

3. При составлении рекомендаций в отношении двигательного режима детей с АН необходимо соблюдать индивидуальный подход с учетом клинических и функционально-диагностических особенностей ССС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lifetime prevalence of congenital heart disease in the general population from 2000 to 2010 / A. J. Marelli [et al.] // *Circulation*. — 2014. — № 130(9). — P. 49–56.
2. *Hoffman, J. I.* Prevalence of congenital heart disease / J. I. Hoffman, S. Kaplan, R. R. Liberthson // *Am Heart J*. — 2004. — № 147 (3). — P. 25–39.
3. *Белоконь, Н. А.* Болезни сердца и сосудов у детей: рук-во для врачей: в 2 т. / Н. А. Белоконь, М. Б. Курбергер. — М.: Медицина, 2007. — Т. 1. — С. 118–132.

УДК 616-053.2-009.12-009.87-072.7

ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ У ДЕТЕЙ: ФУНКЦИОНАЛЬНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Скуратова Н. А., Гендрусева К. В., Ковалева К. Г.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Фебрильные судороги (ФС) — это пароксизмы различной продолжительности, которые протекают преимущественно в виде тонических или тонико-клонических припадков в конечностях и возникают у детей грудного, раннего и дошкольного возраста, при температуре тела не менее 37,8–38,5 °С (за исключением судорог, индуцированных инфекциями ЦНС), с вероятной трансформацией впоследствии в афебрильные судороги и эпилепсию [1].

Актуальным является определить лабораторные показатели, а также результаты инструментальных исследований у детей на фоне фебрильных судорог.

Цель

Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов исследования у детей с ФС.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 31 истории болезни детей в возрасте от 7 месяцев до 6 лет, находящихся на обследовании и лечении в инфекционных отделениях У «Гомельская государственная областная детская клиническая больница» по поводу фебрильных судорог. У пациентов был проведен общий анализ крови (ОАК) с оценкой уровня гемоглобина (Hb), эритроцитов (Er), лейкоцитов (Le), биохимический анализ крови с оценкой электролитов (натрий (Na), кальций (Ca), хлор (Cl), калий (K)), электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ). Статистическая обработка данных проводилась при помощи методов описательной статистики, критерия Стьюдента с оценкой средних значений и ошибки ($M \pm m$).

Результаты исследования и их обсуждение

У 3 (9,68 %) детей отмечались явления анемии (Hb менее 110 г/л). У 28 (90,32 %) детей Hb был в норме. Воспалительные изменения в ОАК в виде лейкоцитоза, сдвига лейкоцитарной формулы влево наблюдались у 10 (32,26 %) человек, а у 21 (67,74 %) ребенка воспалительных изменений

не выявлено. 24 (77,42 %) детям проводился биохимический анализ крови, оставшимся 7 (22,58 %) не проводился. У 1 (4,17 %) ребенка наблюдалась гипернатриемия, у 5 (20,83 %) детей — гиперхлоремия, у 1 (4,17 %) ребенка — гипохлоремия, у 3 (12,5%) детей — гипокальциемия, у 14 (58,33 %) детей электролитный состав в норме. У 15 (48,39 %) детей ЭКГ была проведена, у 16 (51,61 %) человек ЭКГ не была проведена. Из 15 (48,39 %) детей, у которых проводилась ЭКГ, у 12 (80 %) детей были зарегистрированы нарушения ритма и проводимости, а также у 3 (20 %) детей наблюдались не резко выраженные диффузные изменения в миокарде. Нормальная ЭКГ регистрировалась у 2 (13,33 %) детей. У 15 (48,39 %) детей ЭЭГ была проведена, у 16 (51,61 %) человек ЭЭГ не была проведена. Ни у одного из обследованных детей (0 %) эпилептиформная активность не была выявлена. В 10 (66,67 %) случаях выявлен десинхронный тип ЭЭГ, а в 5 (33,33 %) случаях — дезорганизованный тип ЭЭГ. При статистическом расчете количественных показателей ОАК среднее значение Hb составило $120,45 \pm 1,39$ г/л, Eг — $4,55 \times 10^{12} \pm 0,06$ /л. При статистическом расчете количественных показателей биохимического анализа крови среднее значение К составило $4,44 \pm 0,08$ ммоль/л, Са — $2,18 \pm 0,07$ ммоль/л, Сl — $106,04 \pm 0,67$ ммоль/л, Na — $141,15 \pm 0,61$ ммоль/л.

Выводы

У 9,68 % детей с ФС отмечались проявления анемии в ОАК. Воспалительные изменения в ОАК в виде лейкоцитоза, сдвига лейкоцитарной формулы влево были выявлены у 1/3 детей. При анализе электролитного состава крови у большинства детей показатели были в норме, но в единичных случаях у детей имели место гипернатриемия, гипохлоремия, у 5 (20,83 %) обследуемых — гиперхлоремия и у 3 (12,5 %) детей — гипокальциемия. При анализе ЭКГ у большинства детей были обнаружены нарушения ритма и проводимости, а у 1/5 детей — не резко выраженные диффузные изменения в миокарде. По данным ЭЭГ у обследуемых детей с ФС эпилептиформная активность выявлена не была, однако в большинстве случаев регистрировался десинхронный тип ЭЭГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фебрильные судороги у детей: теоретические и практические аспекты / В. М. Студеникин [и др.] // Вопросы практической педиатрии. — 2010. — Т. 5, № 2. — С. 66-74.

УДК 616-053.2-009.12-009.87-071.1-08

ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ В ПЕДИАТРИИ: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Скуратова Н. А., Гендрусева К. В., Ковалева К. Г.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Фебрильные судороги (ФС) — возрастзависимые судороги младенческого и детского возраста (от 6 месяцев жизни до 5 лет, в некоторых источниках литературы — до 6 лет), ассоциированные с лихорадкой. При