

слизистой миндалин у большинства детей (12 человек) обнаруживался стрептококк (40 %), у 7 детей - стафилококк (23%), у 5 имел место высеив сочетанной микрофлоры (стафилококк и стрептококк), у 5 человек в посевах со слизистой миндалин обнаруживались грибы рода кандиды и лишь у 6 детей в посевах со слизистой миндалин отсутствовала патогенная флора. При анализе чувствительности к антибиотикам отмечено, что стрептококк наиболее чувствителен к препаратам цефалоспоринового ряда (45%), аминогликозидам (12%), стафилококк к препаратам цефалоспоринового ряда (39%), макролидам (24%), сочетанная флора к препаратам цефалоспоринового (26%) ряда и макролидам (17%). К препаратам пенициллинового ряда отмечается устойчивость у (48%) больных.

Выводы. 57% детей с врожденными пороками сердца имеют очаги хронической инфекции, ведущее место среди которых занимает хронический тонзиллит (43%). Даже при отсутствии хронических очагов инфекции у 80% детей имеется положительный результат посева на патогенную микрофлору, в которой преобладает стрептококк. В санации очагов хронической инфекции не утратили своей роли препараты цефалоспоринового ряда, аминогликозиды и макролиды, в то время как к препаратам пенициллинового ряда сформировалась устойчивость.

Литература:

1. Мутафьян О.А. Врожденные пороки сердца. СПб.: Невский диалект, 2002. - С.11-12.
2. Белоконь Н.А. Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. - М.: Медицина, 1987, Т. II. – С. 480.
3. Хоффман Дж. Детская кардиология. – М., 2006. - С. 389.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

Покалюк А.Н., Снитко В.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии
Научный руководитель – к.м.н., доцент В.И.Дедуль

Прижизненная диагностика расслаивающей аневризмы аорты представляет значительные трудности. Клиническая картина этого грозного заболевания в значительной степени зависит от локализации и протяженности процесса, степени вовлечения в процесс отходящих от аорты артериальных сосудов, сдавления соседних органов, прорыва крови в окружающие ткани и полости. Это и определяет значительную вариабельность заболевания, формирования разнообразных клинических синдромов.

Цель исследования. Совершенствование раннего распознавания расслаивающей аневризмы аорты.

Материалы и методы исследования. На протяжении 10 лет (1996-2005 гг.) в кардиологическом отделении 2-ой клинической больницы наблюдалось 30 больных в возрасте от 46 до 83 лет. Среди них было 22 мужчины и 8 женщин. Проведен тщательный анализ клинической картины больных с расслаивающей аневризмой аорты, изучены данные общепринятых лабораторных показателей, использованы данные ЭКГ, ультразвукового и рентгенологического методов исследования и протоколы вскрытия умерших. Летальный исход наступил у 27 больных. У 3-х больных расслаивающая аневризма восходящего отдела аорты приняла в дальнейшем хроническое течение. Самой частой причиной расслоения стенок аорты были артериальная гипертензия (АГ) в сочетании с атеросклерозом аорты (28 больных).

Результаты и обсуждение. В основном все больные с расслаивающей аневризмой грудного отдела аорты поступали в стационар с подозрением на острую коронарную недостаточность на фоне гипертонических кризов. Аорталгии проявлялись давящими, жгучими болями за грудиной, иррадиирующие в обе руки, шею, спину, верхнюю часть живота, которые усиливались при эмоциональном

напряжении. Характерно, что жесточайшие боли в грудной клетке при этом заболевании не сопровождались развитием острой левожелудочковой недостаточности. Не отмечалось в этих случаях и опасных, требующих медикаментозной коррекции аритмий. Возникновение аорталгии обусловлено раздражением нервных окончаний в стенке измененной атеросклеротическим процессом аорты или раздражением парааортальных нервных сплетений при перерастяжении стенки аорты. На ЭКГ не было зарегистрировано признаков очагового поражения миокарда.

Правильной диагностике расслаивающей аневризмы и разрыва аорты способствует тщательная детализация болевого синдрома и четкое представление о его особенностях у этих больных, выявление фоновых заболеваний (многолетнее повышение артериального давления, атеросклероз аорты) полноценное клиническое обследование (определение ширины сосудистого пучка в динамике, выявление и правильная трактовка шумов над аортой, поиск периферических «масок» заболевания), правильная трактовка ЭКГ изменений, своевременное рентгенологическое и ультразвуковое исследование.

Выводы.

1. Расслаивающая аневризма аорты является прогностически неблагоприятным осложнением АГ в сочетании с атеросклерозом аорты.

2. Наиболее частой причиной расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов является нечеткое представление практическими врачами особенностей клинической картины расслаивающей аневризмы аорты, несвоевременное использование рентгенологического и ультразвукового методов исследования.

КОЛО- И ЭНТЕРОСТОМАМИЯ У ДЕТЕЙ

Полойко А.В.

Белорусский государственный медицинский университет