

во времена великих правителей империи Ахеменидов похоронная обрядность не была столь хорошо оформлена, однако с первых веков нашей эры на зороастризм начали оказывать влияние новые религии. Для сохранения своей исключительности огнепоклонники были вынуждены унифицировать похоронные обряды. Окончательное становление видеvdата, как главного источника правовых и ритуальных норм произошло во времена династии Сасанидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ртвеладзе, Э. В. Авеста «Закон против дэвов» (Видевдат) / адапт. перевод, иссл-ие и коммент / Э. В. Ртвеладзе, А. Х. Саидова, Е. В. Абдуллаева. — СПб.: Изд-во Политехнического университета, 2008. — 301 с.
2. Гаты Заратуштры / пер. с авестийского, вступ. ст. коммент. и прилож-ия И. М. Стеблин-Каменского. — СПб.: Петербургское Востоковедение, 2009. — 192 с.
3. Соколов, С. Н. Язык Авесты: учеб. пособие / С. Н. Соколов. — Л.: Изд-во Ленинградского университета им. А. А. Жданова, 1964. — 362 с.

УДК 616.741-007.23

СПИНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ

Верниковская В. В., Жизневская В. А.

Научный руководитель: к.вет.н. *Р. Н. Протасовицкая*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В наше время трудно поверить, что есть болезни, которые не в силах излечить. Но всегда есть возможность облегчить их течение. В г. Минске проживает девочка Яна. Всю жизнь (8 лет) она передвигается с помощью инвалидной коляски, у нее редкое заболевание — спинально-мышечная атрофия. Яне врачи помочь не могут. Более того, специалистов по этому заболеванию в Беларуси нет.

Цель

Проанализировать течение заболевания спинальная мышечная атрофия (СМА) и привлечь внимание будущих врачей и к этому редкому генетическому заболеванию.

Материал и методы исследования

Ознакомление с ранее опубликованными научными исследованиями и литературой по данной теме. Обработка материала, анализ результатов.

Спинальная мышечная атрофия (СМА) является аутосомно-рецессивным заболеванием, которое вызывает снижение выживаемости клеток передних рогов спинного мозга (нижних двигательных нейронов), которые иннервируют произвольно сокращающиеся мышцы. Это приводит к прогрессирующей мышечной атрофии и слабости. Присутствует у около 1 из 6 тыс. новорожденных. По приблизительным оценкам 1 из 40 человек является носителем гена, приводящего к развитию СМА типа I. Классификация заболевания по двигательной функции:

- СМА типа I (болезнь Верднига-Гоффмана) проявляется у новорожденных. Такие дети не смогут научиться сидеть или ходить, они испытывают трудности с дыханием и глотанием, в том числе с контролем секрета ротовой полости, продолжительность их жизни значительно снижена.

- СМА типа II проявляется позже на первом году жизни либо на протяжении первых двух лет жизни. Обычно такие дети могут сидеть, но не ходить. По мере прогрессирования слабости у детей часто возникают проблемы с дыханием и глотанием, в том числе трудности с набором веса вследствие слабости бульбарной мускулатуры, слабый кашель и ночная альвеолярная гиповентиляция.

- СМА типа III (болезнь Кюгельберга-Веландер) проявляется в детстве или раннем подростковом возрасте. Такие дети могут сидеть и ходить (хотя некоторые из них могут со временем потерять эту способность), атрофия четырехглавой мышцы. У детей с СМА типа

III может быть меньше проблем с дыханием и глотанием, чем у детей с СМА типов I и II. У детей старшего возраста отмечаются сколиоз, контрактуры и боль в суставах.

- СМА типа 0 проявляется до рождения. В таких случаях на сроке около 30 недель выявляется пониженная подвижность плода. У новорожденных отмечаются тяжелая гипотония, а также врожденные контрактуры, проблемы с глотанием и дыхательная недостаточность.

- СМА типа IV проявляется у взрослых.

Результаты исследования и их обсуждение

Когнитивное и эмоциональное развитие детей с СМА является нормальным. Несмотря на то, что с неврологической точки зрения речь в норме, общение, особенно с пациентами с СМА типа I, может быть затруднено из-за слабости организма. Для облегчения общения детям могут понадобиться адаптивные устройства.

Вследствие слабости дыхательных мышц и слабого кашля дети с СМА подвержены риску развития серьезных инфекций верхних дыхательных путей. Членам семьи следует рекомендовать принимать соответствующие меры предосторожности (тщательное мытьё рук и ограничение взаимодействия с больными людьми). Пациентам необходимо проходить ежегодную вакцинацию против гриппа; у младенцев с СМА типа I может проводиться профилактика РСВ (респираторно-синцитиального вируса).

Детям с СМА могут потребоваться аппараты поддержки дыхания во время сна еще до того, как проявятся проблемы во время бодрствования; для оценки сна ребенка и принятия, при необходимости, соответствующих мер следует обратиться к специалисту.

Дети с СМА подвержены риску развития бактериальной пневмонии как основного следствия или осложнения вирусной инфекции верхних дыхательных путей или аспирации. Рекомендуется проведение пневмококковой вакцинации, соответствующей возрасту ребенка. Необходимыми профилактическими мерами являются использование на ранних этапах неинвазивной вентиляции легких и аппарата Cough Assist.

Для поддержки функции легких, желудочно-кишечного тракта и обеспечения помощи при развитии больным, неспособным сидеть, назначается применение устройств для вертикального позиционирования. Пациентам, способным сидеть, и пациентам, неспособным к этому, следует использовать оборудование для помощи при вставании. Для достижения положительных результатов такое оборудование необходимо использовать на протяжении 1–2 часов в день. Таким образом, обеспечивается поддержка функции легких, желудочно-кишечного тракта, снижается риск переломов, отсрочивается развитие сколиоза и контрактур. Ортопедические устройства и оборудование для ходьбы должны применяться, даже если ходьба и выполнение других видов деятельности не являются практической целью. Всем детям с СМА рекомендуется использование скутеров для инвалидов, инвалидных кресел (как с ручным, так и с электроприводом) или, при необходимости, других устройств для обеспечения возможности участия в общественных мероприятиях, соответствующих возрасту ребенка. Во избежание развития контрактур следует ежедневно выполнять комплекс двигательных упражнений, а в послеоперационные периоды необходимо как можно раньше возобновлять действия, связанные с весовой нагрузкой.

Проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта, такие как рефлюкс, задержка опорожнения желудка и запор, являются довольно распространенными. Для защиты дыхательных путей пациентов, неспособных сидеть, в особенности при нарушениях перорального приема пищи и аспирации, может потребоваться фундопликация по Ниссену. Запоры необходимо лечить интенсивно, т.к. они могут привести к дискомфорту, усугубить проблемы с опорожнением желудка, вызвать снижение аппетита и рефлюкс.

Выводы

Семей, где есть ребенок с СМА, всего по всей Республике — 73, и все эти люди нуждаются в нашей помощи! Мы хотим призвать общество к этой проблеме, так как в Европе и США дети с таким диагнозом проживают полную и насыщенную жизнь.

Дети с СМА должны иметь возможность участвовать в развлекательных мероприятиях. Одним из самых быстроразвивающихся видов таких мероприятий является адаптивный спорт.

Игрушки и игры можно изменять в соответствии с возможностями ребенка; для детей старшего возраста, страдающих СМА, можно рассмотреть альтернативные способы обучения вождению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Опыт хирургического лечения тяжелой сколиотической деформации позвоночника у больного со спинальной мышечной атрофией III типа (Kugelberger — Welandner) / С. В. Колесов [и др.] // Детская больница. — 2014. — № 1. — С. 37–40.
2. Бакланов, А. Н. Хирургическое лечение тяжелых нейромышечных сколиозов у пациентов, страдающих спинальной мышечной атрофией / А. Н. Бакланов, С. В. Колесов, И. А. Шавырин // Хирургия позвоночника. — 2011. — № 3. — С. 31–37.

УДК 614.881

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ И ОБЪЕМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Вероха Д. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. Ф. Бакалец*

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

Введение

Актуальность проблемы хронической сердечной недостаточности (ХСН) для здравоохранения республики обусловлена распространенностью патологии и значительными экономическими потерями, обусловленными тяжелым течением заболевания, требующим регоспитализаций, ранней инвалидизацией и высоким уровнем смертности [1]. Основным стратегическим направлением в эффективном лечении больных с ХСН, улучшении качества их жизни, снижении смертности и продолжении жизни пациентов является выявление ранних стадий заболевания. Лечение больных именно со скрытой формой ХСН, независимо от степени дисфункции миокарда, является наиболее перспективным подходом к предупреждению прогрессирования ХСН и ранней смертности пациентов. Доля таких пациентов в структуре ХСН составляет до 70 %, и именно эта категория больных находится вне поля зрения врачей практического здравоохранения, хотя смертность этой категории больных составляет 10–12 % в год [2].

Цель

Провести анализ вызовов бригад скорой медицинской помощи пациентов с ХСН.

Материал и методы исследования

Карты вызовов скорой медицинской помощи форма № 110/у-09 ГУЗ «ГТССМП». Выкопировка сведений о вызовах скорой медицинской помощи при хронической сердечной недостаточности за февраль-март 2016 г. (102 карты). Сбор материала проводился путем единовременного наблюдения сплошным методом регистрации.

Результаты исследования и их обсуждение

Были проанализированы 102 карты вызовов скорой медицинской помощи с диагнозом ХСН, выбранных в случайном порядке за февраль-март 2016 г. Среди пациентов с ХСН 44% составляли мужчины и 56 % — женщины. Максимальное количество вызовов с диагнозом хроническая сердечная недостаточность приходится на возрастную группу 80–89 лет — 33 %, минимальное — от 90–99 лет — 8 %, но так как эта группа представлена меньшим количеством населения, то предпочтительнее отнести сюда группу 50–59 лет — 14 %. Возрастная группа 60–69 лет составляла 19 %, 70–79 лет — 26 %.

Максимальное количество вызовов по поводу декомпенсации ХСН приходится на утренние часы — 33 %, минимальное — на ночное время (9 %), хотя значительных колебаний в течение дня не наблюдается.

Наиболее частые жалобы у пациентов отражены в таблице 1.