

дерматоглифических характеристик, в том числе асимметрии типов папиллярных узоров на пальцах у детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями, может явиться основой перспективного и простого метода донозологической диагностики таких патологий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сергиенко, Л. П. Методы спортивной генетики: дерматоглифический анализ пальцев рук человека (сообщение 1) / Л. П. Сергиенко, В. М. Лишевская // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2010. – № 2. – С. 148–154.

2. Божченко, А. П. Возрастные особенности асимметрии дерматоглифических признаков пальцев рук / А. П. Божченко, Е. В. Капустин, В. И. Ригонен // Достижения современной морфологии – практической медицине и образованию : Сборник научных статей по материалам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета, 120-летию со дня рождения профессора К. С. Богоявленского, 100-летию со дня рождения профессора Д. А. Сигалевича, 100-летию со дня рождения профессора З. Н. Горбачевича, Курск, 21–23 мая 2020 года / Под редакцией В. А. Лазаренко. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2020. – С. 61–68.

УДК 616.72-002-053.4

Н. А. Осмоловская

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПОЛУЧАЮЩИХ АДАЛИМУМАБ

Введение

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) объединяет все формы хронического детского артрита, поражающего не только суставы, но и внесуставные структуры, в том числе глаза, кожу и внутренние органы, что приводит к инвалидности и даже смерти. Он определяется как артрит неизвестной этиологии, который начинается в возрасте до 16 лет и длится не менее 6 недель [1].

Согласно критериям классификации ILAR, ЮИА делится на семь подтипов: олигоартикулярный ЮИА, серопозитивный полиартикулярный ЮИА, ЮИА, серонегативный полиартикулярный ЮИА, системный ЮИА (sJIA), артрит, связанный с энтезитом (ERA), ювенильный псориатический артрит (JPsA) и недифференцированный ЮИА [2].

Терапевтическое вмешательство начинается с диагностики и приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), за которыми следуют базисные противоревматические препараты. Американский колледж ревматологии (ACR) рекомендует начинать лечение с применением базисных противовоспалительных препаратов, в частности метотрексата, лефлуномида и/или сульфасалазина. Метотрексат считается базисным противовоспалительным препаратом первого выбора при олигоартикулярном и JPsA, когда НПВП и внутрисуставные стероиды неэффективны. Пациенты, у которых заболевание продолжает прогрессировать, следующим этапом лечения являются передовые биологические препараты [1].

Первыми биологическими препаратами, зарегистрированными для лечения ЮИА, были ингибиторы ФНО- α – этанерцепт и адалимумаб. В настоящее время ингибиторы ФНО-альфа считаются наиболее эффективными препаратами для лечения ЮИА, влияющими на боль, скованность, прогрессирование заболевания и качество жизни. Сочетание

препаратов, блокирующих ФНО-альфа, с метотрексатом повышает вероятность достижения ремиссии ЮИА у пациентов с этими подтипами и является эффективным вариантом при ЮИА, ассоциированном с увеитом [1].

Цель

Изучить особенности течения ЮИА у детей младшего школьного возраста, получающих в качестве базисной терапии адалимумаб, препарат хумира.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 122 медицинских карт стационарного пациента детей, проходивших обследование и лечение в педиатрическом отделении № 2 (кардиоревматологический профиля) У «Гомельская областная детская клиническая больница» (Республика Беларусь) в течение 2022–2023 года с установленным диагнозом ЮИА. Для анализа был использован архивный материал из учреждения «Гомельский детская областная клиническая больница». Анализ и обработка первичных данных осуществлялись с использованием редактора электронных таблиц «MicrosoftExcel 2016».

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно полученным данным, среди 122 пациентов, 22 (18,0%) ребенка в качестве базисной терапии принимали адалимумаб, препарат хумира. Из этой группы пациентов дети раннего возраста (до 3-х лет) составили 22,7% (5 человек); дошкольного возраста (4–6 лет) – 45,5% (10 пациентов); дети младшего школьного возраста (7–12 лет) – 27,3% (6 человек); дети старшего школьного возраста (>13 лет) – 4,5% (1 пациент).

В группе детей младшего школьного возраста (7–12 лет) 50% (3 пациента) составляют девочки, а 50% (3 пациента) – мальчики. Исходя из данных анамнеза заболевания, можно наблюдать, что у 33,3% (2 детей) начало заболевания протекало в виде ревматоидного артрита. В то время как у 66,7% (4 детей) заболевание начиналось с реактивного артрита. Клиническая картина характеризовалась: олигоартикулярной формой у 16,7% (1 пациента), у 50,0% (3 детей) – полиартикулярная форма и 33,3% (2 пациента) имели системное начало. ЮИА носил серонегативный характер у 100% (6 пациентов). При оценке степени активности клинических проявлений пациентов было выявлено, что у 50,0% (5 пациентов) присутствует первая степень активности, у 33,3% (2 пациентов) – вторая степень активности, у 16,7% (1 пациент) – третья степень активности. У 83,3% (5 человек) наблюдалось быстро прогрессирующее течение, у оставшихся 16,7% (1 пациента) – медленно прогрессирующее.

Наиболее распространенной рентгенологической стадией оказалась 1 стадия, которую выявили у 50,0% (3 человек). В то же время, 2 рентгенологическая стадия была диагностирована у 16,7 % (1 человека) и 3 рентгенологическая стадия – у 33,3% (2 человека).

В общем анализе крови у 50% (3 человека) отсутствовали изменения, лейкоцитоз – в 33,3% случаев (2 человека), тромбоцитоз – у 16,7% (1 человек). StatusLocalis: у 33,3% (2 пациентов) не было зафиксировано контрактур, движения были в полном объеме, признаки воспаления отсутствовали. У 16,7% (1 человек) сустав деформирован, дефигурирован, движения в нем в полном объеме и безболезненны. У 33,3% (2 пациентов) наблюдались контрактура и отек суставов. У 16,7% (1 пациента) обнаружены ограничения в движении и мелкоочечная сыпь.

В качестве базисной терапии хумира была назначена после неэффективного применения глюкокортикостероидов/метотрексата 66,7% (4 человека), оставшиеся 33,3% (2 пациента) – получали хумиру первой линией.

Выводы

Таким образом, в группе детей младшего школьного возраста одинаковый процент соотношения девочек (50,0%) и мальчиков (50,0%) с преобладанием полиартикулярной формы (50,0%). У большинства детей на фоне приема адалимумаба (препарат хумира) отсутствовали клинико-лабораторные признаки воспаления.

СПИСОК СПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Zaripova, L. N. Juvenile idiopathic arthritis: from aetiopathogenesis to therapeutic approaches / Zaripova L. N., Midgley A., Christmas S. E. [et al.] // Pediatric Rheumatology Online Journal – 2021. – Vol. 19, № 1. – P. 135.
2. Barut, K. Juvenile Idiopathic Arthritis / Barut K., Şahin S., Kasapçopur Ö. [et al.] // BalkanMedicalJournal. – 2017. – Vol. 34, № 2. – P. 90–101.

УДК 616.33-008.11-089-06

К. В. Ривкина, Е. А. Ревенкова

Научный руководитель: ассистент кафедры М. А. Груздева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ДЕМПИНГ-СИНДРОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Введение

Демпинг-синдром (ДС) – это состояние, которое часто возникает после операций на желудке, в частности после хирургического лечения стенозов [1]. Основным механизмом формирования раннего демпинг-синдрома является быстрая эвакуация желудочного содержимого в тонкую кишку, что может быть спровоцировано удалением или рассечением пилорического жома во время операции, а также исключением двенадцатиперстной кишки из акта пищеварения. В механизмах развития ДС важную роль играют дисфункции ВНС. При этом происходят нарушения в нейрогуморальных системах, выброс серотонина в кровь, изменяется функциональное состояние холинергического и симпатoadреналового аппарата [2].

Длительный демпинг-синдром приводит к значительному истощению, что проявляется в белковой и витаминной недостаточности, нарушении минерального обмена и выраженной астенизации нервно-психической деятельности. Потеря массы тела может достигать 15–20 кг, сопровождаясь расстройствами кишечного пищеварения и нарушением усвоения основных питательных веществ, включая железо, что в свою очередь приводит к развитию гипохромной анемии [3].

Цель

Проанализировать клинический случай демпинг-синдрома у ребенка.

Материал и методы исследования

Медицинская карта стационарного пациента, находившегося на лечении в учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница» (У «ГОДКБ»).

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент В, 4 года (2020 г.р.). Ребенок от 1-ой беременности, протекала без осложнений. При рождении: ребенок доношенный, вес 3360 г, рост 52 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Вскармливание естественное.

В периоде раннего возраста физическое, нервно-психическое развитие соответствовало возрастным нормам.