свойств ЭМ противомикробное, противовоспалительное, жаропонижающее и иммуностимулирующее действие могут использоваться при воспалительных заболеваниях дыхательной системы инфекционного генеза.

В работе – изучено в эксперименте лечебное действие ЭМ на модели инфекционной пневмонии. Работа выполнена на 20 половозрелых белых крысах линии Вистар обоего пола массой 180-250 г, которые находились в условиях стандартного содержания и рациона питания. Экспериментальную пневмонию вызывали путем заражения животных однократным интратрахеальным введением с помощью зонда 0,1мл ( $5 \times 10^8$  КОЕ/мл) суточной культуры *P. aeruginosa* (шт. ATCC 27853). ЭМ (производство - Китай) наносили пипеткой по 2 капли (0,25 мл) на шерсть затылочной области головы (имитация применения аромамедальнов) ежедневно в течении 10 дней после инфицирования. О течении пневмонии судили по общему состоянию крыс (масса тела, температура) в динамике (исходная, через 5 и 10 дней опыта). Эффективность лечения оценивали по весовым коэффициентам легких (в %) и степени их обсемененности (методом посева по Гольду). Показателями состояния неспецифической сопротивляемости организма крыс в этих условиях были коэффициенты массы зобной железы, селезенки и надпочечников. Для их определения животных выводили из опыта, соблюдая современные требования биоэтики, в те же сроки опыта (5 и 10 день). Полученные результаты в виде средней арифметической из 10 наблюдений за лечеными животными (2гр.) сравнивали с контролем на патологию (10 крыс 1гр.) обрабатывали статистически методом вариационного ряда по Стьюденту с поправкой Бонферони.

Получены данные, отражающие статистически достоверное на 10 день опыта снижение температуры тела ( $36,7 \pm 0,3$  °С против  $37,9 \pm 0,3$  °С в контроле на патологию), коэффициента массы легких ( $1,2 \pm 0,1\%$  против  $1,8 \pm 0,1\%$  при патологии) и их обсемененности ( $5 \times 10^5$  против  $5 \times 10^9$  при патологии), а также восстановление коэффициентов массы тимуса и селезенки. Масса тела крыс, получавших ЭМ,

в динамике поддерживалась на исходном уровне в отличие от нелеченных животных, вес которых к концу опыта имел тенденцию к снижению.

Как видно, ЭМ оказывает положительное влияние на течение экспериментальной пневмонии, снижая обсемененность легких, улучшая общее состояние животных и их неспецифическую сопротивляемость, что свидетельствует о возможности использования ЭМ в комплексной терапии инфекционной пневмонии.

**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ  
ГОТОВНОСТЬ К ШКОЛЬНОМУ  
ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ,  
ДЕПРИВИРОВАННЫХ ПО СЛУХУ**

Клочкова И.А., Белова О.А.

*Государственный университет  
им. С.А. Есенина  
Рязань, Россия*

До настоящего времени понятие «школьной зрелости» не имеет единого толкования: одни авторы при определении «школьной зрелости» оценивают - как комплекс, состоящий из физического, социального и психического развития ребенка; другие – функциональную зрелость отдельных органов и систем организма; третьи – готовность детей к напряжению, связанному с посещением школы. Изучение специальной литературы показало, что проблема готовности к школе неслышащих и слабослышащих детей остается теоретически и экспериментально мало разработанной. Вопрос о «школьной зрелости» с нарушениями слуха приобретает особую актуальность особенно в последнее время в связи с тенденциями сокращения сроков обучения в специальной школе, а также с направленностью образования на интегрированное обучение. В связи с этим наиболее целесообразно использовать тест А.Керна в модификации Йирасека в сочетании с другими показателями – психофизиологическими, психологическими, нейрофизиологическими, морфологическими. Для определения уровня развития мелкой моторики кисти, учащимся предлагалось выполнить мотометрический тест Н.Н. Озерского «вырезание круга».

Было проведено обследование у учащихся 1-5 классов с целью выявления уровня развития мелкой моторики кисти и функциональной готовности к обучению в начальной школе. Среди первоклассников этого года зрелыми оказались 20% детей от общего числа обследованных учащихся первых классов.