

вождаются осложнениями — формирование контрактур, патологических позовых положений, деформаций суставов и конечностей, требующих хирургической коррекции.

### **Выводы**

Коморбидность осложненная и сопутствующая у детей с ДЦП нуждается в уточнении последовательности развития путем расширения методик клинического и инструментального обследования. Проблема ДЦП остается актуальной в связи с развитием ранней детской инвалидности и необходимости проведения постоянной реабилитации детей с данной патологией. ДЦП чаще развивается среди детей от матерей с отягощенным акушерским и соматическим анамнезом. Форма и степень тяжести ДЦП оказывают значительное влияние на формирование БЭН, при которой отмечаются выраженные изменения белково-липидного обмена, что диктует необходимость ранней коррекции метаболических нарушений для предотвращения запуска необратимых обменных процессов. Эпилепсия, как сопутствующая или осложненная в диагнозе, требует углубленного поиска причин. Тяжелое органическое поражение ЦНС сопровождается формированием мышечных контрактур, деформации крупных суставов, требующих проведения хирургической коррекции.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Детский церебральный паралич — актуальное обозрение / Т. Т. Батышева [и др.] // Доктор. Ру. — 2012. — № 5 (73). — С. 40–43
2. Ситникова, Е. П. Белково-энергетическая недостаточность у детей с детским церебральным параличом / Е. П. Ситникова, И. А. Леонтьев, Н. Г. Сафонова // Вопросы детской диетологии. — 2016. — Т. 14, № 2. — С. 24–28.
3. Kuperminc, M. N. Growth and nutrition disorders in children with cerebral palsy / M. N. Kuperminc, R. D. Stevenson // Dev Disabil Res Rev. — 2008. — Vol. 14 (2). — P. 137–146/
4. Relationship of nutritional status to health and societal participation in children with cerebral palsy / L. Samson-Fang [et al.] // J Pediatr. — 2002. — № 14. — P. 637–643.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

**УДК 616.72-002.77-036.82-053.2(476.2)**

## **МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»**

*Бубневич Т. Е.*

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) — иммунопатологический процесс с системным поражением суставов. Данное заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, однако своевременно начатое лечение и ранняя реабилитация позволяют стабилизировать воспалительный процесс, сохранить функцию суставов и тем самым улучшить качество жизни [1, 2].

Ранняя реабилитация проводится в стационаре. Назначаются патогенетическая и симптоматическая терапия ЮРА.

Поздняя реабилитация осуществляется в многопрофильном отделении УЗ «ГОДКБМР» на основании Приказа МЗ РБ от 18.02.2011 № 172 «Об утверждении протоколов медицинской реабилитации детей». Используются микроволновая терапия, ультразвук на суставы, диадинамические токи на суставы и рефлексогенные зоны, ЛФК, массаж.

При восстановительном лечении используются курортные факторы лечения, среди которых преобладают тепловые процедуры (парафин, озокерит, горячий песок, грязи) и другие факторы (ближний туризм, подвижные игры, танцы). При ограничении движений в суставах показаны механотерапия, ЛФК, массаж, бальнеотерапия в виде хлоридных, радоновых ванн [1, 2, 3].

### **Цель**

Проанализировать комплекс проводимых реабилитационных мероприятий на базе многопрофильного отделения УЗ «ГОДКБМР» детям и подросткам с ЮРА.

### **Материал и методы исследования**

Работа основана на результатах наблюдения 35 детей с ЮРА (17 мальчиков и 18 девочек) в возрасте от 2 до 16 лет, поступивших в многопрофильное отделение УЗ «ГОДКБМР», с целью проведения медицинской реабилитации. Период наблюдения — январь-декабрь 2017 г. Всем детям проводилось обследование и реабилитационные мероприятия согласно Приказу МЗ РБ от 18.02.2011 г. № 172 «Об утверждении протоколов медицинской реабилитации детей». Курс реабилитационных мероприятий составил 14–21 день.

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

Выборку составляют 17 (48,6 %) мальчиков и 18 (51,4 %) девочек с моноартикулярным вариантом ЮРА — 10 (28,6 %) детей, с олигоартикулярным — 17 (48,6 %) детей, с полиартикулярным — 8 (22,8 %). Возрастной состав: 2–7 лет — 9 (25,7 %) детей, 8–11 лет — 10 (28,6 %) детей, большинство — в возрасте 12–16 лет — 16 (45,7 %) детей. Физическое развитие у большинства детей высокое гармоничное — 19 (54,3 %), среднее гармоничное — 6 (17,1 %), низкое дисгармоничное — 10 (28,6 %) детей.

Всем детям в многопрофильном отделении проводилась активная кинезотерапия (щадящий, тренирующий режимы). ЛФК (индивидуальные, малогрупповые занятия) прошли 35 (100 %) детей. Активно-пассивные упражнения, направленные на разработку контрактур (индивидуально) — 8 (22,8 %) детей. Занятия на тренажерах общего типа — 21 (60 %) ребенок. Пешеходные прогулки, дозированная ходьба (в щадяще-тренирующем режиме) проводилась всем детям — 35 (100 %) человек.

Пассивная кинезотерапия назначалась всем детям. Массаж (после тепловых процедур и до начала физических упражнений): классический, рефлекторный (сегментарный, точечный) получили 34 (97 %) ребенка. Механотерапия назначалась 6 (17,1 %) детям.

Физиотерапия проводилась всем детям (не более 3 процедур за курс). Теплолечение: парафино-озокеритолечение (дошкольникам и младшим школьникам одновременно на два симметричных сустава, подросткам — четыре) получили 12 (34,3 %) детей. Светолечение (Биоптрон): 10 (28,6 %) детей. Электротерапия: лазеро-магнотерапия проводилась 25 (71,4 %) детям. Ароматерапия назначалась всем детям.

Медикаментозная терапия (базисная патогенетическая терапия: цитостатические, стероидные и нестероидные противовоспалительные препараты, симптоматическая терапия) проводилась всем детям.

Психотерапевтическая коррекция (индивидуальная и групповая) проводилась всем детям с данной патологией.

Все дети в возрасте с 6 лет прошли обучение в школе здоровья.

На фоне проводимых мероприятий отмечалось улучшение клинико-лабораторных, антропометрических показателей, повышение двигательной активности, уменьшение ограничения жизнедеятельности (в пределах ФК) у 33 (94,3 %) детей. 2 (5,7 %) ребенка госпитализированы в профильное отделение У «ГОДКБ» в связи с обострением заболевания на фоне острой респираторной патологии и выраженностью суставного синдрома.

### **Выводы**

Планы реабилитационных мероприятий разработаны индивидуально для детей и подростков с ЮРА. Реабилитационные мероприятия проведены в соответствии с рекомендациями и на основании Приказа МЗ РБ от 18.02.2011 г. № 172 «Об утверждении протоколов медицинской реабилитации детей».

Ближайший результат реабилитационных мероприятий оценен по окончании курса. У большинства детей отмечались улучшения показателей в пределах ФК. Адекватное комплексное лечение помогает приостановить прогрессирование болезни, предотвратить деформацию суставов, улучшить качество жизни больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Л. М.* Болезни суставов у детей: метод. пособие / Л. М. Беляева, И. Д. Чижевская. — Минск: ДокторДизайн, 2015. — 112 с.
2. Ювенильный артрит: клинические рекомендации для педиатров. Детская ревматология / под ред. А. А. Баранова, Е. И. Алексеевой // Науч. центр здоровья детей РАМН, Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова. — М.: ПедиатрЪ, 2013. — 120 с.
3. *Орлова, Е. В.* Эффективность индивидуальной программы реабилитации больных ревматоидным артритом / Е. В. Орлова, Д. Е. Каратеев, В. Н. Амирджанова // Научно-практическая ревматология. — 2012. — Т. 50, № 1. — С. 45–53.

УДК 616.24-002:616.98:578.828 Н1У

### ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

*Буйневич И. В.<sup>1</sup>, Бондаренко В. Н.<sup>1</sup>, Майсеенко В. И.<sup>1</sup>, Шебушева Т. Т.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Клиническая манифестация ВИЧ-инфекции проявляется поражением различных органов и систем [1]. Чаще всего поражаются легкие (до 60 %) [2]. Пневмонии различного генеза являются самым распространенным заболеванием у пациентов с ВИЧ-инфекцией [3]. По мере усугубления иммунодефицита риск ее развития возрастает. Поэтому рецидивирующая тяжелая пневмония, возникающая более 2-х раз за последние 12 месяцев наблюдения относится к ВИЧ-индикаторным заболеваниям.

Бактериальная пневмония у ВИЧ-инфицированных пациентов характеризуется быстрым прогрессированием и значительной частотой осложнений [1].

#### **Цель**

Анализ клинико-anamnestических и лабораторно-инструментальных данных у ВИЧ-инфицированных пациентов с пневмонией.

#### **Материал и методы исследования**

Проанализированы медицинские карты стационарных пациентов, лечившихся в пульмонологических отделениях учреждения «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница» в 2017 г. по поводу внебольничной пневмонии. В 1-ю группу были включены пациенты, живущие с ВИЧ-инфекцией (55 человек). Пациенты ВИЧ-негативные составили 2-ю группу (46 человек). В 1-й группе было 29 мужчин и 26 женщин в возрасте от 24 до 67 лет (в среднем  $39,9 \pm 8,8$  лет). Преобладали пациенты в возрасте от 30 до 40 лет (54,5 %). Во 2-й группе — 26 мужчин и 20 женщин от 18 до 78 лет (средний возраст  $50,26 \pm 16,4$  лет). У всех пациентов 1-й группы установлена 3 и 4 стадия ВИЧ-инфекции (по классификации ВОЗ 2012 г.а). Количество лимфоцитов CD4+ составило от 60 до 1549 в 1 мкл.

Статистический анализ проведен при помощи программного пакета «Statistica 12.5» с использованием методов описательной статистики. Для относительных значений определялся 95% доверительный интервал (95% ДИ min-max) методом Клоппера — Пирсона. Абсолютные величины представлены в виде  $M \pm SD$ .

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

Острое начало заболевания отмечено у 29 пациентов (52,7 %; 35–70) 1-й группы и у 35 пациентов (76 %, 56,6–90) 2-й группы ( $\chi^2 = 1,310$ ,  $p > 0,05$ ). Подострое развитие пневмонии наблюдалось у 25 человек 1-й группы (45,4 %; 28,3–63,4) и у 11 (23,9 %; 10–43,3) 2-й группы ( $\chi^2 = 2,454$ ,  $p = 0,118$ ) У 1 ВИЧ-положительного пациента пневмония протекала бессимптомно, изменения в легких были выявлены при очередном рентгенофлюорографическом обследовании.

Все пациенты обеих групп предъявляли жалобы на кашель и слабость, потливость. Одышку отмечали 44 человек (80 %; 62,9–91,6) в 1-й группе и 22 человека (47,8 %; 28,9–67,2)