

Большинство детей (88,6 %; 101 ребенок) получали комбинированную антибактериальную терапию (В-лактамы + макролиды), 13 (11,4 %) детей, госпитализированных с подтвержденным диагнозом «атипичная» пневмония, получали монотерапию макролидами.

Средняя длительность пребывания в стационаре детей с «атипичной» пневмонией составила 16 дней. Максимальное количество детей (81; 71,1 %) находилось на стационарном лечении от 10 до 20 дней, 24 (21,1 %) ребенка получали стационарное лечение более 20 дней, до 10 дней — 9 (7,9 %) детей.

Выводы

В этиологической структуре внебольничных пневмоний среди детей основную роль играла ассоциация *M. pneumoniae* с *S. pneumoniae*, обусловившая 47,3 %; доля *S. pneumoniae* составила 33,4 %, в 19,3 % случаев выявлена *M. pneumoniae*.

Наиболее часто «атипичные» пневмонии диагностируются у детей дошкольного возраста.

Патологический процесс при «атипичной» пневмонии локализуется преимущественно в левом легком, при хламидийном процессе одинаково часто поражается правое и левое легкое. Морфологической формой «атипичных» пневмоний является сегментарная пневмония вне зависимости от этиологического агента.

Отсутствие типичной картины пневмонии, настороженности в отношении «атипичных» пневмоний затрудняет диагностику процесса и препятствует своевременному началу терапии. Диагноз пневмонии, вызванной «атипичной» флорой, в 50 % случаев был выставлен в стационаре спустя неделю амбулаторного лечения, у 1/5 детей — спустя 10 дней, что увеличило сроки лечения в стационаре до 20 дней (70,1 %) и больше (21,1 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбич, О. А. Атипичная пневмония — значимая проблема детского возраста / О. А. Горбич // Медицинский журнал. — 2016. — № 3. — С. 57–61.
2. Жерносок, В. Ф. Острые пневмонии у детей: стартовая антибактериальная терапия типичных пневмоний в условиях стационара / В. Ф. Жерносок // Медицинские новости. — 2006. — № 10. — С. 32–38.
3. Ноников, В. Е. Диагностика и лечение атипичных пневмоний / В. Е. Ноников // CONSILIUM medicum. — 2001. — Т. 3, № 12. — С. 569–574.
4. Хамитов, Р. Ф. *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* инфекции в пульмонологии: актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения / Р. Ф. Хамитов, Л. Ю. Пальмова. — Казань, 2001. — 64 с.
5. Etiology of community-acquired pneumonia in a population-based study: Link between etiology and patients characteristics, process-of-care, clinical evolution and outcomes / A. Capelastegui [et al.] // BMC Infectious Diseases. — 2012. — Vol. 12, № 1. — P. 134 (5).

УДК 616.12-008.313:616.329-002]-053.2

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ивкина С. С., Ястремский М. А., Лызлова Д. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На протяжении последних десятилетий было опубликовано значительное количество научных работ связанных с гастроэзофагеальной болезнью (ГЭРБ) в которых упоминалось о «кардиальных проявлениях этого заболевания» [1]. Полагается, что в патогенезе «кардиальных проявлений» важную роль у пациентов с ГЭРБ играет дисбаланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС). Особым интересом является изучение данных проявлений у детей, необходимых для формирования эффективных методов терапии и профилактики нарушений ритма у таких пациентов.

Цель

Оценка характера нарушений ритма сердца у детей с ГЭРБ.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 30 карт стационарного пациента. Все дети находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, протекающими с нарушением моторики Гомельской областной детской клинической больницы в 2019 г.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемой группе большинство составили мальчики — 18 (60 %) человек. Преобладали жители города — 25 (83,3 %). Возраст детей составил от 9 до 17 лет. Наибольшее число пациентов — 20 (66,7 %) были в возрасте 13–16 лет. Всем детям была проведена фиброгастроуденоскопия и выставлен диагноз ГЭРБ. У большинства детей отмечался неэрозивный эзофагит — у 23 (76,7 %). У 7 (23,3 %) детей — эрозивный эзофагит. У всех пациентов имелись проявления хронического гастрита или гастроуденита. У большинства детей — у 22 (73,3 %) хеликобактер пилори (НР) выявлен не был.

Наследственность не была отягощена у 11 (36,7 %) детей. У 7 (22,2 %) детей наследственность отягощена по язвенной болезни, у 5 (15,2 %) — по хроническому гастриту у 2 (6,7 %) — по нарушению ритма сердца, у 1 (3,3 %) ребенка — по ГЭРБ.

Всем детям оценивалось физическое развитие. У половины детей — 15 (50 %) отмечалось среднее гармоничное развитие, у 8 (26,7 %) человек высокое гармоничное развитие, высокое дисгармоничное с избытком массы тела у 4 (13,3 %) детей, низкое дисгармоничное с дефицитом массы тела у 3 (10 %) детей.

Наиболее частыми жалобами при поступлении отражены в таблице 1.

Таблица 1 — Характер и частота жалоб у детей с ГЭРБ

Жалобы	Частота встречаемости	
	в объективных числах	в процентах
Боли в эпигастральной области	8	26,7
Изжога	5	16,7
Тошнота	4	13,3
Снижение аппетита	3	10
Отрыжка воздухом	2	6,7
Боль за грудиной	2	6,7

3 (10 %) ребенка жалоб при поступлении не предъявляли.

Для уточнения состояния сердечно-сосудистой системы всем детям проводилась ЭКГ-исследование в 12 стандартных отведениях. У 11 (36,7 %) детей электрокардиограмма была без патологии. Наиболее частые изменения на ЭКГ представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Характер ЭКГ изменений у детей с ГЭРБ

Изменения на ЭКГ	Частота встречаемости	
	в объективных числах	в процентах
Синусовая брадикардия	8	26,7
Синусовая тахикардия	2	6,7
Синдром ранней реполяризации желудочков	7	23,3
СА-блокада II степени	2	6,7
АВ-блокада I степени	2	6,7
Синдром укорочения интервала PQ	4	13,3
Миграция водителя ритма	3	10,0
Желудочковая экстрасистолия	2	6,7

ЭХО-кардиографическое исследование проведено 21 (70 %) ребенку, у 11 (52,4 %) детей были выявлены аномальные хорды левого желудочка, у 3 (14,3 %) — коронарно-легочная фистула, у 3 (14,3 %) — пролапс митрального клапана.

Выводы

Таким образом, ГЭРБ у детей сопровождается частыми изменениями сердечного ритма и проводимости, что диктует необходимость более полного обследования данной категории пациентов с проведением ЭКГ, ЭХО-кардиограммы, Холтер-ЭКГ, вегетативного статуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Маев, И. В.* Кардиальные, бронхопульмональные и орофарингеальные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И. В. Маев, Г. Л. Юренев, С. Г. Бурков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2007. — № 3. — С. 27–35.

2. *Маев, И. В.* Клиническое значение вариабельности сердечного ритма у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / И. В. Маев, Г. Л. Юренев, Т. В. Юренева-Тхоржевская // Клиническая медицина. — 2016. — № 8. — С. 574–589.

УДК 616-053.2-056.232-07-056.24

ПАТОЛОГИЯ, ПРИВОДЯЩАЯ К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, У ДЕТЕЙ НИЗКОРОСЛОСТЬЮ

Капралова В. И.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Уровень детской инвалидности является важным показателем состояния здоровья общества и отражает качество оказания медицинской помощи детям по данным экспертов ВОЗ, количество детей в возрасте до 16 лет с ограничением жизненных и социальных функций составляет более 120 млн человек, или около 10 % населения земного шара [1, 2].

Болезни эндокринной системы нарушения обмена веществ занимают четвертое место (11 %) среди основных болезней, приводящих к инвалидности детей [1]. Низкорослость может являться одним из симптомов большого количества эндокринных, соматических и генетических заболеваний. По результатам масштабных антропометрических исследований, частота встречаемости задержки роста различного генеза в детской популяции составляет 2–3 %. Это актуальная медицинская проблема, одним из следствий которой является нарушение социальной адаптации большой группы детей [3].

Цель

Выделить основную патологию, приводящую к низкорослости у детей разных возрастных периодов, а также — сопутствующую патологию, усугубляющую ограничения жизнедеятельности у данных пациентов.

Материал и методы исследования

Проведен анализ результатов комплексного клинико-функционального и клинико-экспертного обследования 50 детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, в возрасте от 3 до 16 лет.

Использовались методы описательной статистики для показателей, характеризующих качественные признаки, учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (р), %, стандартная ошибка относительных величин (m_p). Статистический анализ проводился с использованием программы «Microsoft Office Excel».