

новлено, что наиболее частой причиной поражения легких является инфекционный процесс, развивающийся на фоне цитостатической нейтропении.

2. Изучены клинические проявления пневмоний, выявлены ее отличительные черты в гематологической клинике, полиэтиологичность, выраженная тяжесть состояния.

3. Установлены особенности лечения инфекционных поражений легких, разработаны принципы антибактериальной терапии у больных гемобластозами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Caspofungin as first line therapy of pulmonary invasive fungal infections in 32 immunocompromised patients with hematologic malignancies / A. Candoni [et al.] // Eur. J. Haematol. — 2005. — Vol. 75, № 3. — P. 227–333.
2. Jabot-Lestang, L. Poumons et maladies hematologiques / L. Jabot-Lestang, B. Maitre, C. Cordonnier // Pneumologie. — 2001. — Vol. 136. — P. 15.
3. Poletti, V. Pulmonary complications in patients with hematological disorders: pathobiological bases and practical approach / V. Poletti, U. Costabel, G. Semenzato // Semin. Respir. Crit. Care Med. — 2005. — Vol. 26, № 5. — P. 439–444.
4. Lymphome pulmonaire / M. Vislez [et al.] // J. Pneumologie. — 2002. — Vol. 142. — P. 1.

УДК:616-053.2:612.751.3-053.2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

Борисюк И. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

К числу актуальных и сложных проблем медицины относят системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ). Эти заболевания характеризуются большим спектром клинических проявлений и вариабельностью течения, поражением многих систем организма, что часто приводит к ранней инвалидности. Данные последних лет свидетельствуют о том, что у детей и подростков СЗСТ стали встречаться значительно чаще.

В 2011 году в Гомельской области на диспансерном учете по поводу системных заболеваний состояло 102 ребенка. Все они проходили обследование и лечение в специализированном кардиоревматологическом отделении ГОДКБ.

Цель

Изучение особенностей течения системных заболеваний у детей Гомельской области.

Материалы и методы обследования

Для реализации поставленной цели было проанализировано 30 историй болезней детей с системными заболеваниями соединительной ткани (системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит), проходивших стационарное лечение в КРО ГОДКБ с 2007 по 2011 гг.

Результаты исследования

Среди проанализированных историй болезней детей с системными заболеваниями соединительной ткани было 11 (36,7 %) мальчиков и 19 (63,3 %) девочек. 20 (66,7 %) детей поступали повторно. Структура заболеваний представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Структура заболеваний соединительной ткани

Системное заболевание	Абсолютное число	%
Склеродермия	17	56,7
Системная красная волчанка	12	40
Дерматомиозит	1	3,3

Как видно из таблицы 1, наиболее часто встречался диагноз склеродермия.

Наибольший пик заболеваемости приходился на период старшего школьного возраста (от 11 до 18 лет) — 24 (80 %) человек.

Заболевания одинаково часто встречались среди городских и сельских жителей.

Большинство детей поступало в летнее время (с июня по август) — 12 (40 %) человек. При оценке физического развития было выявлено, что 23 (76,7 %) пациента имеют среднее гармоничное развитие, дефицит массы тела наблюдался у 2 (6,7 %) детей, избыток массы тела — у 5 (16,6 %) человек. Наследственной предрасположенности к заболеваниям соединительной ткани у обследуемых детей выявлено не было.

Наиболее частыми жалобами при поступлении были: изменения на коже (56 %); повышение температуры до фебрильных цифр (30 %), слабость, утомляемость (30 %); боли в суставах (23 %); головная боль (13 %). При системной красной волчанке отмечалась эритема в виде бабочки — 16,7 %. Участки атрофии, депигментации при склеродермии выявлялись чаще на туловище — 50 %, участки гиперпигментации в 33 % выявлялись на нижних конечностях. Выявлена деформация кистей рук за счет изменений пястнофаланговых суставов, сформированы склеродактилические кисти у 2 (6,7 %) человек. На момент поступления тахикардия отмечалась у 7 (23,3 %) пациентов, повышение артериального давления у 2 (6,7 %) человек. Печень увеличена у 2 (6,7 %) детей.

Всем детям выполнен общий анализ крови. Анемия легкой степени выявлена у 2 (6,7 %) пациентов, ускорение СОЭ отмечается у 9 (30 %) человек и лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево зафиксирован у 8 (26,67 %) детей. В результате проведенного биохимического анализа крови установлены следующие изменения: повышение С-реактивного белка отмечалось у 3 (10 %) детей, повышение серомукоида — 9 (30 %), повышение КФК и ЛДГ — у 3 (10%), ревматоидный фактор выявлен у 2 (6,7 %) детей.

Анализ крови на LE-клетки в стационаре проводился 15 (50 %) детям. LE-клетки обнаружены не были. Но следует отметить, что при проведении этого исследования на амбулаторном этапе LE-клетки были выявлены у 1 (3,3 %) человека.

Анализ крови на ЦИК среди исследуемых проводился 13 (43,3 %) детям. Повышение уровня ЦИК зафиксировано у 7 (23,3 %) человек.

Электрокардиограмма проводилась всем детям. Наиболее частыми изменениями явились синусовая тахикардия — 4 (6,7 %), СА-блокада — 6 (20 %), диффузные нарушения миокарда — 8 (26,6 %). УЗИ сердца было проведено 16 (53,3 %) детям. Получены следующие результаты: в 20 % случаев выявлены аномальные трабекулы левого желудочка, в 10 % — пролапс митрального клапана, в 6,7 % — регургитация на митральном клапане, в 3,3 % — открытое овальное окно.

При осмотре офтальмолога у 9 (30 %) детей отмечалась ангиопатия сетчатки обоих глаз. Было проанализировано лечение.

На момент поступления поддерживающую дозу ГКС (max 15 mg) получали 5 (16,7 %) человек с системной красной волчанкой. В стационаре гормональная терапия проводилась всем детям с СКВ и 3 пациентам со склеродермией. Нестероидные противовоспалительные препараты 7 (23,3 %) детей. Антибактериальная терапия проводилась 6 (20 %) пациентам. В качестве симптоматической терапии детям назначались кардиотрофные препараты, мочегонные препараты.

28 (93,3 %) пациентов выписались домой с улучшением, 2 (6,7 %) ребенка были переведены в детскую клиническую больницу г. Минска в КРО.

Выводы

1. Наиболее частыми системными заболеваниями соединительной ткани явились склеродермия и системная красная волчанка, одинаково часто встречающиеся среди городских и сельских жителей. Наибольший пик заболеваемости приходится на период старшего школьного возраста (от 11 до 18 лет).

2. Причинами госпитализации у детей были жалобы на: изменения на коже; повышение температуры до фебрильных цифр, слабость, утомляемость; боли в суставах; головная боль.

3. При оценке физического развития по центильным таблицам выявлено, что большинство пациентов имеют среднее гармоничное развитие. У 1/5 части детей старшего школьного возраста наблюдался избыток массы. Дефицит массы тела зарегистрирован у 2 человек.

4. При объективном исследовании наиболее частыми клиническими проявлениями были: изменения со стороны кожи; деформация кистей рук; тахикардия.

5. В общем и биохимическом анализе крови воспалительные изменения были у большинства детей, анемия легкой степени отмечалась у 2 пациентов. Повышение уровня ЦИК зафиксировано у 1/4 части детей. Наиболее частыми изменениями на ЭКГ явились: синусовая тахикардия; СА-блокада, диффузные изменения в миокарде.

6. Половина детей получали гормональные препараты. Пациентам со склеродермией назначалось местное лечение. Всем пациентам проводилась симптоматическая терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Л. М.* Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков / Л. М. Беляева, Е. К. Хрусталева. — Минск: Выш. шк., 2003. — С. 151–169.
2. *Детская ревматология: руководство для врачей / под ред. А. А. Баранова, Л. К. Боженовой.* — М.: Медицина, 2002. — 336 с.

УДК 616.127-005.8:613.84]-055.1

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КУРЕНИЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН

Борсук С. В.

Научный руководитель: ассистент И. В. Пальцев

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

Введение

Инфаркт миокарда (ИМ) — это некроз определенного участка сердечной мышцы, который развивается в связи с резким и продолжительным уменьшением коронарного кровотока. Размеры инфаркта определяются степенью стеноза коронарных артерий, функциональной способностью коллатерального кровообращения, уровнем закрытия артериального ствола, функциональным состоянием миокарда. Уменьшение коронарного кровотока может быть вызвано не только вышеперечисленными факторами, но и длительным спазмом коронарных артерий, к чему приводит регулярное курение табака, в состав которого входит такой алкалоид, как никотин. Никотин, воздействуя на никотиновые ацетилхолиновые рецепторы, приводит к выбросу адреналина. Адреналин повышает артериальное давление, учащает сердечные сокращения и увеличивает потребность миокарда в кислороде [1].

Существует доказанная связь между курением и ИМ, однако разные группы курильщиков имеют различные уровни риска. Более уязвимы курящие с повышенным артериальным давлением либо страдающие сахарным диабетом (СД). Курение и повышенное давление, а также нарушения углеводного обмена оказывают синергическое, т. е. взаимно усиливающее воздействие на риск развития ИМ [2, 3].

Цель

Оценить влияние курения на формирование ИМ у мужчин.

Материалы и методы исследования

Проанализированы 176 историй болезни пациентов (мужчин) с ИМ в подостром периоде, находившихся на лечении в реабилитационном отделении Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ с сентября по декабрь 2012 г. Проводилась оценка тяжести ИМ, распространенности артериальной гипертензии (АГ), СД, ожирения, а также показателей липидного обмена.

Статистическая обработка данных, полученных в результате исследования, проводилась в операционной среде «Windows XP» с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 7.0 и «Medcalc Software».

Распределение количественных признаков оценивалось с помощью теста Шапиро-Уилка и теста Левена на равенство дисперсий. При несоответствии нормальному распределению вычислялась медиана (Me), минимальное (Min) и максимальное (Max) зна-