

Применялись различные виды диагностики. В общем анализе крови наблюдается лейкоцитоз, а в ряде случаев выявляется лейкомоидная реакция (кол-во лейкоцитов достигало $51,9 \times 10^9/\text{л}$); нейтрофиллез, низкие показатели Нв. В моче выявляются лейкоциты. У отдельных пациентов выявляется гипокалиемия, гиповолемиа и у всех гипоальбуминемия. По результатам проведения колоноскопии обнаружено наличие большого количества каловых масс (в 7 случаях). Слизистая с разновеликим полигональной формы участками гиперемии, отечна, возвышающееся бляшки с грязно-серым налетом до 0,3–1,5 см. Гистологическое исследование определило участки с повышенной коллагенизацией собственной пластинки, слизистой и подслизистой. По результатам КТ: утолщение стенки толстой и тонкой кишок. Бактериологический анализ кала: выраженный дисбактериоз. Проводилось определение клостридиального токсина А и В методом ИФА (VIDAS, Франция).

После установления диагноза больным отменяли антибиотики. И назначалась терапия ванкомицином 0,5 4 раза день в сочетании с метронидозолом 0,5 по 1 табл. 3 раза в день в течение 7 дней, в дальнейшем, при улучшении медленно снижали дозу. При тяжелых формах в обязательном порядке проводился УЗИ-контроль, т. к. существовала угроза перфорации толстого кишечника. Так же проводили коррекцию водно-электролитных расстройств и нарушения белкового обмена, нормализация кишечной микрофлоры, регидрацию под контролем диуреза и центрального венозного давления. Для удаления спор *S. difficile* и профилактики рецидива применялся энтерол по 1 капсуле 2 раза в день (в настоящий момент не используется), хилак форте 3 раза в день по 40–60 капель. Эффективность терапии подтверждалась положительной динамикой при повторных анализах крови и колоноскопии в 7 случаях.

Выводы

Таким образом, псевдомембранозный колит — это внутрибольничная инфекция, чаще всего антибиотикоассоциированная, которая может развиваться у людей с различной патологией. Для предупреждения развития ПМК необходима рационализация схем и режимов применения антибиотиков. Следует оценивать факторы риска в отношении каждого пациента. Назначение ванкомицина в случае появления диареи в течение 18 часов после приема антибактериальных препаратов позволяет значительно снизить риск осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Псевдомембранозный колит и «кишечный сепсис» — следствие дисбактериоза, вызванного антибиотиками / И. А. Ерюхин [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1997. — Т. 156, № 2. — С. 108–111.
2. Богун, Л. В. Антибиотикоассоциированная диарея / Л. В. Богун // Клиническая антибиотикотерапия. — 2006. — № 3. — С. 40–43.
3. Шульпекова, Ю. О. Антибиотикоассоциированная диарея / Ю. О. Шульпекова // Российский медицинский журнал. — 2007. — Т. 15, № 6. — С. 1–6.
4. Attributable outcomes of endemic *Clostridium difficile*-associated disease in nonsurgical patients / E. R. Dubberke [et al.] // Emerg. Infect. Dis. — 2008. — Vol. 14, № 7. — P. 1031–1038.

УДК 612.171:613.25-053.6

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Войсаров М. С., Ларионова И. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. Б. Кривилевич*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последнее время в большинстве стран мира ожирение и ассоциированные с ним заболевания являются одной из важнейших медико-социальных проблем. Прогрессирующее

увеличение численности пациентов с ожирением отмечается не только среди взрослых, но и среди детей и подростков. Это приводит к росту и «омоложению» таких заболеваний, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, мозговой инсульт, приводящих к ранней потере трудоспособности и преждевременной смерти.

Цель

Изучить клинико-функциональные изменения сердечно-сосудистой системы у подростков 12–18 лет с ожирением.

Материал и методы исследования

Анализ амбулаторных карт, анамнеза, данных антропометрии, метаболических показателей (ЛПВП, ЛПНП, холестерин, триглицериды, глюкоза), ЭКГ, доплерэхокардиография, СМАД.

Результаты исследования и их обсуждение

Ретроспективно проанализированы амбулаторные карты 47 подростков, состоящих на учете у эндокринолога и кардиолога по поводу первичного ожирения I–III степени. Возраст подростков колебался в пределах 12–18 лет. Результаты исследований сравнивались с нормативными показателями детей, сопоставимыми по возрасту, полу, росту.

Избыточный вес отмечался с первых лет жизни у 29,8 % подростков, с 7–8 лет — у 51,1 %, с 11–12 лет — у 19,1 %. Наиболее часто детей с ожирением беспокоили головные боли (у 51,1 % пациентов), боли в области сердца и одышка при физической нагрузке (у 40,4 % подростков), ощущения сердцебиения в покое предьявляли 20% мальчиков и 33 % девочек, повышения АД до 155 ± 25 и 95 ± 15 мм рт. ст. отмечалось у 19,1 % обследуемых. Дети имели абдоминальный тип ожирения (76,6 %), ИМТ — 29 ± 5 кг/м, отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ) $1 \pm 0,2$. Вегетативные нарушения: акроцианоз, мраморность кожи, гипергидроз ладоней и стоп имели место у 80,9 % пациентов, систолический шум на верхушке сердца определялся у 76,6 %, акцент II тона над аортой у 10,6 % детей. У 65,9 % преобладали нарушения липидного обмена, характеризующиеся увеличением холестерина $6 \pm 0,7$ ммоль/л, триглицеридов, $2,1 \pm 0,3$ ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) $4,3 \pm 0,7$ ммоль/л, снижением липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) $0,84 \pm 0,22$ ммоль/л.

При проведении электрокардиографического обследования горизонтальное положение ЭОС зарегистрировано у 22 (46,8 %) детей, что, возможно, связано с нагрузкой на левый желудочек. У 32 (68,1 %) обследованных отмечена синусовая тахикардия. Регистрировали диффузные изменения в миокарде желудочков, признаки гипертрофии ЛЖ и ЛП, удлинение электрической систолы. Нарушение процессов реполяризации в виде остроконечного зубца Т и его подъема более 1 мм над изолинией зафиксировано как в правых (V1), так и в левых (преимущественно V5) грудных отведениях у 48,9 % обследованных. У части пациентов (40,4 %) отмечено смещение сегмента ST выше изолинии более чем на 1 мм (во II и в V5–V6 отведениях).

Показатели структурно-функционального ремоделирования сердца оценивались при проведении эхокардиографии: практически все средние величины морфометрических параметров сердца у подростков с I степенью ожирения, соответствовали нормативным, за исключением относительной толщины стенки ЛЖ. Определение данной группы риска целесообразно для своевременной коррекции, направленной на восстановление структуры и функции кардиомиоцитов еще на донозологическом этапе, до развития систоло-диастолической дисфункции и признаков сердечной недостаточности. Учитывая, что у большинства подростков ожирение I степени не сопровождалось стойким повышением АД, можно предположить, что геометрическая перестройка миокарда как косвенный маркер функциональных нарушений левого желудочка встречается не только при патологии сердечно-сосудистой системы, но и при увеличении массы тела.

Дилатационный вариант ремоделирования миокарда — эксцентрическая гипертрофия наблюдалась у подростков со II–III степенью ожирения (у 46,8 % подростков) характеризовался увеличением как конечно-систолического размера полости ЛЖ, конечно-диастолического размера и толщины межжелудочковой перегородки по сравнению с нормальной геометрией. Следует отметить, что при данном варианте ремоделирования чаще, чем в остальных группах, встречались малые аномалии сердца, такие как пролапс митрального клапана I степени (36 % подростков), аномально расположенные хорды (72,7 %).

Выводы

1. Наибольший прирост массы тела у детей с ожирением происходит в возрасте 7–8 лет, вероятно за счет интенсивности обменных процессов в данный период.

2. Показатели липидограммы подростков с ожирением свидетельствует о формировании атерогенной дислипидемии.

3. Изменения на ЭКГ у подростков с избыточной массой тела, вероятно, объяснимы дистрофическими и дегенеративными изменениями в миокарде вследствие его длительной гиперфункции. Структурная адаптация сердца к избыточной массе тела проявляется дилатацией полости левого предсердия, умеренным утолщением миокарда левого желудочка, ремоделированием миокарда чаще по типу эксцентрической гипертрофии.

4. Ожирение является негемодинамическим фактором риска развития ремоделирования сердца и сосудов, что в дальнейшем может рассматриваться как пусковой механизм развития сердечно-сосудистых осложнений.

5. С целью ранней диагностики кардиоваскулярных нарушений у подростков с ожирением необходимо регулярно проводить электрокардиографическое, эхокардиографическое обследование, суточное мониторирование артериального давления.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ахмедова, Р. М.* Распространенность и гендерные особенности ожирения у подростков Перми / Р. М. Ахмедова, Л. В. Софронова, Р. Н. Трефилов // Вопросы современной педиатрии. — 2014. — № 5 (13). — С. 37–41.
2. *Салтанова, С. Д.* Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики ожирения у детей / С. Д. Салтанова // Здоровье ребенка. — 2017. — Т. 12, № 6. — С. 712–719.
3. *Кушнер, Р.* Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение / Р. Кушнер. — М.: Бином. Лаборатория знаний, 2014. — 380 с.

УДК 616.44:614.876«2017»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОСТРАДАВШЕГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ЗА ПЕРИОД ЯНВАРЬ-ДЕКАБРЬ 2017 Г.

Захарова Е. Д., Ковалёва Ю. А.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *А. Л. Калинин*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Авария на Чернобыльской АЭС по масштабам радиационного воздействия на население и степени радиоактивного загрязнения территории относится к числу наиболее значимых техногенных катастроф второй половины XX столетия.

Массивный выброс радионуклидов надолго определил экологическое неблагополучие на обширных территориях Беларуси, России, Украины. Практически все население Республики Беларусь в различной степени подверглось воздействию радионуклидов йода.