

Результаты исследования

При проведении исследования было выявлено, что встречаемость синдрома удлиненного интервала QT у больных ИБС в инфарктном отделении составила 53 %, в том числе среди женщин — 47 %, а среди мужчин — 60 %.

Встречаемость удлинения интервала QT с острым коронарным синдромом (ОКС) составила 53 % (у женщин — 51 %, у мужчин — 55 %).

Сочетание синдрома удлиненного интервала QT с ИБС было отмечено в 53 % случаев, причем среди женщин чаще, чем среди мужчин, а с мерцательной аритмией — в 39 % случаев (среди женщин почти в 3 раза реже).

Зависимость частоты встречаемости синдрома удлиненного интервала QT при ОКС от возраста продемонстрировало нам, что удлинение интервала QT в среднем чаще встречается в возрастной группе более 80 лет, а реже в возрастном периоде 60–69 лет. Что касается распределения удлинения интервала QT в различных возрастных группах в зависимости от пола, то: среди мужчин данная патология чаще встречалась у пациентов до 59 лет, а реже — более 80 лет; среди женщин чаще встречалась в возрастной группе 60–69 лет, а реже — более 80 лет.

Среди больных с МА лишь у 32 % пациентов МА сочеталась с артериальной гипертензией, а среди пациентов с ОКС — у 51 %.

Средняя встречаемость синдрома удлиненного интервала QT среди пациентов ревматологического отделения составила 21 % (среди мужчин — 28 %, среди женщин — 20 %), а среди пациентов инфарктного отделения — 50 % (мужчины — 54 %, женщины — 45 %).

Выводы:

1. Удлинение QT встречается чаще у мужчин в возрасте до 59 лет, страдающих ОКС и мужчин в возрасте 60–69 лет, страдающих МА. У женщин в возрасте 60–69 лет, страдающих ОКС, а женщины в возрасте старше 60 лет, страдающие МА, имеют примерно равную частоту встречаемости
2. Наличие АГ практически не влияет на длину QT
3. У ревматических больных удлинение QT наблюдается с меньшей частотой, чем у больных с ОКС и МА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Long QT Syndrome/ AH A Sovari, MD//2009
2. Early afterdepolarizations and arrhythmogenesis/ el-Sherif N, Craelius W, Boutjdir M, Gough WB// J Cardiovasc Electrophysiol. - 1990. - Vol.14, №5. - P. 145-160
3. The clinical Evaluation of QT/QTc Interval Prolongation and Proarrhythmic Potential for Non-arrhythmic Drugs/Arking DE, Pfeuffer A, Post W, Kao WH// J Cardiovasc Electrophysiol.-2005.-Vol.35,№6.-P.35-42
4. Molecular and Cellular Mechanisms of QT interval prolongation/ Roberto Bolli, Eduardo Marban// Physiological Reviews.-2008.-Vol.79, №8.-P.58-72

УДК 616.233 - 007.271 - 036.1 - 053.37

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Нехорошкова О. А., Родцевич Я. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Кривицкая

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

Введение

Проблема бронхолегочной патологии и обструктивных бронхитов у детей в частности, не только не утратила своей актуальности, но и приобрела новое значение в совре-

менных условиях. Это связано с целым рядом внешних факторов, так или иначе влияющих на развитие и течение заболевания, например, неблагоприятная экологическая обстановка и связанное с этим снижение иммунитета, возросшая резистентность микроорганизмов к антибиотикам, рост числа аллергических реакций как на антибактериальные препараты, так и на пищевые продукты.

Данное заболевание является основным из самых распространенных и в то же время самых серьезных заболеваний бронхолегочной системы, опасно оно тем, что может часто рецидивировать и привести к развитию у ребенка бронхиальной астмы и также ранней инвалидизации детей. Особенно актуальным на современном этапе является определение наиболее значимых факторов риска, способствующих хронизации патологического процесса, умение прогнозировать исход острых воспалительных заболеваний бронхолегочной системы, разработка методов ранней диагностики легочной патологии.

Цель исследования

Проанализировать возрастную структуру и анамнестические данные пациентов, а также оценить степень выраженности основных клинических синдромов и гематологических сдвигов у детей с бронхиальной обструкцией, оценить значимость лечебных мероприятий при обструктивных бронхитах у детей раннего возраста

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 88 историй болезни детей в возрасте от 3-х месяцев до 2 лет, которые находились на стационарном лечении в инфекционном отделении № 1 учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» по поводу обструктивного бронхита.

Результаты исследования

В развитии бронхиальной обструкции важную роль играют возрастные особенности. Узость бронхов, податливость хрящей бронхиального тракта, АФО слизистой бронхиального дерева, а также несовершенство иммунологических механизмов способствуют наиболее частому развитию бронхиальной обструкции у детей раннего возраста. Так, наиболее часто бронхиальная обструкция была отмечена у детей в возрасте от 6 до 12 месяцев — 36 (41 %) пациентов, несколько реже у детей от одного до полутора лет — в 29,5 % случаев (26 детей), в возрасте от полутора до двух лет — 13,6 % (12 детей).

Существенных гендерных различий в структуре пациентов выявлено не было: девочки составили 46,6 % (41 ребенок), мальчики — 53,4 % (47 детей).

Влияние преморбидного фона и отягощенного аллергоанамнеза на развитие бронхиальной обструкции признается большинством педиатров. В проведенном нами исследовании отягощенный аллергоанамнез был выявлен в 32,9 % случаев, из них наиболее часто встречалась пищевая аллергия — в 29,5 % случаев, лекарственная — у 3 пациентов. Отягощенный аллергоанамнез отмечался только у 2 детей.

Большинство детей (81,8 %, 72 ребенка) поступали в стационар на 2–5 сутки от начала заболевания, более чем у половины детей длительность пребывания в стационаре была от 6 до 10 дней.

В большинстве случаев обструктивный бронхит начинается с катаральных явлений, обусловленных острой респираторной вирусной инфекцией. Характерно острое начало, навязчивый сухой кашель, беспокойное поведение ребенка. У 34,1 % детей отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр.

Тяжесть состояния пациентов с бронхиальной обструкцией в значительной мере обусловлена степенью выраженности дыхательной недостаточности, экспираторной одышки.

Анализ проведенных результатов показал, что 42 пациента (47,7 % случаев) поступали в стационар в состоянии средней тяжести, 52,3 % пациентов — в тяжелом состоянии (46 детей). Одышка экспираторного характера у 37 детей (42,1 %) сопровождалась тахипноэ, у 32 детей (36,4 %) была выявлена тахикардия. У 18 детей (20,4 %) отмечалась дыхательная недостаточность I степени, у 5 детей (5,7 %) — дыхательная недостаточность II степени.

У подавляющего большинства больных не было выявлено воспалительных изменений в гемограмме; так у 58 % детей отмечалось нормальное количество лейкоцитов, у 64,8 % детей не было выявлено ускорение СОЭ. Полученные результаты могут свидетельствовать о преобладающей роли вирусов в этиологии обструктивных бронхитов.

Лечение бронхиальной обструкции прежде всего должно быть направлено на устранение причины заболевания, которое привело к развитию бронхиальной обструкции. Учитывая преобладание вирусной этиологии обструктивных бронхитов, частота назначения противовирусных препаратов была недостаточной — в 23,9 % случаев, из них в 7,1 % случаев назначался интерферон, в 6,8 % случаев — гроприносин.

Подход к назначению антибактериальных препаратов должен быть строго индивидуален, учитывая отсутствие выраженных воспалительных изменений в анализе крови. Проведенный нами анализ свидетельствует о необоснованно частом использовании АБ-препаратов — в 72,7 % случаев. Наиболее часто для проведения АБ-терапии был использован амписульбин — 22,7 %, азитромицин — 19,3 %, цефотаксим — 17,1 %, цефтриаксон — 13,6 %.

Лечение бронхиальной обструкции при ОРВИ у детей раннего возраста должно проводиться с учетом патогенеза этой патологии и включать в себя бронхолитическую терапию и мероприятия по улучшению дренажной функции бронхов (муколитическая терапия, массаж).

Препаратом выбора для купирования бронхиальной обструкции являлся β_2 -агонист сальбутамол — в 75,8 % случаев, а также препарат из группы метилксантинов — эуфиллин (55,7 % случаев), реже использовался кленбутерол — 27,3 случаев. В качестве муколитической терапии в подавляющем большинстве случаев использовался муколитик амброксол — 83 %.

Выводы

Наиболее часто обструктивный бронхит развивался у детей второго полугодия жизни, а также в возрасте от одного до полутора лет. Факторами риска развития бронхиальной обструкции являлись пищевая и лекарственная аллергия, неблагоприятный преморбидный фон. Большинство детей (более 50 %) поступали в стационар в тяжелом состоянии, которое было обусловлено выраженностью проявлений бронхиальной обструкции и степенью дыхательной недостаточности. Повышение уровня лейкоцитов и СОЭ были выявлены менее, чем у половины пациентов, что может свидетельствовать о преобладании вирусной этиологии обструктивных бронхитов. Анализ проведенной медикаментозной терапии свидетельствует о недостаточно широком применении противовирусных препаратов и необоснованно частом назначении антибиотиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Студеникин, М.Я. Аллергические болезни у детей / М. Я. Студеникин. И. И. Балаболкина. — М.: Медицина, 1998. — 352 с.
2. Таточенко, В.К. Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Таточенко. — М., 2001. — 268 с.

УДК 616.89. – 008.441.13 -053.82

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И НЕЙРО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Николенко О. В.

Научный руководитель: д. м. н., доцент А. В. Копытов

Учреждение образования

**«Белорусский Государственный Медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Цель исследования

Определить взаимозависимость между нейро-когнитивными нарушениями и клинико-психологическими проявлениями алкогольной зависимости (АЗ) у лиц молодого и подросткового возраста для обоснования механизмов формирования болезни.