

| | | | |
|----------|---------------|---------------|--------------|
| ФВ ЛЖ, % | 45,44 ± 5,39* | 52,88 ± 5,52* | 63,00 ± 3,18 |
|----------|---------------|---------------|--------------|

Примечания: * — разница средних значений показателей, в сравнении с группой контроля, статистически достоверна, $p \leq 0,01$.

С помощью ЭхоКГ-исследования были выявлены изменения структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ у пациентов основных групп, которые достоверно отличались по размерам ЛЖ от пациентов контрольной группы, причем пациенты с систолической дисфункцией ЛЖ имели более выраженные изменения со стороны КДР ЛЖ ($p < 0,001$), КСР ЛЖ ($p < 0,001$), индекса сферичности (ИС) ($p < 0,001$), относительной толщины стенок (ОТС) ЛЖ ($p < 0,001$). Исследования последних лет показали, что изменение структурно-геометрических показателей ЛЖ (ОТС и ИС) тесно коррелируют с тяжестью клинических проявлений у пациентов с ХСН.

Выявлена обратная корреляционная связь между Tei index и ФВ ЛЖ — $r = -0,52$, $p \leq 0,05$. Важно отметить, что у пациентов с ФВ ЛЖ ≤ 45 % (группа 1) Tei index был равен $0,52 \pm 0,1$, а у лиц с сохраненной систолической функцией ЛЖ (группа 2) — $0,46 \pm 0,08$, что, очевидно, обусловлено более выраженным ремоделированием ЛЖ у пациентов 1 группы.

С целью определения прогностической ценности Tei index, его пограничной точки, выше которой возрастает риск возникновения ХСН, нами проведен ROC-анализ. При анализе Roc кривой площадь под ней для выявления ХСН у пациентов с использованием Tei index составила $0,93 \pm 0,08$, 95 % доверительный интервал — от 0,85 до 0,97. Оптимальная диагностическая ценность для выявления ХСН была получена для значения Tei index $\geq 0,50$, при этом значении чувствительность составила 92 %, а специфичность — 84 %.

Выводы

Симптоматическая сердечная недостаточность нередко сопровождается наличием сохраненной систолической функции ЛЖ у пациентов с ИБС. Определяемый доплерографически Tei индекс может быть использован в практической деятельности для оценки глобальной функции ЛЖ как у пациентов с систолической, так и диастолической ХСН. Этот параметр при своей значимости 0,50 и выше обладает достаточно высокой чувствительностью (92 %) и специфичностью (84 %), что можно использовать для выявления пациентов не только с несомненной ХСН, но и в качестве предиктора развития ХСН.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алехин, М. Н.* Возможности практического использования тканевого доплера / М. Н. Алехин // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — 2002. — № 4. — С. 112–118.
2. *Ткаченко, С. Б.* Тканевое доплеровское исследование миокарда / С. Б. Ткаченко, Н. Ф. Берестень. — М.: Реал Тайм, 2006. — 143 с.
3. *Stoylen, A.* Flow propagation velocity is not a simple index of diastolic function in early filling. A comparative study of early diastolic strain rate and strain rate propagation, flow and flow propagation in normal and reduced diastolic function / A. Stoylen, G. Skjelvan // Cardiovasc. Ultrasound. — 2003. — Apr 01. — С. 115–120.
4. *Tei, C.* Noninvasive Doppler-derived myocardial performance index: correlation with simultaneous measurements of cardiac catheterization measurements / C. Tei, R.A. Nishimura // J. Am. Soc. Echocardiogr. — 1997. — № 10. — С. 169–178.
5. *Keser, N.* Modified TEI Index a prognosing parameter in essential hypertension / N. Keser, Y. Yildiz // Echocard. — 2005. — № 4. — С. 284–293.

УДК: 616.24-002-007-053.32

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кривицкая Л. В., Зарянкина А. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Особую медико-социальную значимость у недоношенных детей имеют неонаталь-

ные инфекции, и в первую очередь, — пневмонии. Они характеризуются тяжелым течением, и смертность от них достигает 40 %, что в 3 раза превышает таковую у недоношенных детей при отсутствии инфекции [3].

Цель

Изучить клинико-лабораторные особенности течения врожденных пневмоний у недоношенных детей.

Материалы и методы

В исследование были включены дети, находящиеся на стационарном лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии Гомельской областной детской клинической больницы и Гомельской городской клинической больницы № 2 в 2013 г.

Нами было проанализировано 68 карт стационарного больного недоношенных детей с врожденной пневмонией со сроками гестации менее 37 недель и массой менее 2500 г. Всем детям проводился клинико-лабораторный мониторинг, использовались инструментальные методы исследования (рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковая диагностика внутренних органов, головного мозга, эхокардиография), консультации специалистов — невролога, окулиста, кардиолога, ЛОР-врача и других специалистов по показаниям.

Из 68 недоношенных детей, у 8 (11,8 %) отмечалась экстремально низкая масса тела (ЭНМТ) (от 500 до 999 г), у 28 (41,2 %) детей — очень низкая масса тела (ОНМТ) (от 1000 г до 1499 г), у 32 (47 %) новорожденных — низкая масса тела (в пределах от 1500 до 2500 г). Десять недоношенных (14,8 %) родились в сроке гестации от 26 до 28 недель, 32 (45,6 %) ребенка — в сроке гестации от 28 до 32 недель, остальные 27 новорожденных (39,6 %) — в сроке гестации от 32 до 36 недель.

Более половины недоношенных новорожденных (36 детей; 52,9 %) родились от 2-й беременности, причем в ряде случаев у женщин в анамнезе были самопроизвольные выкидыши или неразвивающаяся беременность. 19 (27,9 %) новорожденных родились от 1-й беременности, 13 (19,2 %) детей — от 3-й беременности.

В структуре заболеваемости недоношенных детей лидирующее значение имеет патология дыхательной системы, и в первую очередь, пневмонии, которые разделяют на внутриутробные (врожденные) и постнатальные.

Врожденная пневмония — это острое инфекционно-воспалительное заболевание респираторных отделов легких в результате ante- и/или интранатального инфицирования, имеющие клинико-рентгенологические проявления в первые 72 ч жизни ребенка (в МКБ-10 – P23 «врожденная пневмония») [3, 4].

Этиологическая структура пневмоний у недоношенных новорожденных существенно отличается от других возрастных периодов. При трансплацентарном пути инфицирования особое значение имеет цитомегаловирусная, герпетическая инфекции, краснуха, туберкулез, сифилис. При перинатальном инфицировании важная роль отводится стрептококкам группы В, кишечной палочке, анаэробным бактериям, хламидиям, микоплазме, цитомегаловирусу, *Haemophilus infl.* [1, 2].

Результаты исследования и их обсуждение

В случае нашего исследования всем детям был проведен иммуноферментный анализ с целью выявления специфических IgM и G к цитомегаловирусу, вирусам герпеса и краснухи, к токсоплазме. Лишь в 3 случаях были выявлены IgM к ЦМВ, что свидетельствовало об острой ЦМВ-инфекции; в 5 случаях определялись IgG к вирусу герпеса и ЦМВ, которые носили анамнестический характер и были получены от матери.

При бактериологическом исследовании эндотрахеального аспирата в первые 72 ч жизни у 3 недоношенных был выявлен *St. pneumoniae*, у 2-х — *E. coli*, у 2-х — *S. aureus*, в 1 случае — *Enterococcus faecium*.

В последующем у некоторых детей с ЭНМТ и ОНМТ отмечалось наслоение нозокомиальной флоры и формирование вентилятор-ассоциированных пневмоний. Так, у 15 недоношенных (21,2 %) в последующем в посевах из интубационной трубки отмечался рост коагулазонегативных стафилококков, резистентных штаммов *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida app.* Наиболее часто нозокомиальная инфекция отмечалась у детей ЭНМТ, длительно находившихся на ИВЛ.

Клинические симптомы врожденной пневмонии у недоношенных детей были неспецифичны. 38 % детей родились в состоянии тяжелой асфиксии и требовали проведения реанимационных мероприятий с первых минут жизни. Отмечалось угнетение безусловных рефлексов (синдром угнетения ЦНС), нарушение терморегуляции. Наиболее характерным был длительный апноэтический синдром. Физикальные данные, характерные для пневмонии у более старших детей, практически не выявлялись.

При постановке диагноза особое внимание уделялось оценке анамнеза и выявлению инфекционных факторов (инфекционные заболевания мочевой сферы у матери, перенесенные ею ОРИ в поздние сроки гестации, длительный безводный промежуток и т. д.). Решающее значение имело рентгенологическое исследование органов грудной клетки при котором выявлялись очаговые и инфильтративные тени в первые 72 часа жизни. Следует отметить, что в клинической картине врожденных пневмонии у недоношенных детей практически не было «светлого промежутка», характерного для доношенных новорожденных.

Для поддержания адекватного газообмена альвеолярной вентиляции подавляющему большинству недоношенных новорожденных (86,8 % случаев) проводилась искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Длительность ИВЛ колебалась от 2 до 15 сут., в отдельных случаях у глубоко незрелых детей до 2 мес., что приводило к формированию бронхолегочной дисплазии.

Тяжесть и длительность течения пневмонии усугублялись сопутствующей патологией. Так, в исследуемой группе недоношенных новорожденных наиболее часто были выявлены следующие патологические состояния: энцефалопатия новорожденного гипоксически-ишемического генеза с синдромом угнетения — у 65 пациентов (95,6 % случаев); гипербилирубинемия — у 46 детей (67,6 % случаев), ранняя анемия недоношенных — у 32 детей (47,15); внутримозговые кровоизлияния — у 26 детей (38,2 %). Реже встречалась следующая сопутствующая патология: задержка внутриутробного развития (38 %), синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы новорожденного (20,6 %), ВПР (14,8 %), перивентрикулярная лейкомаляция (11,8 %).

У 12 (17,6 %) детей на фоне пневмонии, незрелости легких и длительной ИВЛ сформировалась бронхолегочная дисплазия.

У 17 (26,5 %) новорожденных отмечалось развитие осложнений: ателектаз — у 9 новорожденных, пневмоторакс — у 5, плеврит — у 3 детей.

Вспомогательными критериями лабораторной диагностики врожденной пневмонии являются лейкоцитоз выше $25 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг формулы влево более 11 % в 1-е сут. жизни, отрицательная динамика в анализе крови на 2–3 сут. жизни, тромбоцитопения менее $170 \times 10^9/\text{л}$.

В исследуемой группе детей лишь у 42 недоношенных новорожденных (61,5 %) отмечался лейкоцитоз в 1-е сут. и нормализация уровня лейкоцитов к 7-м суткам жизни. У 6 детей была выявлена лейкопения, что является неблагоприятным прогностическим признаком течения заболевания. У 9 детей (13,4 %) в 1-е сут. отмечалась тромбоцитопения. Важное значение для оценки степени токсикоза при пневмониях и других инфекционных заболеваниях имеет лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Однако в исследуемой нами группе недоношенных детей не был выявлен уровень его повышения ни на 1-е сутки, ни на 7-е сутки заболевания (ЛИИ-0,6-0,4).

В неонатологии при бактериальных инфекциях рекомендуется определение С-реактивного

белка (СРБ), уровень которого достигает максимума на 2-3-и сут. от начала заболевания. Повышение уровня С-реактивного белка более 10 мг/л является ранним признаком бактериальной инфекции у доношенных детей, в то же время не установлено какой-либо закономерности между его концентрацией в крови у недоношенных детей и наличием у них инфекционной патологии [1, 3].

В анализируемой группе недоношенных лишь у 8 (11,8 %) детей было выявлено повышение уровня СРБ в 1-е сутки заболевания, и у 17 (25 %) детей на 2-е сутки заболевания.

Вывод

Для недоношенных детей характерен гипоэргический вариант ответа на инфекционный агент, что подтверждается низкой реакцией клинических и лабораторных показателей маркеров воспалительного ответа, что способствует наслоению нозокомиальной инфекции, тем самым утяжеляя течение пневмонии.

В условиях неблагоприятной демографической ситуации для профилактики пневмоний у недоношенных новорожденных важное значение имеют вопросы здоровья женщин, особенно лечение инфекций мочеполовой системы до наступления беременности, предупреждение заболеваний матери в период беременности; своевременное и адекватное лечение патологии, развившейся во время беременности, а также бережное ведение родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев, К.И. Внутриутробные и неонатальные инфекции / К.И. Григорьев // Медицинская помощь. — 2004. — № 5. — С. 7–15.
2. Куличковская, И. В. Внутриутробные инфекции плодов и новорожденных / И. В. Куличковская, В. Ф. Еремин // Медицинские новости. — 2004. — № 6. — С. 17–21.
3. Таточенко, А. К. Современные аспекты клиники, диагностики, лечения внутриутробных инфекций у новорожденных: учеб.-метод. пособие / А. К. Таточенко. — 3-е изд., испр. и доп. — Минск: БГМУ, 2007. — 66 с.
4. Шабалов, Н. П. Проблемы классификации внутриутробных инфекций / Н. П. Шабалов // Педиатрия. — 2000. — № 1. — С. 87–91.

УДК 616.89-008.19:616.8-009.836

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ, АСТЕНИЯ И РАССТРОЙСТВА СНА У ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ

Крот А. Ф., Ластовка И. Н.

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Исследования здоровья врача в последнее десятилетие высоко актуальны в среде медицинского научного сообщества во всем мире [3]. Влияние профессиональных вредностей как на состояние здоровья, так и на качество оказываемых медицинских услуг является предметом большинства исследований в этой области. Это связано с тем, что здоровье медицинского работника косвенно влияет не только на его индивидуальную эффективность, но и на эффективность системы здравоохранения в целом. Проблемы, рассматриваемые медицинской общественностью выходят за рамки соматического здоровья и затрагивают темы, прежде всего, психического благополучия врачей [4], потребления медицинскими работниками психоактивных веществ с немедицинскими целями, депрессию и выгорание среди молодых докторов [2], а также рост числа суицидов среди медицинских работников [6]. В круг интересов попадают копинг-стратегии, призванные помочь врачу справиться с проблемами, вызванными профессиональным стрессом [5].

Цель

Выявить наличие расстройств сна, определить выраженность показателей эмоционального выгорания и астении у врачей-педиатров.