

Секция «Педиатрия»

печени. Не существует такого значения содержания железа в печени, которое могло бы отличить НГ от других состояний, сопровождающихся сидерозом [1, 2].

Для уточнения диагноза ГАПП наиболее эффективным является МРТ с Т2-взвешенным сигналом, поскольку ткань печени, содержащая избыток железа, имеет иную магнитную восприимчивость. Характерным для ГАПП является обнаружение сидероза в других органах, чаще всего в поджелудочной железе. Также может быть использована биопсия слюнных желез с последующим окрашиванием биоптатов (окраска Перля) [1–4].

Таким образом, ГАПП может проявляться в различных вариантах: от врожденного цирроза печени, если аллоиммунизация началась в ранние сроки беременности с 16–18 недель, до острой печеночной недостаточности, если этот процесс дебютировал накануне родов. В связи с этим важным является наличие специальных знаний об этой патологии у врачей-специалистов и возможность своевременно заподозрить ее в случаях мертворождения или ранней реализации острой печеночной недостаточности и использовать эффективное лечение (ЗПК и внутривенные иммуноглобулины) для достижения успешного результата.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Неонатальный гемохроматоз как одно из проявлений гестационного аллоиммунного поражения печени при фетоматеринской изоиммунизации / Е. В. Бем, Г. Н. Чумакова, А. С. Панченко [и др.] // РМЖ. Мать и дитя. – 2025. – №8 (2). – С. 149–155.
2. Whitington, P. F. Neonatal hemochromatosis: a congenital alloimmune hepatitis / P. F. Whitington // Semin. Liver. Dis. – 2007. – №27 (3). – P. 243–250.
3. Whitington, P. F. Gestational alloimmune liver disease and neonatal hemochromatosis / P. F. Whitington // Semin Liver Dis. – 2012. – №32 (4). – P. 325–332.
4. Feldman, A. G. Neonatal hemochromatosis / A. G. Feldman, P. F. Whitington // Clin Exp Hepatol. – 2013. – № 3 (4). – С. 313–320.

УДК 617.7-053.2:159.938.354

О. В. Ларионова¹, Л. В. Дравица¹, О. П. Садовская¹,
И. А. Глушнев², Д. П. Глушко², И. В. Почепко²

¹Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

²Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Республика Беларусь

СЛОЖНЫЕ СЕНСОМОТОРНЫЕ РЕАКЦИИ ДЕТЕЙ 6–11 ЛЕТ С ОРТОФОРИЕЙ И ГЕТЕРОТРОПИЕЙ

Введение

Косоглазие остается одной из наиболее актуальных и важных проблем в офтальмологии, имеющих большое медико-социальное значение. Проблема косоглазия у детей всегда привлекает большое внимание врачей-офтальмологов в связи с высокой частотой встречаемости заболевания от 1,5 до 4 %, в экологически неблагоприятных зонах частота косоглазия у детей увеличивается до 7 %, снижением зрительных функций, развитием дисбинокулярной амблиопии, косметическим дефектом с раннего детского возраста, отрицательным влиянием гетеротропии на физическое и умствен-

Секция «Педиатрия»

ное развитие ребенка, затрудняет налаживание социальных связей, может стать препятствием в приобретении желаемой профессии [1, 2].

Цель

Анализ сложных сенсомоторных реакций детей 6–11 лет с ортофорией и гетеропией.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 84 ребенка (168 глаз) с гиперметропической рефракцией, находившихся на диспансерном наблюдении и лечении в учреждении здравоохранения «Гомельская областная детская клиническая больница медицинской реабилитации». Среди пациентов преобладали мальчики (44 ребенка, 52 %), девочек было 40 (48 %). Возраст пациентов составил от 6 до 11 лет (в среднем $8,7 \pm 1,5$ года).

Были сформированы 2 группы. Пациенты 1-й и 2-й групп сопоставимы по возрасту, полу, рефракции, некорригированной и корригированной остроте зрения. Средний возраст детей 1-й группы составил $Мe\ 8\ [7; 10]$ лет, 2-й группы – $Мe\ 9\ [8; 10]$ лет ($U=704, p=0,16$).

Критериями формирования групп явились: рефракция и положение глазных яблок в орбите. В 1-ю группу вошли 35 детей (70 глаз) с ортофорией на фоне гиперметропии средней степени $Мe\ 3,6\ [2,5; 5,5]$ Д, 2-ю группу составили дети с содружественным сходящимся косоглазием на фоне гиперметропии средней степени $Мe\ 4,5\ [2,5; 6,25]$ Д – 49 пациентов (98 глаз). Угол косоглазия у детей 2 группы составил $6,7\ [3,5; 9]$ °, с очковой коррекцией – $4,1\ [1; 5]$ °.

Всем пациентам проводилось стандартное страбологическое обследование: определение остроты зрения пациентов с использованием проектора знаков фирмы «Nidec» (Япония) и таблицы Сивцева-Головина (без коррекции и с коррекцией), динамической и статической рефракции глаза при помощи авторефрактометра фирмы «Nidec» (Япония), резервов абсолютной и относительной аккомодации, зрительной фиксации глаза, подвижности глазных яблок, угла косоглазия (без коррекции и с очковой коррекцией) по Гиршбергу, также на синоптофоре «СИНФ-1» (Украина) (без коррекции и с очковой коррекцией) были определены: фузия, резервы конвергенции и дивергенции.

Для изучения функционального состояния нервной системы использовался аппаратно-программный комплекс «НС-Психотест» (ООО «Нейрософт», г. Иваново, <http://neurosoft.com/ru>). Были определены нейродинамические показатели сенсомоторного реагирования по методикам «Реакция различия» (РР) и «Реакция выбора» (РВ).

Статистическая обработка данных производилась с использованием программного обеспечения: Microsoft Excel, пакета Statistica 10 for Windows Ru» (StatSoft, Inc., USA), MedCalc 12.6.1.0 (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенты 1-й и 2-й групп имели гиперметропическую рефракцию средней степени $Мe\ 3,6\ [2,5; 5,5]$ Дptr и $Мe\ 4,5\ [2,5; 6,25]$ Дptr соответственно ($U=3073, p=0,25$).

В 1-й группе пациентов значения некорригированной остроты зрения (НКОЗ) составили $Мe\ 0,6\ [0,4; 0,9]$, корригированной остроты зрения (КОЗ) – $Мe\ 0,9\ [0,65; 1,0]$ ($p<0,001$). Во 2-й группе пациентов значения НКОЗ и КОЗ составили $Мe\ 0,6\ [0,35; 0,9]$ и $Мe\ 0,9\ [0,6; 1,0]$ соответственно ($p<0,001$). Группы сопоставимы по НКОЗ ($U=3378, p=0,86$) и КОЗ ($U=3144, p=0,36$).

В 1-й группе детей время РР составило $Мe\ 364,5\ [313,3; 443,1]$ мс, во 2-й группе – $Мe\ 445,3\ [360,5; 511,2]$ мс. Время РР во 2-й группе детей значимо больше на 80,8 мс, чем у детей 1-й группы ($U=575, p=0,003$), что указывает на достоверное снижение подвижности нервных процессов у детей 2-й группы.

Секция «Педиатрия»

Значения показателя РВ в 1-й группе – Мe 447,7 [393,5; 513,9] мс, во 2-й группе – Мe 505,5 [434,1; 563,5] мс. Среднее время РВ 2-й группы детей достоверно больше на 57,8 мс, чем детей 1-й группы ($U=595$, $p=0,02$), что указывает на снижение подвижности нервных процессов детей 2 группы.

Выводы

Гетеротропия у детей 2-й группы достоверно приводит к увеличению времени РР и РВ на 80,8 и 57,8 мс соответственно ($p<0,05$) в сравнении с группой детей с ортотропией, что указывает на снижение подвижности нервных процессов и преобладание тормозных процессов в центральной нервной системе.

Время сенсомоторных реакций является одним из наиболее простых, доступных и в то же время достаточно точных нейрофизиологических показателей, отражающих динамику скорости нервных процессов и их переключения, моторную координацию и активность нервной системы. Нейродинамические показатели сенсомоторного реагирования являются объективными критериями текущего ФС нервной системы детей 6–11 лет.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кащенко, Т. П. Бинокулярная зрительная система при содружественном косоглазии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.08. – М., 1978. – 31 с.
2. Гаджиева, Н. Р. Анизометропия как основной фактор развития содружественного сходящегося косоглазия у детей до двух-летнего возраста / Н. Р. Гаджиева, Р. В. Гаджиев // Oftalmologiya. – 2011. – № 2–6. – С. 64–69.

УДК 616.155.194.18:616.155.294-07-085

**Е. Ф. Мицуря¹, Е. С. Тихонова¹, И. П. Ромашевская¹, С. А. Ходулева²,
А. Н. Демиденко¹, Е. В. Борисова¹**

¹Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Республика Беларусь

²Учреждение образования

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

ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ФИШЕРА-ЭВАНСА

Введение

Синдром Фишера – Эванса (СФЭ) представляет собой сочетание аутоиммунной гемолитической анемии (АИГА) и иммунной тромбоцитопении (ИТП), которые могут развиваться одновременно или последовательно, иногда сочетаются с иммунной нейтропенией. СФЭ встречается редко, однако может развиться в любом возрасте. Частота его встречаемости у взрослых и детей до сих пор достоверно не установлена. По данным литературы, СФЭ диагностируется с частотой 5–10 % среди взрослых пациентов с АИГА и 2–5 % – среди пациентов с ИТП [1, 2].

Классификация СФЭ включает первичный (идиопатический) и вторичный СФЭ, который развивается на фоне других заболеваний (инфекции, лимфопролиферативные заболевания, аутоиммунные заболевания, иммунодефицитные состояния, злокачественные новообразования). Более 70 % пациентов детского возраста с СФЭ имеют предрасполагающий иммунный дефект, хотя данная цифра может быть и заниженной с учетом реальных возможностей генетической диагностики [3]. Исследование ИТР-