

Также как и русскоговорящие, туркменские студенты используют универсальные сокращения, просторечную лексику, студенческий сленг, употребляют цифры в сочетании с буквами, знаки препинания в несвойственном им значении.

Несомненно, общаясь в новой для себя языковой среде, иностранные студенты прибегают к SMS-переписке, зачастую и для того, чтобы облегчить для себя восприятие и передачу информации, которая в устной речи вызывает определенные трудности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Горошко, Е. И.* Русскоязычные SMS-тексты в социолингвистическом аспекте: автореф. дисс. канд. филол. наук: 10.02.01 / Е. И. Горошко; Нижегород. гос. лингв. ун-т им. Н. А. Добролюбова. — Ниж.Новг., 2011. — 18 с.
2. *Савельев, Е. А.* Фонетико-графические особенности русскоязычных SMS-текстов // Сборник статей по материалам лексикографического семинара, посвященного творческой деятельности В. В. Виноградова. — Смоленск, 2008. — С. 219–223.

УДК 616-053.2+616.8-009.832]-071-072.7

КЛИНИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ОБМОРОЧНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Овсянникова В. А.

Научные руководители: к.м.н., доцент С. С. Ивкина, к.м.н. Н. А. Скуратова *

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная детская клиническая больница»*

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальность проблемы обмороков (синкопе) у детей определяется прежде всего их значительной распространенностью. Ежегодно в мире регистрируется около 500 тыс. новых случаев синкопальных состояний, из них 15 % у детей и подростков в возрасте до 18 лет. По мнению многих авторов синкопе могут возникать как у больных, так и у здоровых детей при повышенных требованиях к механизмам адаптации. Сам факт возникновения вызывает серьезное беспокойство у родителей и ребенка. Несмотря на то что большинство обмороков купируются самостоятельно, в ряде случаев даже один эпизод синкопе может привести к летальному исходу, в том числе вследствие сопутствующих травм при падении. Большую трудность у практикующих врачей составляет выявление причин синкопе и определение тактики ведения пациента. Это обусловлено многообразием этиопатогенетических механизмов возникновения обмороков и их эпизодическим появлением, часто без свидетелей [1, 2].

Цель

Выявление причин обморочных состояний у детей и выделение факторов риска развития повторных обмороков.

Материалы и методы исследования

Данное исследование проводилось на базе Гомельской областной детской клинической больницы. Было обследовано 70 детей в возрасте от 1 года до 16 лет. Все дети находились на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении в 2013 г. Были проанализированы карты стационарного пациента. Оценивались возраст детей, место жительства, жалобы, данные проведенных исследований (ЭКГ, КИГ, тредмил-теста, ЭХО-КТ и др.).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследованных детей преобладали девочки — 43 (61,4 %). Большинство детей проживают в городе — 59 (84,3 %). У 25 (35,7 %) детей случай синкопе зафиксирован впервые, 36 (51,4 %) детей с данными жалобами поступили повторно, у 9 (12,9 %) — эпизоды синкопе в анамнезе. Первый эпизод синкопе чаще происходил в возрасте 14–15 (34,4 %) лет. Чаще обмороки происходили в ситуациях: во время физической нагрузки — 9 (12,9 %)

случаев, на фоне высокой температуры окружающей среды — 5 (7,2 %) случаев, в транспорте — 4 (5,7 %), на фоне соматических заболеваний — 4 (5,7 %) случаев, при психоэмоциональных нагрузках — 2 (2,9 %).

Жалобы при поступлении предъявляли 52 (74,3 %) ребенка. Наиболее частыми были жалобы на: головные боли — 32 (61,5 %) случая, головокружение — 32 (61,5 %), слабость — 15 (28,8 %), боли в области сердца — 12 (23,1 %), повышение АД — 11 (21,2 %), приступы тахикардии — 6 (11,5 %), тошнота — 6 (11,5 %), одышка — 5 (9,6 %), снижение АД — 3 (5,8 %).

Более чем у половины детей — 53 (75,7 %) отмечались вегетативные нарушения. Чаще встречалась нейроциркуляторная дистония (НЦД) по смешанному типу — 25 (47,1 %) детей, НЦД по гипотоническому типу — 17 (32,1 %), по гипертоническому типу — 7 (13,2 %), по кардиальному — 3 человека (5,7 %).

ЭКГ проводилось 66 (94,3 %) детям. У 19 (28,8 %) детей показатели ЭКГ соответствовали возрастной норме. У 47 (71,2 %) детей выявлены изменения: неполная блокада правой ножки пучка Гиса — 17 (36,2 %) случаев, короткий интервал PQ — 12 (25,5 %), синусовая аритмия — 9 (19,2 %), синусовая брадикардия — 3 (6,4 %), экстрасистолия — 3 (6,4 %), синдром ранней реполяризации желудочков — 3 (6,4 %), СА-блокада — 2 (4,3 %), миграция источника ритма — 2 (4,3 %), АВ-блокада — 1 (2,1 %), синдром WPW — 1 (2,1 %).

Кардиоинтервалография проводилась 47 (67,2 %) детям. Нормальный исходный вегетативный тонус определялся у 9 (19,1 %) детей, ваготонический вариант у 21 (44,7 %), симпатикотонический вариант — 17 (36,2 %). У большинства детей выявлены патологические варианты вегетативной реактивности: у 34 (72,3 %) детей — гиперсимпатикотонический, у 7 (14,9 %) — асимпатикотонический. У 6 (12,8 %) детей вегетативная реактивность была в норме.

Тредмил-тест проводился 33 (47,2 %) детям: у 3 (9,1 %) детей выявлен гипертонический тип сосудистой реакции, гипотонический тип — у 16 (48,4 %) детей, нормотонический — у 12 (36,4 %) детей, дистонический — у 2 (6,1 %) детей.

РЭГ проводилась 43 (61,4 %) детям. Только у 1 (2,3 %) ребенка отмечалась норма. Ангиогипотонический тип реакции выявлен в 33 (76,7 %) случаях, затрудненный венозный отток — 24 (55,8 %), снижение кровенаполнения артериальных сосудов головного мозга — 10 (23,3 %), асимметрия кровенаполнения — 8 (18,6 %), ангиодистонический тип — 5 (11,6 %), снижение тонуса мозговых сосудов — 3 (7 %), смешанный тип нарушения мозговой гемодинамики — 1 (2,3 %).

ЭЭГ проводилась 43 (61,4 %) детям. У 19 (44,2 %) патологии не было. Признаки дисфункции срединных структур головного мозга — 8 (17 %) случаев, изменения биоэлектрической активности общемозгового характера — 6 (12,8 %), изменения биоэлектрической активности головного мозга — 4 (8,5 %), дисфункция подкорковых стволовых структур — 4 (8,5 %), диффузные нарушения корковой ритмики — 3 (6,4 %), пароксизмальная активность — 3 (6,4 %), снижение порога судорожной активности — 2 (4,3 %), незрелость биоэлектрической активности головного мозга — 2 (4,3 %), дисфункция срединно-стволовых структур головного мозга — 1 (2,1 %).

Эхо-КГ сердца проведено 64 (91,4 %) детям. У 5 (7,8 %) детей патологии не было, у 7 (10,9 %) выявлен ВПС. Более, чем у половины детей — 52 (81,3 %) отмечались малые аномалии развития (МАРС) в виде аномальных трабекул, дополнительных хорд левого желудочка.

МРТ головного мозга проведено 8 (11,4 %) детям. У 6 (75 %) детей патологии не было, у 2 (25 %) детей выявлена вентрикуломегалия боковых желудочков.

Выводы

1. Распространенность синкопальных состояний в детском возрасте велика. Вазовагальный обморок, возникающий на фоне вегетативной дисфункции, является самым частым вариантом кратковременной потери сознания.

2. Наиболее частыми жалобами при поступлении явились жалобы на головную боль, головокружение, слабость, боли в области сердца, повышение АД.

3. К факторам, провоцирующим обмороки, можно отнести физическую нагрузку, высокую температуру окружающей среды, езду в транспорте, возникновение интеркуррентных заболеваний.

4. Алгоритм диагностики синкопе должен включать широкий спектр клинических, лабораторных, инструментальных исследований (ЭКГ, Эхо-КГ, холтер, КИГ, тредмил-тест, РЭГ, ЭЭГ и др.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Леонтьева, И. В. Лекции по кардиологии детского возраста / И. В. Леонтьева. — М : ИД Медпрактика-М, 2005. — С. 504–535.
2. Синкопальные состояния в кардиологической практике (проект) / О. С. Сычев [и др.] // Український кардіологічний журнал. — 2005. — № 5. — С. 115–134.

УДК 616.711.6 – 007.43- 089.818.6: 616.8

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ СЕКВЕСТРИРОВАННЫХ ГРЫЖАХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Олизарович Е. М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент М. В. Олизарович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Секвестрирование грыжи межпозвонкового диска (МПД) определяется как отделение участка пульпозного ядра от его основной части со смещением в позвоночный канал [1]. Клиническая диагностика такого вида грыжи имеет свои особенности, связанные с тем, что секвестр может воздействовать на несколько спинномозговых корешков, а в некоторых случаях компримировать нервные структуры выше- или нижележащего позвоночно-двигательного сегмента [2].

Окончательная диагностика в этих случаях возможна с применением методов компьютерной рентгеновской и магнитно-резонансной томографии (КТ и МРТ), позволяющих увидеть направление и размер смещения выпавшего пульпозного ядра [3,4].

Изучение клинических вариантов неврологических расстройств при секвестрации поясничных МПД позволит точнее проводить дифференциальную диагностику и устанавливать показания к хирургическому лечению при данной патологии.

Цель и методы исследования

Целью настоящего исследования был анализ неврологических расстройств в группе пациентов с секвестрированной грыжей поясничного МПД.

Проведен анализ клинической картины у 48 пациентов, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы в течение 2013–2014 гг. в связи с секвестрированной грыжей поясничного МПД. В процессе работы проводился осмотр пациентов, изучались карты стационарного пациента и протоколы КТ и МРТ. Проанализированы следующие показатели: пол, возраст, вид неврологических расстройств.

Результаты исследования

Половозрастная характеристика исследованной группы

Полученные нами данные по половозрастному составу представлены в таблице 1.

Данные таблицы свидетельствуют о превалировании женщин в случаях секвестрированной грыжи поясничных МПД (26 человек — 54,2 %). При анализе возраста пациентов установлено преобладание лиц трудоспособного возраста от 30 до 59 лет (42 человека — 87,5 %).