

ковины — 0,5 м, при выписке — 1,5 м. При поступлении и при выписке разговорная речь слева — 6 м.

Лечение: кавинтон, парацетам, эмоксипин, витамины В₁, В₆, кофеин-новокаиновая блокада, бетагистин, дексаметазон, ксилин, винпоцетин, цефепимид, метронидазол, алеркапс, амброксол.

Физиотерапевтическое лечение: сложные ингаляции с фурацилином через нос, гипербарическая оксигенация.

Выводы

Пациентке рекомендовано хирургическое лечение в установленном порядке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин, И. А. Гломусная опухоль (параганглиома) уха. Современное состояние проблемы / И. А. Аникин, М. В. Комаров // Российская оториноларингология. — 2010. — № 4. — С. 38–39.
2. Мустафин, Х. А. О лечении гломусных опухолей с интракраниальным ростом / Х. А. Мустафин // Нейрохирургия и неврология Казахстана. — 2012. — № 1. — С. 17–20.

УДК 616.72-002.77

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ

Панфиленко А. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, г. Гомель

Введение

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) — хроническое системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего полиартрита. Воспалительный процесс, характерный для ЮРА, продолжается многие годы и носит характер аутоиммунного воспаления.

Клинические проявления ЮРА весьма разнообразны и зависят от множества факторов: возраста ребенка, наследственности, пола, исходного состояния иммунной системы, своевременной диагностики и т. д. Основными клиническими проявлениями болезни являются поражение суставов.

В последние годы отмечается рост частоты встречаемости артритов у детей. ЮРА характеризуется агрессивным течением и приводит к ранней инвалидизации, а также большому количеству осложнений.

Цель

Выявление особенностей течения ЮРА и его лечения у детей, проживающих на территории Гомельской области.

Материал и методы исследования

В ходе работы было проанализировано 66 медицинских карт детей, которые находились в кардиоревматологическом отделении ГОДКБ в 2016 г., при этом 10 (15,2 %) детей были госпитализированы 2 раза, 3 (4,5 %) ребенка — 3 раза.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего в стационаре пролечено 50 детей. Из них 30 (60 %) девочек и 20 (40 %) мальчиков, распределившихся по возрастным группам следующим образом: 5 (10 %) — дети до 5 лет, 16 (32 %) — от 5 до 10 лет, 29 (58 %) детей — старше 10 лет. Длительность госпитализации составила более 14 дней у большинства детей — 38 (57,6 %).

Большинство детей (40 (80 %)) являются жителями городов.

У 42 (84 %) детей диагностирована преимущественно суставная форма, в том числе ЮРА с поражением глаз 3 (7,1 %), суставно-висцеральная была выставлена 8 (16 %) детям.

При этом поражение одного сустава — моноартрит наблюдалась в 8 (16 %) случаях, у 17 (34 %) детей отмечался полиартрит, у 21 (42 %) ребенка — олигоартрит. При оценке степени активности заболевания I степень выявлена у 25 (50 %) детей, II степень — у 18 (36 %) детей, III степень — у 7 (14 %) детей.

Течение заболевания у 23 (46 %) детей оценено как медленно прогрессирующее, а у 27 (54 %) детей как быстро прогрессирующее. Нарушение функций I степени выявлено у 39 (78 %) детей и у 11 (22 %) — нарушение функций II степени.

Всем детям провели оценку физического развития. У 30 (60 %) детей физическое развитие было среднее гармоничное, у 6 (12 %) детей — выше среднего гармоничное, у 4 (8 %) — выше среднего дисгармоничное, у 3 (6 %) детей — физическое развитие среднее дисгармоничное, 4 (8 %) ребенка — с низким гармоничным физическим развитием, у 3 (6 %) детей — низкое дисгармоничное физическое развитие.

Основные жалобы при поступлении детей в стационар: боль в суставах наблюдалась у 38 (76 %) детей, утренняя скованность — у 13 (26 %) детей, отечность суставов — у 26 (52 %) детей, нарушение походки и в том числе хромота — у 4 (8 %) детей, ограничение движений — у 19 (38 %).

Всем пациентам были проведены лабораторные исследования. В общем анализе крови отмечались анемия — у 10 (20 %) детей, повышение СОЭ — у 25 (50 %) детей (максимальное зафиксированное значение — 64 мм/ч), лейкоцитоз — у 36 (72 %) детей (максимальное значение — $20,5 \times 10^9/\text{л}$). В биохимическом анализе крови повышение С-реактивного белка у 48 (96 %) детей (максимальное значение — 93,3 мг/л), отмечалось повышение серогликоидов у 30 (60 %) детей (максимальное значение — 1,01 ед.).

Каждому пациенту был проведен анализ крови на циркулирующие иммунные комплексы, превышение допустимых норм выявлено у 47 (71 %) детей, максимальное значение — 281 ед.

Всем детям было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости: гепатоспленомегалия выявлена — у 10 (20 %) детей, фиксированный изгиб желчного пузыря — у 11 (22 %) детей, диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы — у 6 (12 %) детей.

УЗИ суставов было проведено 42 (84 %) детям. У 10 (23,8 %) детей был определен выпот в полости сустава, бурсит — у 8 (19 %) детей, утолщение синовиальной оболочки — у 6 (14,3 %) детей, у 6 (14,3 %) детей обнаружена киста Бейкера.

По результатам рентгенологического исследования суставов I стадия была выставлена 19 (38 %) детям, II стадия — 9 (18 %) детям, III стадия — 2 (4 %) детям. При этом у 20 (40 %) детей рентгенологически изменений суставов не выявлено.

Офтальмологическое обследование пациентов показало наличие ревматоидного увеита, а так же дистрофии роговицы и помутнение хрусталика у 3 (6 %) детей.

Все дети получали базисную терапию в виде метотрексата и фолиевой кислоты, так же 35 (70 %) детей получали преднизолон. В качестве сопроводительной терапии дети получали кальций-Д3-никомед, гефал, омега-3, интерферон, антибактериальные препараты.

У 7 детей с тяжелым течением полиартикулярного варианта ЮРА использовались генно-инженерные биологические препараты Актемра и Хумира. На время введения данных препаратов дети госпитализировались в стационар. Длительность применения у 2 детей составила 2 года, 5 детей получают генно-инженерную терапию в течение года. Назначение биологических препаратов у всех детей сочеталось с назначением метотрексата. Выраженных побочных эффектов при введении препаратов не наблюдалось. По результатам клинического и лабораторного обследования у всех детей, получавших генно-инженерные препараты отмечалась положительная клиническая динамика, нормализация лабораторных показателей. Все дети были выписаны с улучшением.

Выводы

Таким образом, ЮРА встречается чаще у девочек. При поступлении преобладали жалобы на боль, отечность суставов, утреннюю скованность. Чаще отмечалась суставная форма, поли- и олигоартрит, быстро прогрессирующее течение, активность I степени. Лечение детей с ЮРА требует длительной базисной терапии. Применение препаратов генной инженерии способствует снижению активности процесса, улучшает качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Л. М.* Педиатрия. Курс лекций / Л. М. Беляева. — М.: Мед. лит., 2011. — 568 с.
2. Ювенильный артрит: клинические рекомендации для педиатров. Детская ревматология / под ред. А. А. Баранова, Е. И. Алексеевой. — М.: Педиатр, 2013. — 120 с.
3. *Сикорский, А. В.* Детские болезни: практ. пособие / А. В. Сикорский; под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. — Минск: ФУАинформ, 2013. — 896 с.

УДК 616.831-001.31

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РИСКОМ ИНВАЛИДИЗАЦИИ

Парталян К. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *П. Н. Ковальчук*

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

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в течение многих лет является причиной инвалидности и смертности трудоспособного населения во многих экономически развитых странах. Одновременно в странах Западной Европы, США, Канаде, Австралии в течение последних десятилетий наметилась устойчивая тенденция к снижению смертности от данного заболевания, резко отличаясь от ситуации в России и Республике Беларусь, где наблюдается рост этого показателя. В Российской Федерации почти 10 млн трудоспособного населения страдают ИБС, более трети из них имеют стабильную стенокардию [1, 2].

Американская Ассоциация сердца (American Heart Association — АНА) обосновала, что программы кардиологической реабилитации должны содержать многофакторные и многоотраслевые подходы для достижения регресса сердечно-сосудистых заболеваний [5].

Изменение стиля жизни и восстановительное лечение могут устранить или снизить значение различных факторов в развитии болезни. Такой подход, уменьшающий опасность появления или выраженность ИБС, абсолютно оправдан, поскольку прогрессирование заболевания необратимо, вследствие чего снижается продолжительность и качество жизни пациентов.

Основной целью медицинской реабилитации (МР) пациентов с ИБС в Республике Беларусь является профилактика инвалидности путем комплексного воздействия на последствия болезни посредством как медикаментозных, так и эфферентных методов. Данный комплекс различных реабилитационных методов призван оптимизировать восстановительные процессы в организме. Необходимо отметить, что эффективность реабилитации зависит от соблюдения ее основных принципов: раннего начала, непрерывности, преемственности и последовательности на всех этапах МР — стационарном, амбулаторно-поликлиническом, санаторно-курортном и домашнем, а также комплексном подходе к ее проведению [3, 4].

Цель

Проанализировать сущность комплексной программы кардиологической реабилитации пациентов с риском инвалидизации.

Комплексная кардиологическая реабилитация пациентов с ИБС и вторичная профилактика, разработанная и внедренная в Республике Беларусь, включает такие элементы, как изменение образа жизни, оценка клинического состояния больного, оптимизация фармакологического лечения, физическая реабилитация — ступенчатое и контролируемое увеличение объема физических нагрузок, адаптированных к индивидуальным возможностям человека. Не менее важной является реабилитация психосоциальная, цель которой научить пациента помогать себе при стрессогенных ситуациях, эмоциональных состояниях, развивать способность к психологической адаптации к болезни, диагностика и борьба с факторами риска развития ИБС, обучение больных и их родственников, мониторингирование эффектов комплексного восстановительного лечения [2, 4].

Методы, включаемые в комплексную МР способствуют:

1. Восстановлению и поддержанию функции сердечно-сосудистой системы с помощью включения механизмов компенсации.