

Таблица 2 — Этиотропная терапия осложненных пневмоний у детей

Антибиотики	Абсолютное число	%
Цефалоспорины	43	86
Макролиды	38	76
«Защищенные» пенициллины	18	36
Фторхинолоны	17	34
Аминогликозиды	14	28
Карбапенемы	8	16

Средняя длительность пребывания больных детей в стационаре составила 27 дней. Длительность пребывания в стационаре не зависела от возраста и вида осложнения.

Выводы

Наиболее частым осложнением острой пневмонии является экссудативный плеврит, с правосторонней локализацией процесса, который развивается преимущественно у детей раннего возраста, посещающих организованные коллективы и школьников старших классов.

Наиболее часто больные поступают в стационар впервые 6 суток от начала заболевания, в тяжелом состоянии, с выраженным интоксикационным синдромом и синдромом локального поражения легких, воспалительными изменениями в общем анализе крови.

В лечении осложненных пневмоний используется комбинированная антибактериальная терапия, преимущественно цефалоспоридами III поколения и макролидами, курсами 3 и более.

ЛИТЕРАТУРА

1. Самсыгина, Г. А. Тяжелые внебольничные пневмонии у детей: особенности клиники и терапии / Г. А. Самсыгина, Т. А. Дудина // Consilium Medicum. — 2002. — № 2. — С. 12–16.
2. Таточенко, В. К. Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Таточенко. — М., 2001. — 268 с.

УДК: 616.12 – 008.3 – 053.2/053.6:616.1 – 007.17

НАРУШЕНИЕ РИТМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ФОНЕ КАРДИАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ

Дрогунова А. С., Савченко О. И.

Научный руководитель: ассистент кафедры педиатрии Т. Е. Бубневич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В структуре сердечно-сосудистой патологии большое значение имеют функциональные нарушения и состояния, связанные с малыми аномалиями развития сердца (МАРС). Аритмический синдром (АС) часто является одним из первых клинических проявлений патологии сердечно-сосудистой системы в молодом возрасте. Согласно современным данным, в структуре функциональных заболеваний сердца у детей и подростков нарушения ритма сердца составляют 60,8 % [1, 2].

Цель исследования

Изучить клинические проявления и особенности АС у детей и подростков с кардиальными дисплазиями.

Материалы исследования

Работа основана на результатах выкопировки данных из историй болезни детей и подростков (43 девочки и 52 мальчика) в возрасте от 1 до 17 лет, проживающих в г. Гоме-

ле и Гомельской области. В исследование включены дети с различными нарушениями сердечного ритма и проводимости, поступившие в кардиоревматологическое отделение учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» с целью обследования, уточнения степени аритмического синдрома, верификации структурных аномалий сердца, выбора тактики лечения, за период февраль-август 2011 г. Всем детям проводилось комплексное обследование, включающее клинико-анатомический метод, физикальное исследование, оценку исходного вегетативного статуса, выраженность вегетативных нарушений, осмотр специалистов: невролога, офтальмолога, эндокринолога, ЛОР-врача (по показаниям); функциональные методы исследования: стандартная ЭКГ, ЭКГ с нагрузкой, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭХО-КГ, УЗИ внутренних органов.

Требования к выборке:

1. Наличие у детей и подростков сочетания малых аномалий развития сердца и нарушения ритма и проводимости.

2. Исключить из выборки детей и подростков, имевших воспалительные заболевания (так как воспалительный процесс мог бы индуцировать нарушение ритма и проводимости).

3. Исключить из выборки детей и подростков, имевших эндокринную патологию (так как как эндокринные заболевания могли бы индуцировать нарушение ритма и проводимости).

Результаты исследования

Было выявлено, что чаще всего из малых аномалий развития сердца встречались аномальные трабекулы (АТ) и ложные хорды (ЛХ) левого желудочка (как изолированные, так и сочетанные с другими МАРС): АТ — 48 (50,5 %), ЛХ — 35 (36,8 %) [2]. Среди малых аномалий развития сердца изолированных — 85 случаев (89,5 %) — встречались аномальные трабекулы и ложные хорды левого желудочка: АТ — 43 (45,3 %), ЛХ — 31 (32,6 %).

В ходе работы, чаще всего наблюдались изолированные нарушения ритма и проводимости — 72 случая (75,8 %): нарушение ритма — у 45 детей (47,4 %), нарушение проводимости — у 17 детей (17,9 %).

В представленной выборке — 13 детей (13,7 %) с дисплазией соединительной ткани (ДСТ). По литературным данным этот процент значительно выше [2]. Возможно, это связано с недооценкой внешних проявлений ДСТ в курации детей с МАРС. Среди ДСТ чаще других выявлялись сколиотическая осанка и плоскостопие — по 30,8 %, а также деформация грудной клетки — 23 %.

По нашим данным, как среди девочек, так и среди мальчиков преобладало физическое развитие выше среднего, особенно в пубертатном периоде: девочки — 16 (16,8%), мальчики — 26 (27,4 %).

Чаще всего клиническими проявлениями МАРС (изолированных и комбинированных) является синдром сердечно-сосудистых нарушений, цереброваскулярный, астенический синдром [1, 2]. Наиболее частым клиническим проявлением МАРС и НР у детей и подростков с физическим развитием выше среднего являлся синдром сердечно-сосудистых нарушений. На фоне интенсивного роста, наблюдалась относительная задержка роста внутренних органов, сосудов, нервов — отсюда и возникновение функциональных изменений и клинических проявлений.

По данным исследования, наиболее часто с МАРС сочетались нарушения ритма (номотопные, гетеротопные) [1]. С изолированными МАРС больше всего НР наблюдалось у детей с аномальными трабекулами левого желудочка — 25 (54,7 %) человек; в группе с 2-мя и более МАРС — 7 (70%) человек.

При сравнении эффективности двух методов диагностики: ЭКГ и суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру выявлено, что большей значимостью в диагностике НР обладает суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру [3].

По нашим данным исследования исходного вегетативного тонуса (ИВТ) методом кардиоинтервалографии (КИГ) среди подростков преобладает нормотония — 15 (42,9 %), ваготония — 12 (34,3 %). Большинство подростков имеют гиперсимпатикотоническую вегетативную реактивность — 28 (80 %). Адаптационные возможности организма удовлетворительные у 18 (51,4%) подростков, снижены — у 17 (48,6 %).

Выводы

1. В исследуемой группе выявлено преобладание изолированных МАРС над комбинированными, среди которых чаще всего встречаются аномальные трабекулы и ложные хорды левого желудочка.
2. Среди детей с МАРС и аритмическим синдромом наиболее часто встречались изолированные нарушения ритма, по сравнению с нарушениями проводимости и комбинированными нарушениями ритма и проводимости.
3. Среди детей с МАРС и нарушениями ритма ДСТ встречались в одном из 8 случаев, что отличается от литературных данных. Среди ДСТ чаще других выявляются сколиотическая осанка и плоскостопие, деформация грудной клетки.
4. Среди детей пубертатного периода значительно преобладает ИВТ нормотония.
5. У большинства детей, как у мальчиков, так и у девочек, вегетативная реактивность соответствует гиперсимпатикотоническому варианту.
6. Адаптационные резервы оказались снижены практически у половины подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкина, А. В. Нарушение ритма сердца у детей на фоне диспластической кардиопатии / А. В. Бабкина // Современное состояние и перспективы развития медицины: сб. науч. ст. — Воронеж, 2006. — Т. 2. — С. 45–47.
2. Бабкина, А. В. Аритмический синдром у детей с малыми аномалиями сердца, принципы коррекции / А. В. Бабкина, А. В. Почивалов // Актуальные вопросы медицинской реабилитации на современном этапе: юбилейная межрегиональная науч.-практ. конф. — Воронеж, 2007. — С. 159–163.
3. Почивалов, А. В. Особенности ритма сердца у детей с синдромом соединительнотканной дисплазии / А. В. Почивалов, О. П. Дынный // Журнал теоретической и практической медицины. — 2006. — Т. 4, № 3. — С. 376–379.

УДК 614.23:616-089.5]:159.942

ПРОБЛЕМА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

Дроздовская О. Г.

**Научный руководитель: ассистент кафедры общей и клинической фармакологии
с курсом анестезиологии и реаниматологии Л. А. Алексеева**

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

Введение

В связи с социально-экономическими изменениями и трансформацией рабочей ситуации в обществе происходит изменение отношения людей к работе. Люди теряют уверенность в гарантированном рабочем месте, обостряется конкуренция за престижную работу, нарастают явления специализации, механизации. Падает рейтинг ряда социально значимых профессий — медицинских работников, учителей. Как следствие, растет психическое, эмоциональное напряжение, чаще выявляются нарушения, связанные со стрессом на рабочем месте — тревога, депрессия, синдром эмоционального выгорания (СЭВ), психосоматические и психовегетативные нарушения, зависимости от психоактивных веществ (включая алкоголь, транквилизаторы и др.) [1].

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) — это состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее в результате хронического стресса на