

Анализируя акушерско-гинекологический анамнез женщин выявлено: угроза выкидыша зарегистрирована у 6 (12 %) женщин; у 1 (2 %) женщины зачатие наступило в результате ЭКО; у 4 (8 %) женщин была диагностирована эрозия шейки матки, у 5 (10 %) — кольпит, у 3 (6 %) — вагинит.

Соматический анамнез: анемия во время беременности зафиксирована у 12 (23 %) женщин; ОРВИ в различные сроки беременности перенесли 8 (16 %) женщин, заболеваниями щитовидной железы (гипотиреоз, гипертиреоз, узловой нетоксический зоб) страдали 15 (29 %) женщин, заболеваниями почек (хронический пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность) — 7 (14 %), сахарным диабетом — 5 (10 %).

#### **Выводы**

Таким образом, у детей, родившихся в 2020 г., наиболее распространенными врожденными пороками сердца были дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок, при этом частота дефекта межпредсердной перегородки встречается в полтора раза чаще.

Средний возраст матерей, родивших детей с ВПС, составил 30 лет, отца — 34 года.

Наиболее часто врожденные пороки сердца встречались у детей, зачатых осенью (31 %).

У матерей, родивших детей с пороками сердца, было от 1 до 6 беременностей. Для большинства матерей, новорожденные с врожденными пороками сердца были первыми или вторыми по счету детьми.

Каждая третья женщина, родившая ребенка с ВПС, имела заболевания щитовидной железы, каждая четвертая — анемию.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Климова, А. Р. Частота и структура врожденных пороков сердца у детей г. Оренбурга и Оренбургской области / А. Р. Климова, Н. П. Сетко, Е. В. Соскова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018. № 4 (63). С. 197–197.
2. Саперова, Е. В. Врожденные пороки сердца у детей: распространенность, факторы риска, смертность / Е. В. Саперова, И. В. Вахлова // Вопросы современной педиатрии. 2017. № 16 (2). С. 126–133.
3. Congenital heart disease: current knowledge about causes and inheritance / G. M. Blue [et al.] // Med J Aust. 2012. № 197 (3). P. 155–159.
4. Prenatal diagnosis of hypoplastic left heart syndrome in current era / A. K. Kipps [et al.] // Am J Cardiol. 2011. № 108 (3). P. 421–427.

**УДК 616.514-079.4-053.2**

### **СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖНОЙ СЫПИ У ДЕТЕЙ**

**Костенкова А. И.**

**Научные руководители: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина;  
ассистент кафедры Е. В. Чеченкова**

**Учреждение образования**

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

#### **Введение**

Герпетиформный дерматит Дюринга и атопический дерматит — хронические рецидивирующие кожные заболевания с истинным полиморфизмом высыпаний. Несмотря на то, что существуют определенные критерии этих диагнозов, схожесть их клинической картины вызывает трудности в дифференциальной диагностике в практике врача-педиатра [1].

### **Цель**

Изучить диагностические критерии дерматита Дюринга и атопического дерматита и провести дифференциальную диагностику данной патологии у детей.

### **Материал и методы исследования**

Описательный анализ проведенного наблюдения за пациентами с атомическим дерматитом и глютенковой энтеропатией, сопровождающейся дерматитом Дюринга, наблюдавшегося на протяжении длительного времени как атопический дерматит.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Критериями постановки диагноза глютенковой энтеропатии, ассоциированной с дерматитом Дюринга являются:

- 1) зудящие полиморфные высыпания на коже с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях конечностей, волосистой части головы, плечах, коленях, локтях, крестце и ягодичах;
- 2) хронический рецидивирующий характер высыпаний;
- 3) начало клинических проявлений в любом возрасте;
- 4) серологическое выявление повышенных титров иммуноглобулинов А и G к глиадину и тканевой транслугтаминазе;
- 5) проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) с биопсией из дистального отдела двенадцатиперстной кишки с выявлением гистологических изменений слизистой оболочки согласно классификации Marsh:  
Marsh 0: нормальная слизистая оболочка;  
Marsh I: повышенная инфильтрация эпителия ворсинок межэпителиальными лимфоцитами (МЭЛ);  
Marsh II: повышенная инфильтрация эпителия ворсинок МЭЛ, гиперплазия крипт, повышение плазмоцитарной инфильтрации собственной пластинки;  
Marsh IIIA: частичная атрофия ворсинок, гиперплазия крипт;  
Marsh IIIB: субтотальная атрофия ворсинок, гиперплазия крипт;  
Marsh IIIC: тотальная атрофия ворсинок, гиперплазия крипт.
- 6) генетическое исследование с определением наличия характерных аллелей HLA-DQ2/DQ8 [2].

Для постановки диагноза атопический дерматит необходимо наличие не менее 3-х главных критериев, а также 3-х и более дополнительных, при длительности симптомов не менее 6 недель. Главные критерии:

- 1) зудящие полиморфные высыпания на коже с типичным расположением на лице, разгибательных и сгибательных поверхностях конечностей;
- 2) хронический рецидивирующий характер высыпаний;
- 3) начало клинических проявлений в раннем возрасте (до 2-х лет);
- 4) атопия в анамнезе или наследственная предрасположенность к атопии.

Дополнительные критерии:

- 1) наличие ксероза, ихтиоза (усиление рисунка) на ладонях, рецидивирующие конъюнктивиты, белый дермографизм, частые инфекционные поражения кожи;
- 2) реакции немедленного типа при кожном тестировании с аллергенами, повышенный уровень сывороточного иммуноглобулина E, эозинофилия в крови [3].

Приведем примеры данной патологии в клинической практике.

Пациент К., 17 лет, обратился в педиатрическое отделение Гомельской областной детской клинической больницы с жалобами на очаги депигментации на туловище, редкие боли в животе. Из анамнеза заболевания известно, что с 15 лет пациент наблюдается у дерматолога по поводу витилиго, у аллерголога по поводу аллергического персистирующего риноконъюнктивита, атопического дерматита и поллиноза. Имеет место сопутствующая патология: эрозивная гастродуоденопатия, хронический неатрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, по поводу чего была проведена эрадикация.

В ходе объективного осмотра были выявлены зудящие пятнисто-папулезные высыпания на сгибательной и разгибательной поверхности локтевых суставов, на тыльной поверхности кистей и пальцев рук, на шее сзади.

Из лабораторно-инструментальных исследований была проведена ЭГДС с биопсией из дистального отдела двенадцатиперстной кишки со следующим заключением: эритематозная гастропатия, дуоденопатия, хронический атрофический дуоденит с повышенным содержанием МЭЛ, морфологическая картина соответствует целиакии Marsh IIIВ. При проведении серодиагностики были выявлены антитела к тканевой трансглутаминазе: Ig A > 200 Ед/мл (норма < 20 Ед/мл), IgG — 2,4 Ед/мл положительные; антитела к глиадину: Ig A — 53,6 Ед/мл (норма < 25 Ед/мл), IgG > 200 Ед/мл положительные.

Таким образом на основании жалоб: редкие боли в животе; данных анамнеза заболевания: хронический персистирующий характер высыпаний; объективного осмотра: зудящие полиморфные высыпания с преимущественной локализацией на разгибательных и сгибательных поверхностях конечностей, кистях, шее; лабораторно-инструментального исследования: обнаружение серологических, эндоскопических и гистологических маркеров глютенной энтеропатии — антитела к глиадину и тканевой трансглутаминазе в повышенных титрах, гастродуоденопатия с морфологической картиной соответствующей классификации по Marsh, был выставлен диагноз: Целиакия. Дерматит Дюринга. Витилиго распространенное. Назначено соответствующее лечение в форме пожизненной безглютеновой диеты.

После того, как пациенту был выставлен диагноз, было проведено обследование младшего ребенка в данной семье, в результате чего так же была установлена целиакия и назначена соответствующая диета. Данный случай можно рассматривать с точки зрения семейной формы целиакии.

Пациент М., 6 лет, поступил в Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека (РНПЦ РМ и ЭЧ) по поводу распространенного атопического дерматита тяжелого течения с жалобами на сильно зудящие высыпания по всему телу, шелушение кожи, корки, повышение температуры тела до 38 °С, слабость, головные боли. Из анамнеза заболевание известно, что пациент с 2-х месяцев страдает атопическим дерматитом и наблюдается у дерматолога. В ходе объективного осмотра были выявлены зудящие пятнисто-папулезные высыпания по всему телу, следы расчесов с признаками инфицирования, мокнущие корки.

При проведении лабораторно-инструментального исследования с привлечением врачей-аллергологов-иммунологов, гастроэнтерологов, дерматологов были обнаружены следующие изменения: повышение общего иммуноглобулина Е 7715,9 МЕ/мл (норма < 50 МЕ/мл), в аллергологических панелях специфического иммуноглобулина Е максимального класса VI (>100 МЕ/мл) к *Dermatophagoides pteronyssinus* и *farinae*, пыльце ржи, эпителию/шерсти собаки, *Candida albicans* с помощью аллергопанели методом иммуноблоттинга. В ходе комплексного обследования была проведена ЭГДС с биопсией из дистального отдела двенадцатиперстной кишки с целью исключения целиакии, в том числе серонегативной формы. Заключение: гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом, среднетяжелого течения.

Таким образом на основании жалоб: сильно зудящие высыпания по всему телу, шелушение кожи, повышение температуры тела до 38 °С, слабость, головные боли, что указывает на инфицирование поврежденной кожи; данных анамнеза заболевания: хронический рецидивирующий характер высыпаний, начало клинических проявлений в раннем возрасте; объективного осмотра: зудящие полиморфные высыпания по всему телу, следы расчесов с признаками инфицирования, мокнущие корки; лабораторно-инструментального исследования: повышение титров общего и специфического иммуноглобулина Е, при проведении ЭГДС — гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом, был выставлен диагноз: Гастроэзо-

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-