

фагеальный рефлюкс с эрозивным эзофагитом, среднетяжелое течение; Атопический дерматит, детская форма, распространенный, тяжелое течение. Планируется дальнейшее динамическое наблюдение за данным пациентом.

Выводы

1. На основании диагностических критериев проведена дифференциальная диагностика и выявлены сложности в постановке диагноза атопический дерматит и дерматит Дюринга.

2. Данные патологии имеют сходство со стороны кожных проявлений: зудящие высыпания на сгибательных и разгибательных поверхностях конечностей.

3. Дифференциальная диагностика заключается в проведение лабораторно-инструментального обследования с обнаружение специфических диагностических критериев для постановки соответствующего диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинический полиморфизм герпетиформного дерматита и атопического дерматита, как заболеваний, ассоциированных с целиакией / Е.В. Свечникова [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2020. Т. 15, № 1. С. 61–65.

2. Клинический протокол диагностики и лечения пациентов с заболеваниями органов пищеварения: Постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 1 июня 2017 г., № 54 // Министерство здравоохранения Респ. Беларусь [Электронный ресурс] / <http://minzdrav.gov.by/>. Минск, 2017.

3. Клинический протокол диагностики, лечения и профилактики атопического дерматита: Приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 25 февраля 2008 г., № 142 // Министерство здравоохранения Респ. Беларусь [Электронный ресурс] / <http://minzdrav.gov.by/>. Минск, 2014.

УДК 616-053.5-009.24-08

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ТОНИКО-КЛОНИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Коцур А. В., Велесевич Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Скуратова

Учреждение образования

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

Введение

Генерализованные тонико-клонические приступы (ГТКП) у детей школьного возраста являются одной из важнейших проблем педиатрической практики, поскольку причины их вызывающие и исходы у детей могут быть различные — от выздоровления — до развития тяжелых и хронических форм заболевания — менингоэнцефалитов, эпилепсии, гидроцефалии, детского церебрального паралича и других. В структуре неврологической патологии ГТКС у детей школьного возраста отличаются высокой частотой: распространенность судорог у детей составляет 17–20 случаев на 1000, данной патологией обусловлено около 10 % вызовов скорой педиатрической помощи (А. С. Сенаторова и др., 2011), выраженным полиморфизмом и привлекают внимание исследователей разных специальностей. Между тем, данные по особенностям клинических проявлений, отмеченного выше вида пароксизмальных расстройств у детей, как дебюта основного заболевания немногочисленны, что обуславливает необходимость проведения данного исследования [1, 2].

Цель

Охарактеризовать клинические проявления у детей от 7 до 16 лет с генерализованными тонико-клоническими приступами.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование случаев пароксизмальных состояний у детей от 7 до 16 лет. Изучены истории болезни 30 пациентов, находившихся на лечении в детском неврологическом отделении У «Гомельская областная дет-

ская клиническая больница». Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Microsoft Excel» 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируемую группу составили 16 (53,33 %) мальчиков и 14 (46,67 %) девочек. Среди мальчиков в возрасте от 7 до 9 лет было 9 (30 %) пациентов, от 10 до 13 лет — 3 (10 %) человека, от 14 до 16 лет — 4 (13,33 %) ребенка. Средний возраст мальчиков составил $10,5 \pm 3,1$ лет. Среди девочек в возрасте от 7 до 9 лет было 5 (16,67 %) пациентов, от 10 до 13 лет — 3 (10 %) ребенка, от 14 до 16 лет — 6 (20 %) человек. Средний возраст девочек составил $11,2 \pm 3,4$ лет.

В ночное время ГТКС выявлялись у 6 (20 %) мальчиков и 4 (13,33 %) девочек. В дневное время приступы судорог регистрировались у 7 (23,33 %) мальчиков и 3 (10 %) девочек. Утром судорожная активность отмечалась у 5 (16,67 %) мальчиков и 5 (16,67 %) девочек ($\chi^2 = 1,071$, $p = 0,586$).

Во время сна в течение суток ГТКП были зарегистрированы у 9 (30 %) мальчиков и 5 (16,67 %) девочек. У остальных 16 (53,33 %) пациентов судороги встречались в период бодрствования ($\chi^2 = 1,265$, $p = 0,261$).

Период манифестации заболевания среди мальчиков приходился на возраст от 7 до 9 лет — у 9 (30 %) человек, от 10 до 13 лет — у 4 (13,33 %) пациентов, от 14 до 16 лет — у 3 (10 %) детей. Средний возраст манифестации ГТКП среди мальчиков составил $9,8 \pm 3,3$ лет. Среди девочек в возрасте от 5 до 9 лет у 5 (16,67 %) человек, от 10 до 13 лет — у 5 (16,67 %) пациентов, от 14 до 16 лет — у 4 (13,33 %) детей. Средний возраст периода манифестации приступов среди девочек составил $10,6 \pm 3,5$ лет.

Длительность приступа в течение 15 с регистрировалась у 1 (3,33 %) пациента, 30 с — у 7 (23,33 %) человек, 1 мин — у 2 (6,67 %) детей, 2 мин — у 3 (10 %) пациентов, 3 мин — у 4 (13,33 %) человек, 5 мин — у 11 (36,67 %) детей, 8 мин — у 1 (3,33 %) ребенка, 15 мин — у 1 (3,33 %) человека.

Выводы

1. Генерализованные тонико-клонические судороги чаще встречались у мальчиков в возрасте от 7 до 9 лет.
2. В большинстве случаев приступы у детей регистрировались в дневное время в период бодрствования.
3. Период манифестации заболевания у мальчиков отмечался раньше, чем у девочек: в возрасте от 7 до 9 лет.
4. Длительность приступа тонико-клонических судорог по времени наиболее часто составляла от 3 до 5 мин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрухин, А. С. Детская неврология / А. С. Петрухин. М. : МИА, 2018. 403 с.
2. Гузева, В. И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей / В. И. Гузева. М. : Медицинское информационное агентство, 2007. 302 с.

УДК 612.66-053.36:613.953.11/.13(476.2-25) (476.6-25)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Г. ГОМЕЛЯ И Г. БРЕСТА, НАХОДИВШИХСЯ НА РАЗНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Кравченко А. Д., Власюк А. О.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

Учреждение образования

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

Введение

Физическое развитие — это совокупность морфологических и функциональных признаков в их взаимосвязи и зависимости от окружающих условий, характеризующих процесс созревания в данный момент времени [1]. Для оцен-