

4. Болезни рыб. Справочник. — 2-е изд. — М: Агропромиздат, 1989.
5. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 3.2.1333-03 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации».

УДК:616.72-002.77-053.2-053.6(476.2)
ЮВЕНИЛЬНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Скоморох М. В.

Научный руководитель: ассистент Т. Е. Бубневич

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

Введение

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) — хроническое воспалительное заболевание суставов у детей до 16 лет с неизвестной этиологией и сложным патогенезом, характеризующееся неуклонно прогрессирующим течением и сопровождающееся у некоторых больных вовлечением внутренних органов, нередко заканчивающееся инвалидизацией [1]. Среди системных заболеваний соединительной ткани ЮРА занимает по распространенности первое место. Заболевание наблюдают в различных регионах земного шара с частотой от 0,05 до 0,6 % в популяции. Первичная заболеваемость также колеблется в значительных пределах, составляя от 6 до 19 случаев на 100 тыс. детского населения [2].

Цель

Изучить структуру заболеваемости ЮРА, возраст манифестации, особенности клинического течения, лабораторно-инструментальных данных, эффективность проводимой терапии, побочные эффекты базисной терапии.

Материалы и методы исследования

Работа основана на результатах выкопировки данных из историй болезни стационарных пациентов (анамнез, объективное исследование, клинично-инструментальное и лабораторное обследования) детей и подростков (37 девочки и 24 мальчика) в возрасте от 1 до 17 лет, проживающих в г. Гомеле и Гомельской области. В исследование включены дети с ЮРА, поступившие в кардиоревматологическое отделение УЗ «ГОДКБ» с целью обследования, постановки диагноза, выбора тактики лечения за период с января 2010 г. по декабрь 2011 г. Всем детям проводилось комплексное обследование, включающее клинично-анатомический метод обследования, физикальное исследование, осмотр невролога, офтальмолога, эндокринолога, ЛОР-врача (по показаниям), функциональные методы исследования: ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ внутренних органов, суставов, рентгенологическое обследование.

Результаты и их обсуждения

По данным нашей выборки, 44 ребенка поступали первично, 17 детей — повторно. В выборку включено: 39,3 % (24 мальчика), 60,7 % (37 девочек). Среди повторно поступивших девочки составили 70,6 % (12 человек), мальчики — 29,4 % (5 человек). По нашим данным наибольшая уязвимость в отношении обострения ЮРА приходится на период пубертата: 41 % (25 детей) от 12 до 17 лет, 16,4 % (10 человек) в возрасте 15 лет. Чаще всего дебют заболевания отмечался в возрасте 3–6 лет — 59,9 % (26 детей), из них девочки 61,5 % (16), мальчики 38,5 % (10), что соответствует литературным данным, которые также указывают на преимущественную манифестацию ЮРА в дошкольном возрасте [1]. 31,8 % (14 детей) заболело в возрасте 6–12 лет, 8,3 % (4 подростка) старше 12 лет. Больше всего ЮРА у детей регистрируется в г. Гомеле и Гомельском рай-

оне 45 % (20 детей), что связано с большей численностью детского населения. Анализ клинической картины показал, что у 86,4 % (38 детей) наблюдалась суставная форма [1], из них 60,5 % (23) девочки и 39,5 % (15) мальчики; суставно-висцеральная форма 9,1 % (4 ребенка), из них 75 % (4) мальчики и 25 % (1) девочки; системная форма (системный васкулит, серозит, висцерит) 4,5 % (2 ребенка), из них 50 % мальчики (1) и 50 % (1) девочки. Monoартрит наблюдался у 19,6 % (12 человек), олигоартрит у 24,6 % (15), полиартрит у 55,8 % (34) детей. По данным выборки чаще всего выявлялись иммунологически серонегативный вариант течения ЮРА — 93,2 % (41), серопозитивный — 6,8 % (3) ребенка [2]. По течению ЮРА чаще наблюдалось медленно прогрессирующее — 40,3 % (18 детей), быстро прогрессирующее — 36,4 % (16 детей), без заметного прогрессирования — 22,7 % (10 детей). По степени активности: средняя — 47,7 % (21), низкая — 36,4 % (16), высокая — 15,9 % (7) человек. Рентгенологически 0 стадия — 52,3 % (23 человека), 1 стадия — 23,5 % (13 человек), 2 стадия — 13,6 % (6 человек), 3 стадия — 4,5 % (2 человека). В ходе исследования преобладало нарушение функции 1 степени — 65,9 % (29 детей), 0 степени — 27,3 % (12 детей), 2 степени — 6,8 % (3 ребенка), 3 степени — не выявлено. По результатам обработанных данных 51,4 % детей, поступивших в 2010 г. для стационарного лечения, являлись инвалидами; в 2011 г. — 57,1 %. При поступлении в стационар предъявляли жалобы 93,2 % (41 человек): артралгия — 88,6 % (39 детей), ограничение движений — 75 % (33 ребенка), утренняя скованность — 43,2 % (19 детей), нарушение походки — 34,1 % (15 детей), лихорадка — 13,6 % (6 детей). Анализ данных по вовлечению в патологический процесс суставов показал, что коленные суставы поражались у 90,9 % (40 детей), голеностопные — 43,2 % (19 детей), локтевые — 25 %, межфаланговые — 22,7 %, лучезапястные — 22 %, тазобедренные — 16 %, плюснефаланговые — 11,4 %. В ходе лабораторного обследования воспалительные изменения в ОАК выявлены у 77 % (47 детей), в Б/хАК — 67 % (41 человек), ЦИК — 82 % (50 детей). УЗИ суставов выявил бурсит в 11,5 % (7 детей). По результатам УЗИ внутренних органов выявлена гепатомегалия в 27,9 % (17 детей), гепатоспленомегалия в 6,6 % (4 ребенка), жировой гепатоз в 3,3 % (2 ребенка). По результатам ЭХО-КГ МАС выявлен в 13,1 % (8 детей); регургитация на ТК у 9,8 % (6 детей), на МК у 6,6 % (4 ребенка), на АК у 4,9 % (3 ребенка). По данным терапии НПВС получали 78,7 % (48 детей); ГКС (преднизолон) парентерально, назначались 30 детям в дозе от 2 до 6 мг/кг, перорально (метилпреднизолон) — 57,4 % (35 детей) в дозе от 0,2 до 0,5 мг/кг, внутрисуставно (кеналог, дипроспан) — 16,4 % (10 детей); цитостатики (метотрексат) назначались в 45,9 % (28 детей) в дозе от 5 до 20 мг/нед. Комбинация препаратов базисной терапии позволяет добиться контроля над заболеванием, снизить риск выхода на инвалидность [2]. 98,4 % (60 детей) выписано из стационара с положительной динамикой, 1,6 % (1 ребенок) с отрицательной динамикой, переведен в Минск для дальнейшего лечения. Оценка физического развития была проведена путем сравнения антропометрических данных со стандартами. Из 44 детей дисгармоничное физическое развитие выявлено у 30 детей (68,2 %): ИМТ 2 ст. — 27,3 % (12 детей), ИМТ 1 ст. — 25 % (11 детей), ДМТ 1 ст. — 9,1 % (4 человека), ДМТ 2 ст. — 6,8 % (3 ребенка). Побочные действия терапии ЮРА выявлены у 31,8 % (14 детей): анемия — 15,9 % (7 детей), гиперкортицизм — 9,1 % (4 ребенка), задержка физического развития — 6,8 % (3 ребенка).

Выводы

1. Наибольшая заболеваемость ЮРА наблюдалась в возрастной категории 12–17 лет.
2. Дебют ЮРА пришелся на возраст 3–6 лет.
3. В клинико-анатомической характеристике преобладает суставная форма ЮРА, без поражения глаз, серонегативный вариант, средняя степень активности, рентгенологически 0 степень, медленно прогрессирующее течение, нарушение функции 1 степени.

4. Большинство детей предъявляли жалобы на боль и ограничение движений в пораженных суставах.

5. У большинства детей были выявлены воспалительные изменения в ОАК, Б/хАК, ЦИК.

6. У большинства детей в ходе обследования поражения внутренних органов не выявлено.

7. В базисной терапии ЮРА использовались цитостатики, глюкокортикоиды, НПВС. Динамика лечения практически всех детей была положительная.

8. Большинство детей имели дисгармоничное физическое развитие, чаще избыток массы тела 1 и 2 степени.

9. Наиболее частыми осложнениями базисной терапии ЮРА были анемия легкой степени, экзогенный гиперкортицизм, задержка физического развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Л. М.* Сердечно-сосудистые заболевания детей и подростков / Л. М. Беляева, Е. К. Хрусталева. — Минск: Высшая школа, 2003. — 230 с.

2. *Баранов, А. А.* Детская ревматология / А. А. Баранов. — М.: Медицина, 2002. — 200 с.

УДК 614.825

ПОРАЖЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Слижова О. Э., Скороход А. С.

Научный руководитель: преподаватель С. А. Савчанчик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель Республика Беларусь

Введение

Частота поражений от ударов электрическим током в развитых странах составляет 2–3 случая на 100 тыс. населения. Ожоги электричеством по частоте среди ожогов от других причин составляют 2–3 %, но несмотря на это часто являются причиной инвалидности, а в некоторых случаях и смерти, что ставит их на одно из первых мест по значимости. Электротравмы наиболее часто возникают у лиц молодого и трудоспособного возраста: электриков, строителей и рабочих различных специальностей в силу их профессиональной деятельности, а также у подростков и детей, не имеющих порой достаточных знаний об опасности действия тока вследствие неосторожного обращения.

Проблема электрической травмы, за исключением поражений молнией, стала актуальной сравнительно недавно. На сегодняшний день постоянное увеличение количества источников электроэнергии, связанное с развитием научно-технического прогресса, безусловно, повышает уровень комфортности жизни, но вместе с тем обуславливает стабильность частоты возникновения электротравм и электроожогов. Поражение электрическим током вызывает глубокие функциональные изменения центральной нервной системы, дыхательной и сердечно-сосудистой системы. Тяжесть и исход поражения электрическим током зависят от его физических параметров, условий, при которых произошла электротравма и общего состояния организма.

Цель

Целью данной работы было рассмотреть тяжесть воздействия электрического тока и осложнения с целью оптимизации оказания помощи пострадавшим.

Материалы и методы

Были проанализированы данные литературы о лечении и диагностики пострадавших от электрического тока при чрезвычайных ситуациях.