

томия - 4 (22%), орбитотомия - 1 (5,3%), дренирование ретробульбарного пространства – 1 (5,3%), эндоскопическая гайморотомия - 5 (26%), вскрытие субпериостального абсцесса - 1 (5,3%). Два и более оперативных вмешательства производились 11 пациентам (58%). В отделении реанимации находились 6 человек (31,6%), продолжительность пребывания в реанимации 1 - 10 койко-дней ($5,7 \pm 2,3$ койко-дней). Продолжительность пребывания в стационаре – 9-31 койко-день ($13,7 \pm 5,3$ койко-дней). Исход положительный у 19 человек (100%).

Выводы: 1. Риногенные внутриорбитальные осложнения чаще встречаются среди взрослых пациентов (52,6%), мужчин (63,2%), жителей города (73,7%). 2. Осложнения преимущественно встречались у пациентов с острым синуситом (73,7%), чаще - острый гнойный гайморит (21,2%). 3. Преобладающие формы осложнений - реактивный отек век (84,2%), субпериостальный абсцесс (26,3%). 4. Оперативное лечение проводилось всем пациентам, в большинстве случаев – пункция верхнечелюстных пазух (58%). 5. При своевременно начатом лечении у всех пациентов наблюдается положительный исход заболевания.

Литература:

1. Пальчун, В.Т. Оториноларингология: Руководство для врачей / В.Т. Пальчун, А. И.Крюков. – Москва: «Медицина», 2001. – 616 с.

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Богданович С.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра детских болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Харченко О.Ф.

В настоящее время убедительно доказано, что уровень здоровья населения, и прежде всего детей, в значительной мере зависит от качества окружающей среды. Проблемы экологического характера, являющиеся неотъемлемым спутником цивилизованного общества (выброс промышленных, сельскохозяйственных, бытовых отходов) ведут к ухудшению экологического состояния внутренней среды ребенка и прежде всего индигенной микрофлоры кишечника. Дисбаланс эволюционно сложившейся экосистемы «макроорганизм – микроорганизмы» имеет для человека тяжелейшие последствия, вызывая при этом нарушения в функционировании различных систем. Микрофлора ребенка в силу своих физиологических особенностей в этой ситуации становится своеобразным индикатором явной и латентной патологии. Дополнительным «грузом», ухудшающим симбиотические взаимоотношения в экологических нишах макроорганизма, является масштабное применение антибактериальных средств. Широкое их использование в животноводстве и ветеринарии привело к значительному загрязнению пищевых продуктов. Антибиотики системного действия занимают практически ежегодно первые места в общем объеме продаж лекарственных средств. Повсеместное и недостаточно контролируемое применение антибиотиков в нашей жизни ведет к формированию антибиотикоустойчивых штаммов микроорганизмов, алергизации ор-

ганизма, изменению направленности иммунного ответа, развитию кандидозной суперинфекции, дисбиозу кишечника.

Цель – оценка микробного пейзажа кишечника у детей дошкольного и младшего школьного возраста, перенесших острые кишечные инфекции и находившихся на лечении в областной инфекционной больнице г. Гродно.

Материалы и методы. Изучена микрофлора кишечника 54 пациентов, из них 34 ребенка в возрасте 3–5 лет и 20 детей младшего школьного возраста. Все пациенты получали стандартное лечение по поводу острой кишечной инфекции неуточненной этиологии, и были выписаны с выздоровлением. Контрольный анализ на качественный и количественный состав микрофлоры кишечника был выполнен на 14–21 сутки от момента выписки из стационара.

Результаты. Во всех группах обследуемых выявлялся нарушенный баланс микрофлоры. У 12% детей отмечался низкий уровень бифидобактерий, у 45% – типичной кишечной палочки, у 14% пациентов в микробном пейзаже толстого кишечника преобладали гемолизирующие *E. coli*. Отмечено количественное повышение факультативных микроорганизмов: у 36,6% пациентов обнаружены грибы рода *Candida spp.*, у 8% – *St. aureus*, у 21% – патогенные энтеробактерии (*Proteus vulgaris et mirabilis*). Количество лактобактерий не выходило за референтные значения во всех возрастных группах. Наиболее выраженные нарушения (выделение клостридий, золотистого стафилококка) наблюдались у пациентов 6–8 лет. Типичные эшерихии в титре, соответствующем норме, высевались у детей более старшего возраста. Слабоферментирующие *E. coli* встречались у каждого второго ребенка (49,5%) в возрасте 3–5 лет, тогда как у пациентов младшего школьного возраста этот показатель превышал нормальные титры лишь у 23% обследованных ($p \leq 0,05$).

Таким образом, наиболее выраженные изменения микрофлоры кишечника отмечены в группе детей 3–5 лет. Обращает внимание сочетание условно-патогенных энтеробактерий, стафилококков, слабоферментирующих *E. coli*, что создает дополнительные факторы риска по развитию синдромов мальдигестии и мальабсорбции.

ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Бондарева П.В., Шейбак Л.В., Полягошко А.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Шейбак В.М.

Задачи: проанализировать эпидемиологию повреждений грудной клетки у детей и особенности лечебной тактики при данной патологии.

Материал и методы. В клинике детской хирургии ГрГМУ за период с 1991 г. по 2014 г. на стационарном лечении находились 120 детей с различными повреждениями грудной клетки. Из них мальчиков было 87, а девочек 33. Возрастные группы выглядели следующим образом: до 3-х лет - 4, от 3 до 6 лет - 15, от 6 до 10 лет - 39, от 10 до 15 лет - 62 ребенка.

Результаты. нами проанализирована зависимость получения травмы от времени года и времени суток. Чаще повреждения грудной клетки встречались летом - 46, осенью - 32, весной - 25 и зимой - 16. Зависимость получения