

районах. Так как часть детей 7–17 лет перенесли скарлатину в 3–6-летнем возрасте, они имеют меньший риск заражения, но большую значимость в распространении β -гемолитического стрептококка группы А [1, 3].

Выводы

Социально-возрастными группами, наиболее вовлекаемыми в эпидемический процесс скарлатины в двух районах, были дети 3–6 лет и 0–2 лет, посещающие УДО (наибольшая доля в структуре заболевших и наибольшие среднемноголетние показатели заболеваемости). Интенсивность эпидемического процесса в Первомайском районе была выше, чем в Партизанском в группах 3–6 (179,5 против 85,4 на 100 тыс. группы; 84,6 и 80,95 % в структуре заболевших) и 0–2 летних детей, посещающих УДО (260,1 против 100,6 на 100 тыс., 14,2 и 11,9 % в структуре заболевших), что может быть обусловлено большей численностью детского населения (в 2,27 раза), большей наполняемостью групп в УДО и, соответственно, увеличением реализации фактора перемешивания среди детей дошкольного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бедулина, И. М. Особенности эпидемического процесса скарлатины в Республике Беларусь / И. М. Бедулина // Мед. журн. — 2005. — № 3. — С. 38–39.
2. Близнюк, А. М. Стрептококковая инфекция группы А: возбудитель, механизм развития и проявления эпидемического процесса, эпидемиологический надзор и профилактика / А. М. Близнюк // Мед.панорама. — 2010. — № 1. — С. 66–74.
3. Носительство β -гемолитических стрептококков группы А / А. М. Близнюк [и др.] // Медицинский журнал. — 2011. — № 2. — С. 21–23.
4. Эпидемиологическая диагностика: учеб. пособие / Г. Н. Чистенко [и др.]; под ред. Г. Н. Чистенко. — Минск, 2007. — 148 с.

УДК 616.8-091.96-08:616.833-002-031.14

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ГИЙЕНА — БАРРЕ

Лапунова А. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

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

Введение

Синдром Гийена — Барре — острая воспалительная полирадикулоневропатия аутоиммунной природы. В настоящее время СГБ признан самостоятельной и самой распространенной в мире формой острой полинейропатии. Частота встречаемости СГБ варьирует от 0,6 до 2,4 случая на 100 тыс. населения, в среднем — 1,5–2 случая на 100 тыс. населения ежегодно. Заболеваемость не имеет сезонных колебаний, несколько преобладает среди мужчин (соотношение мужчины – женщины 1,1–1,7: 1). У женщин риск возникновения этого заболевания снижается во время беременности и возрастает после родов. Развитие синдрома возможно в любом возрасте, однако чаще он встречается в пожилом возрасте. У лиц до 18 лет заболеваемость составляет 0,8 на 100 тыс. населения, тогда как после 60 лет — 3,2.

Цель

Рассмотреть возможности специфического лечения синдрома Гийена — Барре.

Материал и методы исследования

Изучение публикации по теме исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Синдром Гийена — Барре в острой фазе, даже в легких случаях, относиться к неотложному состоянию, так как декомпенсация с развитием тяжелой дыхательной недостаточности, требующей ИВЛ, может возникнуть в течение нескольких часов. В связи с этим пациента следует экстренно госпитализировать.

Лечение синдрома Гийена — Барре включает два основных направления: специфическую и симптоматическую терапию.

В качестве специфической терапии синдрома Гийена — Барре, направленной на купирование аутоиммунного процесса, в настоящее время применяют пульс-терапию иммуноглобулинами класса G и плазмаферез.

Эффект плазмафереза (ПФ) может быть связан с удалением циркулирующих в крови иммунных факторов (антитела, компоненты комплемента, провоспалительные цитокины), оказывающих повреждающее действие на нервные волокна. Плазмаферез оказывает наибольший эффект в фазе прогрессирования, особенно в первые 2 недели заболевания, и снижает вероятность развития тяжелой дыхательной недостаточности.

Показания для проведения ПФ: нарастание очаговой неврологической симптоматики и уменьшение жизненной емкости легких до 50 % (необходимость проведения ИВЛ).

Курс ПФ обычно включает 4–5 сеансов с заменой примерно 1 объема плазмы (40–50 мл/кг), которые проводят через 1–2 дня в течение 8–14 дней. Объем обмениваемой плазмы за курс должен составить 200–250 мл/кг.

К относительным противопоказаниям для проведения плазмафереза относятся: печеночная недостаточность, тяжелые электролитные расстройства, высокий риск кардиоваскулярных осложнений — при тяжелой ишемической болезни сердца, недавно перенесенном инфаркте миокарда, нарушениях сердечного ритма и свертываемости крови.

Терапия иммуноглобулинами класса G проводится по тем же показаниям, что и ПФ.

Механизм действия до конца не ясен. Предполагается, что он связан с иммуномодулирующими свойствами препарата, его способностью нейтрализовать аутоантитела, взаимодействовать с рецепторами макрофагов и лимфоцитов, тормозя продукцию провоспалительных цитокинов (например, ИЛ-1 и гамма-интерферона). Курс лечения состоит в пятикратном внутривенном введении препарата из расчета 2 г/кг на курс.

Эффективность обоих методов приблизительно одинакова, но применение иммуноглобулина ограничено из-за высокой стоимости препарата.

Клинический эффект курса ПФ и внутривенного введения иммуноглобулина обычно проявляется к концу 1-й недели, но иногда становится очевидным спустя 2–4 недели.

Существует мнение, что комбинация ПФ и иммуноглобулина не всегда целесообразна, так как ее эффективность не превышает эффективности каждого метода в отдельности.

Кортикостероиды. В настоящее время нет единой точки зрения относительно применения кортикостероидов при СГБ. Как показало двойное слепое плацебо-контролируемое многоцентровое исследование, проведенное на 243 пациентах с СГБ, внутривенное введение кортикостероидов в высокой дозе (метилпреднизолон, 500 мг в день в течение 5 дней) не влияет ни на один из показателей, оценивавших исход синдрома Гийена — Барре, а также на вероятность его рецидива. В последующем открытом исследовании, в ходе которого 25 пациентов с синдромом Гийена — Барре лечили в/в введением иммуноглобулина (0,4 г/кг/сут в течение 5 дней) и метилпреднизолона (500 мг/сут в течение 5 дней), эффект сравнивали с контрольными данными, полученными ранее при применении одного иммуноглобулина. При комбинации иммуноглобулина и метилпреднизолона восстановление происходило лучше, при этом у 76 % пациентов к концу 4-й недели отмечено улучшение хотя бы на одну функциональную ступень — в контрольной группе аналогичная степень восстановления отмечена лишь у 53 % пациентов. Это может свидетельствовать о том, что кортикостероиды все же могут играть определенную роль в лечении синдрома Гийена — Барре. Для того, чтобы прояснить этот вопрос и определить, отмечается ли существенное улучшение исхода заболевания, если к плазмаферезу или иммуноглобулину добавляют внутривенно вводимые кортикостероиды, необходимы рандомизированные клинические испытания.

Выводы

1. Основными принципами лечения синдрома Гийена — Барре являются: поддержание жизненно важных функций, купирование аутоиммунного процесса с помощью специфической терапии, профилактика осложнений.

2. К специфическому лечению относятся программный плазмаферез и внутривенная пульс-терапия иммуноглобулинами класса G. Метод лечения выбирают в индивидуальном порядке, учитывая доступность, возможные противопоказания и т. д. Эффективность обоих методов приблизительно одинакова, их одновременное проведение нецелесообразно.

3. Эффективность кортикостероидов в лечении синдрома Гийена — Барре в настоящее время является сомнительной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медицина неотложных состояний. Избранные клинические лекции / под ред. В. В. Никонова, А. Э. Феськова, Б. С. Федака. — 2-е изд., испр. и доп. — Донецк: Издатель А. Ю. Заславский, 2012. — Т. 4. — 512 с.
2. Меркулова, Г. П. Синдром Гийена — Барре / Г. П. Меркулова // Медицина неотложных состояний. — 2013. — № 5(52). — С. 25–29.
3. Дамулин, И. В. Синдром Гийена — Барре: клинические особенности, диагностика, прогноз / И. В. Дамулин // Неврологический журнал. — 2013. — № 6. — С. 45–51.
4. Болезни нервной системы / под ред. Н. Н. Яхно. — М.: Медицина, 2007. — Т. 1. — 744 с.

УДК 61:159.942

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Лапушанская А. Ф.

Научный руководитель: м.м.н., ассистент *А. М. Островский*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время все большую актуальность приобретают исследования в области этических и моральных аспектов функционирования общества. Одним из наиболее часто задаваемых вопросов при проведении исследований в данной области является вопрос, касающийся эмоционального состояния работников различных сфер деятельности, в частности, широко раскрывается проблема эмоционального и профессионального выгорания (СЭВ, СПВ) медицинских работников и студентов медицинских вузов [1]. Ни для кого не секрет, что наиболее ярко проявляются данные синдромы у врачей онкологического и наркологического направлений, как у работников, наиболее подверженных стрессам вследствие большой эмоциональной напряженности [3]. Однако не только работники, но также и студенты подвержены немалой эмоциональной нагрузке и большому количеству стрессовых ситуаций, что является серьезным испытанием для их эмоциональной устойчивости [2]. В данной работе мы рассмотрим, каков уровень эмоционального выгорания у студентов Гомельского государственного медицинского университета.

Цель

Данного исследования является анализ уровня выраженности синдрома эмоционального выгорания у студентов Гомельского государственного медицинского университета. Основной задачей при проведении соответствующей работы поставлено привлечение внимания к проблеме высокой распространенности данного эмоционального расстройства среди студентов-медиков и практикующих врачей.

Материал и методы исследования

В данной работе представлена этиология СЭВ, а также статистика его проявления у студентов Гомельского государственного медицинского университета. В качестве примера представлены данные, полученные в ходе внутреннего анкетирования по схеме опросника эмоционального выгорания (МВИ) адаптации Н. Е. Водопьянова, методики К. Маслач и С. Джексона среди студентов 1 курса обучения, как наиболее неустойчивого и подверженного эмоциональной перегрузке звена в системе обучения будущих медиков.