

Выводы

1. У 14 % пациентов с сахарным диабетом 1 типа диагностирована избыточная масса тела, у 11,3 % — ожирение, из них у 71,4 % — I степени и у 28,6 % — II.
2. Пациенты с избытком массы тела и ожирением имеют меньшую продолжительность сахарного диабета и получают большую дозу болюсного инсулина.
3. 18 % пациентов 2 группы и 57 % пациентов 3-й группы имеют наследственную отягощенность по ожирению и 22 % — избыток массы тела до заболевания сахарным диабетом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимova, И. Л. Достижения и проблемы клинической практики детской диабетологии / И. Л. Алимova // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2013. — № 2. — С. 4–10.
2. Алимova, И. Л. Перспективы применения в педиатрической практике Федеральных клинических рекомендаций «Диагностика и лечение ожирения у детей и подростков» / И. Л. Алимova // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2015. — № 1. — С. 66–71.
3. Дедов, И. И. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями / И. И. Дедов; под ред. В. А. Петеркова. — М.: Практика, 2014. — С. 442.
4. Интернет-ресурс: <http://www.who.int/growthref/tools/en/>.

УДК [616.12-008.313:616.8]-053.2

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Иванюк В. В., Ящина А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

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

Введение

В возникновении нарушений ритма сердца у новорожденных большую роль играет перинатальная патология (неблагоприятное течение беременности и родов на фоне отягощенного акушерского, гинекологического анамнезов, соматической патологии), приводящая к нарушению морфогенеза и функциональной незрелости проводящей системы сердца. Перинатальные повреждения центральной нервной системы могут привести к нарушению нейровегетативной регуляции ритма с изменением взаимоотношений симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, вследствие чего возникают электрическая нестабильность миокарда и проводящей системы сердца, а также снижение функциональных резервов адаптации симпатоадреналового звена регуляции сердечного ритма.

Цель

Изучить влияние акушерского, гинекологического анамнезов, соматической патологии матери на возникновение нарушений ритма у новорожденных и детей первого года жизни с заболеваниями нервной системы.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница», Республика Беларусь.

Было проанализировано 36 медицинских карт стационарного пациента детей, которые находились на лечении в неврологическом отделении для новорожденных за период с января 2014 г. по декабрь 2016 г. и имели в сопутствующем диагнозе различные нарушения ритма сердца и проводимости.

Результаты исследования и их обсуждение

В анализируемой группе из 36 детей девочки составляли 55,6 % (20 детей), мальчики — 44,4 % (16 детей). Представителями городского населения являлись 23 (63,9 %) ребенка, на территории сельской местности проживали 13 (36,1 %) детей.

В анализируемой группе детей новорожденные составили 25 (69,5 %) человек, дети старше 1 месяца — 11 (30,5 %). Основным диагнозом у новорожденных являлась токсико-гипоксическая энцефалопатия, в 84 % (21 детей) случаев проявляющаяся синдром угнетения, в 16 % (4 ребенка) — гипертензионным синдромом. Среди детей старше 1 месяца в 63,6 % (7 детей) случаев диагностирована задержка психомоторного развития, в 36,4 % (4 детей) — синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

Среди нарушений ритма и проводимости у детей с патологией центральной нервной системы наиболее часто встречались нарушения функции возбудимости (22 ребенка; 61,1 %). У 10 (27,8 %) детей зафиксированы нарушения функции автоматизма, у 4 (11,1 %) — нарушения функции проводимости.

Из 36 детей, у 22 (61,1 %) нарушения ритма сердца были проявлением синдрома дезадаптации сердечно-сосудистой системы, у 14 (38,9 %) проявлением врожденных нарушений ритма сердца и проводимости.

Среди детей с синдромом дезадаптации сердечно-сосудистой системы у 15 (68,2 %) диагностированы нарушения функции возбудимости, у 6 (27,3 %) — нарушения функции автоматизма, у 1 (4,5 %) — нарушения функции проводимости. Врожденные нарушения ритма сердца проявлялись у 8 (57,14 %) человек нарушениями функции возбудимости, у 4 (28,57 %) — нарушениями функции автоматизма, у 2 (14,29 %) — нарушениями функции проводимости.

Анализируя влияние акушерско-гинекологического анамнеза, течения беременности и соматической патологии матерей на развитие нарушений ритма сердца и проводимости у детей с патологией центральной нервной системы выявлено неблагоприятное течение перинатального периода в 88,9 % случаев (таблица 1).

Таблица 1 — Акушерско-гинекологический анамнез, соматическая патология женщин, родивших детей с нарушениями ритма сердца и проводимости

Акушерский анамнез	Хроническая внутриутробная гипоксия плода	46 % (13 женщин)
	Гестоз	9,3 % (3 женщины)
	Угроза преждевременных родов	9,3 % (3 женщины)
	Обвитие пуповины	6,3 % (2 женщины)
	Синдром задержки развития плода	6,3 % (2 женщины)
	Маловодие	3,1 % (1 женщина)
	Истмико-цервикальная недостаточность	3,1 % (1 женщина)
	Гестационный сахарный диабет	3,1 % (1 женщина)
	Гестационный пиелонефрит	3,1 % (1 женщина)
Гинекологический анамнез	Кольпит	31,2 % (10 женщин)
	Инфекции, передаваемые половым путем (токсоплазмоз, уреоплазмоз)	9,3 % (3 женщины)
	Киста бартолиновой железы	3,1 % (1 женщина)
Соматическая патология	Анемия	25 % (8 женщин)
	ОРВИ	12,5 % (4 матери)
	Артериальная гипертензия	6,3 % (2 женщины)
	Узловой зоб	6,3 % (2 женщины)
	Хроническая никотиновая интоксикация	6,3 % (2 женщины)
	Хронический пиелонефрит	6,3 % (2 женщины)

Выводы

Среди нарушений ритма сердца и проводимости у детей с патологией центральной нервной системы ведущее значение принадлежит нарушениям функции возбудимости, которые составляют более половины всех нарушений. Треть нарушений принадлежит нарушениям функции автоматизма, реже 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.

Практически все женщины, родившие детей с нарушениями ритма сердца и проводимости на фоне патологии центральной нервной системы, имели отягощенный акушерско-

гинекологический анамнез, заболевания во время беременности и соматическую патологию. У половины из них, наблюдалась хроническая внутриутробная гипоксия плода. Каждая третья женщина имела кольпит. Каждая четвертая страдала во время беременности анемией.

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. *Рооз, Р.* Неонатология. Практические рекомендации / Р. Рооз, О. Генцель-Боровичени, Г. Прокитте; пер. с нем. — М.: Мед. лит., 2011. — С. 300–334.

УДК 616.33-002.44-06

СТРЕСС-ЯЗВЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ. ТАК ЛИ ВСЕ ОДНОЗНАЧНО?

Игнатова У. И.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *С. Ю. Муравьев*

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Рязань, Российская Федерация

Введение

В 20,1 % случаев осложнения острых язв являются причиной отложенных операций у травматологических больных, что влечет за собой неполное восстановление функции поврежденной конечности. Несмотря на развитие современных методов лечения стресс-язв, летальность при кровотечениях из них достигает 35–80 % в зависимости от возраста пациентов и тяжести коморбидных поражений.

Цель

Выявить эпидемические особенности острых стрессовых язв, обозначить группы риска и изучить роль противоязвенной терапии в этиопатогенезе стрессового язвообразования.

Материал и методы исследования

Проведен про- и ретроспективный анализ результатов лечения 399 пациентов хирургических, травматологических и терапевтических отделений ГБУ РО БСМП г. Рязани за 3-х летний период. На 2 этапе был проведен анализ протоколов вскрытия 90 больных, смерть которых наступила в результате основного диагноза, осложненного язвой ЖКТ.

Результаты исследования и их обсуждение

Более чем у 50 % пациентов желудочно-кишечное кровотечение определялось клинически, исходя из чего больные были разделены на группы на основе классификации язвенных гастродуоденальных кровотечений J. Forrest: к группе F-I-A принадлежит 13,6 % больных, F-I-B и F-II-A — 13,6 %, F-II-C — 29,5 %, F-III — 65,9 %. Данная классификация свидетельствует об устойчивости системы гемостаза у всех пациентов. Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от проведения профилактики язвообразования: 1-я группа (основная) — с профилактикой язвообразования (n = 194), 2-я группа (контрольная) — без профилактики (n = 247). По шкале прогноза APACHE III было выявлено, что 20,1 % больных имели благоприятный прогноз на выздоровление (летальность > 20 %), 58,2 % больных со средним прогнозом (20–50 %), 20,1 % больных имели неблагоприятный прогноз (85–100 %). Фактическая летальность в 1-й группы составила 2,08 %, во 2-й группе — 11,2 % (tСт = 0,404, p < 0,05), причем 20,9 % всех больных скончались в п/о периоде. Выявлена зависимость смертельного исхода от ранее проведенного консервативного лечения (r = 2,134, p = 0,05). В 1-й группе больных причиной летального исхода в 100 % случаев явля-