

лочка микрогранул растворяется только в щелочной среде двенадцатиперстной кишки, не разрушаясь в кислой среде желудка. Дети старше 1 года обычно получают 2000–6000 Ед (не более) по липазе на 1 кг массы в сутки, дети грудного возраста — 4 000 Ед на 100–150 мл молока [2].

Важно помнить, что недостаточность поджелудочной железы при МВ никогда не поддается полной коррекции: всегда сохраняется тот или иной уровень стеатореи, превышающий нормативный показатель. Под контролем данных копрологического исследования проводят коррекцию дозы панкреатических ферментов. При анализе полученных данных было установлено, что наибольшее количество детей (33 %) получало Креон в дозе 5000 Ед/кг/сут.

Выводы

При анализе форм данного заболевания было выявлено, что в подавляющем большинстве случаев встречалась смешанная форма заболевания, у трети — кишечная и только один ребенок имел легочную форму. При оценке степеней гипотрофии было установлено, что наибольшее количество детей имели гипотрофию. При анализе полученных данных было установлено, что большинство детей перенесли острый бронхит или пневмонию. В обследуемой нами группе практически у всех больных была диагностирована гепатомегалия без особых клинических проявлений. Также установлено, что нейтральный жир в копрограмме выявляется у всех заболевших. При оценке результатов потового теста было установлено, что у лишь в трети случаев концентрация ионов хлора не превышала 40 ммоль/л. При анализе полученных данных было выявлено, что у большинства детей с муковисцидозом ИРТ превышал норму. Наибольшее количество детей получало Креон в дозе 5000 Ед/кг/сут.

ЛИТЕРАТУРА

1. Капранов, Н. И. Муковисцидоз. Ранняя диагностика и лечение / Н. И. Капранов, Н. Ю. Каширская, В. Д. Толстова. — М.: Гэотар-Медиа, 2008. — 104 с.
2. Капранов, Н. И. Муковисцидоз. Ребенок и лекарство: справ. пособие для детских врачей / Н. И. Капранов, Н. Ю. Каширская, В. Д. Толстова. — М.: изд-во «Оверлей», 2008. — 608 с.

УДК: 616.5-003.871-056.7

ИХТИОЗ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Голомзик А. М.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ихтиозы — гетерогенная группа наследственных заболеваний, характеризующихся диффузным нарушением ороговения по типу гиперкератоза и проявляющихся образованием на коже чешуек, напоминающих чешую рыбы. К настоящему времени достаточно изучены дефекты в генетическом аппарате, которые лежат в основе ихтиоза. Однако персистирующее течение, системность поражения, трудности в диагностике, лечении и низкая их эффективность позволяют считать проблему ихтиозов одной из сложных и актуальных во врачебной практике.

Рассмотрим основные формы, которые встречаются чаще всего: вульгарный ихтиоз, X-сцепленный ихтиоз, ламеллярный ихтиоз, эпидермолитический ихтиоз и ихтиоз плода.

Ихтиоз вульгарный — наиболее распространенная форма, встречается в 80–95 % всех случаев ихтиоза. Тип наследования аутосомно-доминантный. Для него характерно

сухость кожи; отрубевидное, муковидное или мелкопластинчатое шелушение; фолликулярный гиперкератоз. На ладонях и подошвах усилен кожный рисунок. Диффузное поражение кожи, более выражено на ногах. Обычно не поражены: подмышечные впадины, локтевые и подколенные ямки, лицо, за исключением щек и лба, ягодицы, внутренняя поверхность бедер. С возрастом состояние пациентов обычно улучшается.

Х-сцепленный ихтиоз. Для него характерны плотные чешуйки, плотно прилегающие к коже. Локализация: задняя поверхность шеи, наружная поверхность предплечий, локтевые суставы и подколенные ямки, туловище. Ладони, подошвы и лицо не поражаются. Отмечается так же помутнение роговицы, крипторхизм. Состояние кожи с возрастом не улучшается.

Ламеллярный(пластинчатый) ихтиоз. Тип наследования — аутосомно-рецессивный. Кожа новорожденного обычно покрыта тонкой пленкой («коллоидный плод»). Со временем пленка трансформируется в крупные грубые чешуйки, которые покрывают все тело, включая кожные складки, ладони и подошвы. Отмечается выворот век и губ. Ногтевые валики воспалены, ногти дистрофичны.

Эпидермолитический ихтиоз (ихтиозиформная эритродермия Брока). Тип наследования аутосомно-доминантный. Начинается в период новорожденности. Плод рождается в «рубашке» или «как ошпаренный». Кожа гиперемирована, влажная, мягкая, податливая. Характерный признак-пузыри. Пузыри вскрываются с образованием эрозий, которые заживают, не оставляя следов. Со временем развивается ороговение кожи.

Ихтиоз плода или плод-арлекин развивается в эмбриональном периоде (4–5 месяцы беременности), наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Кожа новорожденного покрыта панцирем, состоящим из толстых роговых щитков серо-черного цвета толщиной до 10 мм, разделенных бороздами и трещинами. Губы ребенка малоподвижны, ротовое отверстие растянуто или резко сужено. Нос и ушные раковины деформированы, заполнены роговыми наслоениями; веки выворочены, конечности уродливые, волосы и ногти могут отсутствовать. Роды при ихтиозе плода часто преждевременные, может родиться мертвый плод. Большинство детей умирают через несколько часов или дней после рождения в результате несовместимых с жизнью изменений, приводящих к нарушению дыхания, сердечной деятельности, почечной недостаточности и др.

Цель работы

Определить особенности течения ихтиоза, спектр сопутствующей патологии у данных пациентов.

Материалы и методы исследования

В соответствии с целями работы нами были проанализированы амбулаторные карты 10 пациентов, больных ихтиозом и состоящих на диспансерном учете в Гомельском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере. У данных пациентов мы определяли возраст начала заболевания, тяжесть течения, сопутствующую патологию.

Результаты исследования

Среди исследуемых пациентов было по 5 мужчин и женщин. У 9 пациентов был выставлен диагноз вульгарный ихтиоз, у одной женщины-ихтиозиформная эритродермия Брока. Возраст пациентов — от 20 до 53 лет. У всех их заболевание началось на первом году жизни. У всех пациентов, страдающих вульгарным ихтиозом отмечалась сезонность обострений с ухудшением зимой, течение было доброкачественное, пациенты лечились амбулаторно, применяли местную терапию и витамин А курсами, у пациентки с ихтиозиформной эритродермией Брока заболевание протекало тяжело, поражения имели диффузный характер. Пациентка лечилась амбулаторно и в стационаре, в том числе с применением неотигозона. Спектр сопутствующей патологии в исследуемой группе пациентов представлен преимущественно аллергическими и грибковыми заболе-

ваниями. Так у 4 пациентов, наблюдались аллергодерматозы (у одного — аллергическая крапивница, у одного — атопический дерматит, у двоих — аллергический контактный дерматит, у двоих — экзема). Дерматомикозы отмечаются у 6 человек, из них у 4 — микоз стоп, у 3 — онихомикоз, у одного — паховая эпидермофития. Также женщина с ихтиозиформной эритродермией Брока страдала синусными кистами обеих почек, у одного пациента отмечалась миопия высокой степени, простой миопический астигматизм.

Выводы:

1. Ихтиоз — наследственное заболевание, проявляющееся на первом году жизни, имеющее хроническое рецидивирующее течение.

2. Наиболее часто ихтиозу сопутствуют аллергические заболевания и дерматомикозы.

3. Ихтиозиформная эритродермия Брока имеет более тяжелое течение по сравнению с вульгарным ихтиозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич, В. П. Кожные и венерические болезни / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. — М., 2006. — 653 с.
2. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни / Ю. К. Скрипкин, В. Н. Мордовцев. — М., 1996. — 187–191 с.
3. Курдина, М. И. Атлас кожных и венерических болезней / М. И. Курдина. — М., 2008. — 164 с.

УДК: 616.12-008.3-053.2/6

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Горбач Н. Н.

Научный руководитель: к. м. н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Нарушения ритма сердца (аритмии) объединяют группу патологических состояний, проявляющихся нарушением нормальной частоты, регулярности сердечных сокращений, а также расстройством проведения импульса и последовательности активации предсердий и желудочков [1]. Клинически значимые нарушения сердечного ритма занимают второе, после врожденных пороков, место в структуре сердечно-сосудистой патологии детского возраста. Аритмии сердца встречаются у детей в любом возрасте [3]. В большинстве случаев нарушения ритма сердца у детей развиваются в отсутствие очевидных признаков органических поражений сердца и является единственным проявлением заболевания [2].

Цель

Изучить структуру, частоту встречаемости, особенности течения нарушений ритма сердца и проводимости у детей и подростков.

Материалы и методы

Для реализации поставленной цели проанализировано 102 амбулаторные карты и карты диспансерного учета детей и подростков, состоящих на диспансерном учете у кардиолога в филиале № 3 ГУЗ ГЦГДП с нарушением ритма сердца.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования выявлено, что встречаемость нарушений ритма и проводимости у мальчиков обнаружена в 61,8 % случаев (63 мальчика), у девочек — в 38,2 % случаев (39 девочек).

Частота выявления в возрастных группах распределяется следующим образом: от 0 до 1 года — 1 человек (0,9 %), от 1 года до 3 лет — 2 человека (1,9 %), от 3 до 7 лет — 19 человек (18,6 %), с 7 до 14 лет — 54 человека (53 %) и от 14 до 17 лет — 26 человек (25,6 %).