

Как можно отметить, у детей до 1 месяца основным возбудителем нейроинфекций был *Streptococcus agalactiae* (81,5% случаев), затем следовали энтерококки (11%) и пневмококки (7,5%).

Выводы. Проведенное исследование подчеркивает важность этиологической роли *Streptococcus agalactiae* в развитии нейроинфекций у детей до 1 года, особенно в случае развития заболевания на первом месяце жизни ребенка.

Литература:

1. Прилуцкая, В. А. Бактериальные менингиты у новорожденных детей : учебно-методическое пособие / В. А. Прилуцкая. – Минск : БГМУ, 2011. – 48 с.
2. Лобзин, Ю. В. Менингиты и энцефалиты / Ю. В. Лобзин, В. В. Пилипенко, Ю. Н. Громько. – СПб : Фолиант, 2006. – 128 с.
3. Guilbert, J. Late and ultra late onset *Streptococcus B* meningitis: clinical and bacteriological data over 6 years in France / J. Guilbert [et al.] // *Acta Paediatrica*. – 2010. – № 99. – P. 47-51.
4. Володин, Н. Н. Гнойные менингиты у новорожденных (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение) / Н. Н. Володин [и др.] // *Антибиотики и химиотерапия*. – 2000. - т. 45, № 7.- С. 22-36.
5. Кудин, А. П. Клинические особенности и этиотропное лечение менингита, вызванного *Streptococcus agalactiae*, у детей / А. П. Кудин, Е. Ю. Маржало // *Медицинский журнал*. – 2012. - №: 3. – С. 135-138.

ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ У ДЕТЕЙ

*Лашковская Т. А., * Годунова О. В., * Осипова Е. А.,
Гузаревиц В. Б., Кизелевич А. И.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»;
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,
г. Гродно, Беларусь

Введение. Узловатая эритема представляет собой полиэтиологическое заболевание, которое может встречаться в повседневной практике врачей-клиницистов разных специальностей. Широкий круг возможных этиологических факторов узловатой эритемы требует проведения тщательного сбора анамнеза и всестороннего клинико-лабораторного и инструментального обследования пациента.

Нередко, несмотря на тщательно собранный анамнез и проведенное обследование, этиологический фактор часто остается невыясненным. Данное заболевание чаще встречается у детей, подростков и молодых женщин [2].

Узловатая эритема характеризуется появлением плотных, ярко-красных, отечных, болезненных узлов размером от 5 мм до 3 см и более, локализующихся на симметричных поверхностях голени и бедер, реже на коже предплечий и стоп. Узлы слегка возвышаются над кожей, не имеют четких границ, не сливаются друг с другом и не изъязвляются [1]. Они исчезают бесследно в течение 2–3 недель, последовательно изменяя свою окраску на синюшную, зеленоватую, желтую («цветение синяка») [3]. Нередко заболевание сопровождается нарушением общего состояния, появлением болей в суставах и мышцах, подъемом температуры до 38–39°C, повышением СОЭ до 40–50 мм/ч, лейкоцитозом и другими проявлениями воспалительной активности [1].

Лечение направлено на ликвидацию основного заболевания и уменьшение длительности и выраженности локального воспалительного процесса. Несмотря на возможность рецидивирования течение узловой эритемы, как правило, благоприятное [1].

Цель исследования – анализ особенностей клинической картины и терапии узловой эритемы у детей, находившихся на стационарном лечении в УЗ «ГОДКБ» с 2004 по 2015 гг.

Материал и методы. За анализируемый период в стационаре пролечено 43 ребенка в возрасте от 1 года до 18 лет (средний возраст – $8,8 \pm 4,5$ лет). Из 43 детей в стационар поступила 31 (72,1%) девочка и 12 (27,9%) мальчиков ($p < 0,05$). Всем детям проводилось полное клинико-лабораторное обследование, а также этиопатогенетическая и симптоматическая терапия.

Обработка результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. При направлении в УЗ «ГОДКБ» диагноз «узловатая эритема» был выставлен 30 (69,7%) детям. 6 (13,9%) детей поступили в стационар с диагнозом геморрагический васкулит. По одному ребенку поступили с диагнозами: миокардит, субсепсис Висслера–Фанкони, хронический тонзиллит, начинающаяся флегмона левой кисти,

артрит левого коленного сустава, абсцесс средней трети правой голени, острый бронхит.

В анамнезе у 42 (97,7%) детей имелась сочетанная сопутствующая патология: наиболее часто диагностировался хронический тонзиллит – 21 (48,8%) ребёнок, пищевая аллергия – 17 (39,5%) детей, кариес – 7 (16,2%), хронический гастродуоденит – 5 (11,6%), анемия легкой степени – 5 (11,6%), инфекция мочевыводящих путей – 2 (4,6%) ребенка.

Накануне поступления в стационар 25 (58,1%) детей перенесли острую респираторную вирусную инфекцию. Обострение хронического тонзиллита отмечалось у 11 (25,5%) детей. У 2 (4,6%) детей клиника заболевания проявилась после перенесенного афтозного стоматита.

41 ребенок (95,3%) поступил в стационар с множественными узловатыми образованиями на коже от ярко-красного до багрово-синюшного цвета, расположенными преимущественно на передней поверхности голени. У 9 (20,9%) детей данные высыпания сочетались с узловатыми образованиями, локализующимися на бёдрах, у 6 (13,9%) пациентов – на коже предплечий. В единичных случаях высыпания встречались на лице, плечах, ягодицах, кистях, подлопаточной области.

Болезненность узлов при пальпации отмечал 31 (72,1%) пациент, горячие на ощупь образования пальпировались у 27 (62,7%) детей. Размеры узлов колебались от 0,5 до 4 см в диаметре (средний размер $1,8 \pm 1,0$ см).

7 (16,3%) детей с узловой эритемой предъявляли жалобы на боли в голеностопных суставах, трое (6,9%) детей – в коленных суставах.

Учитывая наличие хронических очагов инфекции и воспалительные изменения в анализах крови, всем детям была назначена антибактериальная терапия. Наиболее часто дети получали защищенные пенициллины парентерально в течение 7-10 дней – 27 (62,7%) человек. 11 (25,6%) детям были назначены антибиотики цефалоспоринового ряда внутримышечно в дозе 50-75 мг/кг сут.

При аллергии в анамнезе на антибиотики пенициллинового и/или цефалоспоринового ряда 5 (11,6%) пациентов получали амикацин в дозе 15 мг/кг/сут.

Следует отметить, что за время болезни только 18 (41,8%) детей получили один курс антибактериальной терапии. 25 (58,2%) пациентам при сохраняющейся активности воспалительного процесса был назначен второй курс антибиотиков. После группы пенициллинов и/или цефалоспоринов чаще всего назначались макролиды. Макролиды получали 14 (32,5%) пациентов: макропен (40 мг/кг/сут) – 5 детей, азитромицин (10 мг/кг/сут) – 6, кларитромицин (15 мг/кг/сут) – 3 пациента. 4 подростка получали фторхинолоны в возрастной дозировке, 7 детей – аминогликозиды.

С противовоспалительной и обезболивающей целью всем детям с узловой эритемой назначались нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС): диклофенак натрия в дозе 2–3 мг/кг/сут получали 25 (65,7%) детей, ибупрофен в дозе 10–20 мг/кг – 12 (18,5%), нимесулид – 6 (15,8%). 17 детей получали местно НПВС в виде гелей или 1–5% мазей на болезненные элементы узловой эритемы.

Для улучшения микроциркуляции 12 (18,5%) пациентам с узловой эритемой назначался пентоксифиллин в виде внутривенной инфузии в течение 5–7 дней с последующим переходом на прием через рот в дозе 5–10 мг/кг в течение месяца.

Антигистаминные препараты получали 42 (97,67%) ребенка.

При неэффективности вышеуказанного лечения и высокой степени активности воспалительного процесса 7 (16,3%) детям назначался преднизолон в дозе 1–2 мг/кг в течение 1–3 недель. 2 ребенка получали глюкокортикоиды с постепенной отменой в течение месяца после выписки из стационара.

17 (39,5%) детям с доказанной стрептококковой этиологией узловой эритемы и высоким уровнем АСЛО в биохимическом анализе крови была проведена бициллинопрофилактика однократным введением бициллина-5 в возрастной дозировке.

Таким образом, лечение узловой эритемы должно быть комплексным с обязательным назначением нестероидных противовоспалительных средств, антибактериальных препаратов по показаниям, глюкокортикоидов при высокой степени активности воспалительного процесса.

Литература:

1. Гришаева, Т. П. Узловатая эритема / Т. П. Гришаева, Б. С. Белов // Русский медицинский журнал. Ревматология. – 2005. – № 8. – С. 565–568.

2. Мерцалова, И. Б. Васкулиты кожи / И. Б. Мерцалова // Лечащий врач. – 2011. – № 5. – С. 35–37.

3. Юсупова, Л. А. Современное состояние проблемы ангиитов кожи / Л. А. Юсупова // Лечащий врач. – 2013. – № 5. – С. 38–42.

ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ. РАННЯЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лашковский В. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Среди заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей первого года жизни врожденный вывих бедра занимает первое место как по частоте возникновения, так и по тяжести последующих анатомо-функциональных изменений при несвоевременном лечении.

Частота данной патологии в разных странах колеблется от 1,6 до 43 случаев на 1000 новорожденных [1]. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в выявлении, клинической и инструментальной диагностике, раннем функциональном лечении врожденного вывиха бедра, до сих пор многие стороны этой проблемы остаются нерешенными. Данная патология в большинстве случаев выявляется в первые месяцы жизни ребёнка и детям проводится раннее функциональное лечение, однако, в 10,1% - 62,0% случаев в отдаленные периоды развития выявляются остаточные дефекты сустава [2,3].

Наиболее простой, целесообразной и приемлемой организационной формой работы по раннему выявлению врожденных деформаций опорно-двигательной системы и, в частности, патологии тазобедренных суставов – является систематический осмотр детей неонатологами и ортопедами в ранний неонатальный период [4].

Цель работы: оценить значение клинического скрининга врожденной патологии тазобедренных суставов у детей в ранний неонатальный период.