синдром: тошнота и рвота отмечались у 11 (32,4 %) человек, изжога — у 6 (17,6 %), отрыжка — у 4 (11,8 %), послабляющий стул — у 3 (8,8 %). Вегетативный синдром (головные боли, эмоциональная лабильность, тахикардия) выявлен у 4 (11,8 %) детей.

Обследование на Нр-инфекцию проведено у 24 пациентов. Положительный результат на инфицированность Нр у 3 (12,5 %) человек (у 2 — методом ИФА, у 1 — Нр(+) — гистологическим методом).

У детей исследуемой группы наряду с эрозивным эзофагитом выявлены: аксиальная грыжа — у 4 (11,8 %); полип кардии — у 5 (12,8 %); хронический гастрит — у 28 (82,4 %); дуоденогастральный рефлюкс — у 13 (38,2 %); патология желчного пузыря — у 8 (23,5 %); кишечный дисбиоз — у 12 (35,3 %) человек.

Результаты эндоскопического метода исследования (ЭФГДС): эрозия пищевода более 5 мм в диаметре — у 3 (8,8 %) человек; до 5 мм — у 4 (11,8 %); до 3 мм — у 7 (20,6 %); единичные линейные эрозии — у 20 (58,8 %). По степени выраженности ГЭР с эзофагитом выделены следующие группы: А (зона поражения слизистой оболочки пищевода не более 5 мм в диаметре и ограничена складками слизистой оболочки, легкое течение) — 30 (88,2 %) детей; Б (один или несколько дефектов слизистой более 5 мм в диаметре, ограничены складками слизистой оболочки, среднетяжелое течение) — 4 (11,8 %) ребенка. При лечении использовались спазмолитики, прокинетики, антациды, ингибиторы протонной помпы, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов. Эрадикационная терапия проведена у 3 пациентов с Нр-инфекцией: у 2 человек — четырехкомпонентная схема (омепразол, кларитромицин, амоксициллин, де-нол), у 1 — трехкомпонентная (омепразол, кларитромицин, амоксициллин). Из физиотерапевтических процедур 5 (14,7 %) пациентов проходили сеансы ГБО; 10 (29,4 %) получали квч-терапию на нижнюю треть грудины; 19 (55,9 %) — лазеротерапию на эпигастральную область; 3 (8,8 %) — магнитотерапию на эпигастральную область; 3 (8,8 %) — озокерит-парафиновые аппликации на эпигастральную область; 6 (17,6 %) — электрофорез бромида натрия по Щербаку на шейно-воротниковую зону; 26 (76,5 %) — массаж шейно-воротниковой зоны; 5 (14,7 %) — ЛФК.

Выводы

Эрозивный эзофагит чаще диагностируется у городских мальчиков 13–15 лет. В клинической картине доминируют болевой абдоминальный и диспепсический синдромы. Более чем у половины детей наследственность по гастропатологии не отягощена. ГЭР с эзофагитом часто диагностируется у пациентов с хроническим антральным гастритом, Нр(-); эрозии пищевода в большинстве случаев — единичные линейные. ГЭР нередко сочетается с дуоденогастральным рефлюксом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Енгибарьянц, Г. В.* Болезни желудочно-кишечного тракта у детей / Г. В. Енгибарьянц. — СПб.: Феникс, 2013. — 186 с.
2. *Детские болезни: практ. пособие / под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко.* — Минск: ФУАинформ, 2013. — 896 с.
3. *Дронова, О. Б.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / О. Б. Дронова, И. И. Каган, А. А. Третьяков. — М.: Бино, 2014. — 192 с.

УДК 616.8-008.6-009.12-053.2

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНΙΑ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

Петушенко И. В., Фомченко Ю. П.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вегетативная дисфункция — комплекс функциональных расстройств, в основе которого лежит нарушение регуляции сосудистого тонуса вегетативной нервной системы.

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) по гипертоническому типу является проявлением нарушения вегетативной регуляции. Выражается повышением артериального давления, головными болями, которые зависят от физической нагрузки и усиливаются при ней, головокружением, учащенным сердцебиением, быстрой утомляемостью. В детстве частота встречаемости НЦД по гипертоническому типу колеблется в пределах 10–50 % в зависимости от возраста.

Известно, что вегетативная дисфункция может предшествовать стойкой хронической патологии взрослых: гипертоническая болезнь, ишемической болезни сердца и другим заболеваниям. Поэтому раннее выявление и коррекция вегетативных нарушений у детей является актуальной проблемой педиатрии.

Цель

Изучить частоту встречаемости и особенности клинического течения и диагностики нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу у детей.

Материал и методы исследования

Были проанализированы истории болезни детей, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы с октября 2017 г. по январь 2018 г. с диагнозом: Вегетативная дисфункция: нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу (G 90.8).

Результаты исследования и их обсуждение

За период с октября 2017 г. по январь 2018 г. в кардиоревматологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы было пролечено 30 детей с диагнозом вегетативная дисфункция: нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу. Из них 11 (36 %) девочек и 19 (64 %) мальчиков в возрасте от 7 до 16 лет. 28 (93 %) детей проживает в городе. Среди сопутствующих заболеваний у данных детей встречаются: МАРС: аномальная хорда левого желудочка — 22 (73 %), нарушения ритма сердца — 10 (33,3 %); хронический тонзиллит — 2 (7 %); хронический гастрит — 6 (20 %).

Оценка физического развития у данной группы детей: среднее гармоничное развитие было у 10 (33 %), выше среднего гармоничное — у 3 (10 %). Избыточная масса тела наблюдалась у 8 (27 %) детей.

Наследственность была отягощена у 2 (7 %) детей по артериальной гипертензии.

При поступлении состояние у всех детей расценивалось как средней степени тяжести.

Наиболее частыми жалобами при поступлении были: повышение артериального давления — у 27 (90 %) детей; головная боль — у 18 (60 %); эпизоды учащенного сердцебиения — у 7 (23 %); головокружения — у 7 (23 %); слабость — у 6 (20 %). Повышенное артериальное давление при поступлении (130/80 мм рт. ст. и выше) было у 18 (60 %) детей. Тахикардия наблюдалась у 9 (30 %).

Объективный осмотр: границы относительной сердечной тупости у всех детей были в норме. У 23 (77,7 %) детей выслушивается систолический шум в зоне Боткина и на верхушке сердца. При объективном осмотре патологии со стороны других органов не выявлено.

Всем детям был выполнен общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови. Общий анализ крови и мочи был в норме у всех детей.

В биохимическом анализе крови: у 1 (3 %) ребенка наблюдается повышение холестерина до 6,3 ммоль/л; у 7 (23 %) — повышение ЛПВП до 2,3 ммоль/л.

Из инструментальных методов исследования было проведено ЭКГ, СМАД, УЗИ сердца, исследование глазного дна, тредмил-тест, определение исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности, УЗИ щитовидной железы.

ЭКГ: у всех детей отмечается синусовый ритм, у 6 (20 %) синусовая аритмия. У 20 (67 %) — нормальное положение ЭОС, у 6 (20 %) вертикальное положение ЭОС, у 2 (7 %) горизонтальное.

По результатам ЭКГ были выявлены изменения у 18 (60 %) детей, среди них синдром укороченного интервала PQ отмечался у 10 (55,5 %), неполная блокада ПНПГ — у 6 (33 %), синдром ранней реполяризации и желудочков — у 1 (5,5 %), sv-экстрасистолия из АВ-узла — у 1 (5,5 %), СА-блокада 2 степени — у 1 (5,5 %) и эпизоды СА-блокады — у 1 (5,5 %).

СМАД было проведено 22 (73 %) детям. Из них у 14 (64 %) средние величины соответствуют стабильной артериальной гипертензии САД и лабильной ДАД, у 5 (23 %) лабильной гипертензии САД и ДАД, у 3 (13 %) соответствует нормотензии. Среднедневные величины соответствуют стабильной артериальной гипертензии САД и лабильной ДАД у 13 (59 %), лабильной гипертензии САД и ДАД у 7 (32 %) и нормотензии у 2 (9 %) детей.

УЗИ сердца (было проведено всем детям): у 17 (57 %) — наблюдается физиологическая регургитация на трехстворчатом клапане, у 12 (40 %) — на клапане легочной артерии, у 3 (10 %) — на митральном клапане. У 21 (70 %) пациента наблюдаются аномальные хорды левого желудочка. У 4 (13 %) — УЗИ сердца в норме. Исследование глазного дна (у всех детей): у 26 (87 %) детей изменение в глазном дне не выявлено.

Оценка вегетативного статуса детей с НЦД по гипертоническому типу: проводилась с определением исходного вегетативного тонуса (ИВТ), вегетативной реактивности, вегетативного обеспечения деятельности. Нормотонический ИВТ отмечался у 24 (80 %), симпатикотонический ИВТ — у 1 (3 %), ваготонический — у 5 (17 %). Вегетативная реактивность у большинства детей — 19 (63 %) была гиперсимпатикотонической, у 9 (30 %) детей — нормотонической, у 2 (7 %) детей — асимпатикотонической.

Тредмил-тест был проведен 26 (87 %) детям. Были получены следующие результаты:

- Толерантность к физической нагрузке: высокая у 2 (8 %), средняя — у 20 (77 %), ниже среднего — у 3 (11 %) и низкая — у 1 (4 %).

- Вегетативное обеспечение деятельности: нормальное — у 16 (61 %) детей, гиперсимпатический тип — у 8 (31 %), асимпатикотонический — у 2 (8 %).

- Всем детям проводилась кардиотрофная терапия. Гипотензивные препараты назначались 18 (60 %) детей. Физиотерапию получали все дети (электрофорез с бромом на воротниковую зону, ИМТ на воротниковую зону и массаж воротниковой зоны).

- Средняя длительность пребывания 15 дней. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы

НЦД по гипертоническому типу является наиболее частым проявлением вегетативной дисфункции у детей с высоким физическим развитием. Характеризуется лабильным артериальным давлением, гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью, с преобладающими жалобами на головную боль, головокружение, сердцебиение.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Л. М.* Функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы у детей / Л. М. Беляева, Е. К. Хрусталева. — Минск: Амалфея, 2000. — 208 с.
2. *Ивкина, С. С.* Синдром вегетативной дисфункции (СВД): метод. рекомендации / С. С. Ивкина. — Гомель, 2004. — 24 с.

УДК 616.002.364-06-089-097.3: 615.03

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Петушкова А. А., Дубина А. В.

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

Учреждение образование

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

На фоне роста заболеваемости стрептококковыми инфекциями, наблюдаемого во всем мире, проблема рожистого воспаления приобретает особое значение ввиду широкого распространения, роста числа тяжелых форм, склонности к рецидивам и частого развития неблагоприятных последствий, присущих данному заболеванию и влекущих за собой значительный экономический и социальный ущерб. По выборочным данным, заболеваемость