

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические аспекты гипергомоцистеинемии: монография / В.А. Снежицкий [и др.]; под общ.ред. В.А. Снежицкого, В.М. Пырочкина. – Гродно: ГрГМУ, 2011. – 292 с.
2. Homocysteine levels are associated with increased risk of congestive heart failure in patients with and without coronary artery disease / H.T. May [et al.] // *Cardiology*. – 2007. – Vol. 107, № 3. – P. 178-184.
3. Moat, S.J. Plasma total homocysteine: instigator or indicator of cardiovascular disease? / S.J. Moat // *Ann. Clin. Biochem.* – 2008. – Vol. 45 – P. 345-348.

ЭКГ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Бердовская А.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Нарушения ритма у детей обусловлены многофакторными причинами кардиального, экстракардиального или смешанного характера. В 32-47% случаев нарушения ритма связаны с функциональными причинами, а их генез обусловлен поражением центральной и вегетативной нервной системы [2, 5].

Эпилептический очаг – это патологически функционирующая нейронная система, способная к спонтанному периодическому самовозбуждению и мало зависящая от внешних условий [1]. Эпилептический приступ сопровождается нарушением дыхания, гипоксией мозга. Для него характерны тахикардия, повышение АД, нарушения гомеостаза в виде метаболического ацидоза, исчезновение свободного адреналина в крови [4]. Во время сильной генерализованной судороги дыхание прекращается. Если при очередной судороге несколько раньше сокращения мышцы наступает спазм голосовых связок, то резко повышается внутригрудное давление, препятствуя венозному и легочному кровотоку. В результате нарушается нормальная работа правого желудочка сердца. Возникает резкая гипоксия и гиперкапния.

Цель исследования – провести анализ качественных изменений на ЭКГ у детей с эпилепсией.

Методы и объекты исследования. Объектом исследования явились 84 ребенка в возрасте от 2 до 17 лет, госпитализированные в неврологическое отделение с диагнозом эпилепсия.

В дальнейшем все пациенты были распределены на подгруппы: ЭЭГ подтвержденная эпилепсия с клинической картиной судорожного синдрома (46 детей), ЭЭГ-ремиссия на фоне медикаментозной терапии (38 детей). Всем детям выполнено общеклиническое обследование, включавшее электрокардиограмму (ЭКГ), электроэнцефалограмму (ЭЭГ). Данные обрабатывались с использованием пакета прикладных программ STATISTIKA 6,0. Различия между группами считались статистически значимыми при $p < 0,05$ [3].

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика нарушений ритма при эпилепсии

| Нарушения ритма | Эпилепсия (n=84) | |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| | ЭЭГ эпиактивность (n=46) | ЭЭГ ремиссия (n=38) |
| Синусовая тахикардия | 10 (9,4%) | 24 (22,7%) |
| Синусовая брадикардия | 4 (3,7%) | 2 (1,8%) |
| Нарушения реполяризации | 9 (8,5%) | 6 (5,6%) |
| Наджелудочковая экстрасистолия | 4 (4,7%) | – |
| Желудочковая экстрасистолия | 3 (2,8%) | – |
| Синоатриальная блокада | 2 (1,8%) | – |
| Атриовентрикулярная блокада I ст. | 2 (1,8%) | – |
| Атриовентрикулярная блокада II ст. | 1 (0,9%) | – |
| Блокада правой ножки пучка Гисса | 1 (0,9%) | – |
| Укорочение интервала PQ | 4 (3,7%) | – |
| Отсутствие изменений | 6 (5,7%) | 6 (5,6%) |

Фокальная эпилептическая активность на ЭЭГ зарегистрирована у 58% пациентов, генерализованная – у 20%, у 22% детей зарегистрирован вариант возрастной нормы.

При патологических ЭЭГ изменениях достоверно чаще встречались ЭКГ-феномены ($\chi^2=5,3$, $p=0,02$).

Как видно из представленной таблицы у обследованных пациентов выявлены различные нарушения ритма. Отмечались нарушения автоматизма синусового узла (тахи-, брадикадии), проводимости (блокады), возбудимости (экстрасистолия).

Достоверно чаще аритмии (у 85,7% из 84 детей с эпилепсией) диагностировались при выявлении эпиактивности на ЭЭГ (54,8%) по сравнению с ЭЭГ-ремиссией (7%, $\chi^2=19,25$, $p=0,001$). Синусовая тахи- и брадикардия, нарушение процессов реполяризации в виде уплощения зубца Т, синдрома ранней реполяризации желудочков встречались в одинаковой частотой во всех подгруппах обследованных детей ($p>0,05$). Аритмии в виде экстрасистолий, блокад выявлены только при наличии ЭЭГ-феноменов.

Выводы:

У детей с эпилепсией выявлены различные нарушения автоматизма, возбудимости и проводимости на ЭКГ.

У пациентов, имеющих нарушения на ЭЭГ, ЭКГ-феномены встречаются достоверно чаще.

У пациентов с эпиактивностью на ЭЭГ изменения на ЭКГ встречаются чаще, чем при ЭЭГ-ремиссии.

Литература:

1. Киссин, М.Я. Клиническая эпилептология / М.Я.Киссин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 256 с.
2. Нарушения ритма сердца, у детей: основные принципы диагностики и лечения / И.А.Ковалев [и др.]; под ред. И.А.Ковалева, С.В.Попова. – Томск: STT, 2006. – 272 с.
3. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных / О.Ю.Реброва. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.

4. Студеникин, В.М. Эпилепсия в детском возрасте / В.М.Студеникин // Лечащий Врач. – 2014. – № 6. – С. 42-54.
5. Шарыкин, А.С. Перинатальная кардиология: руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов / А.С.Шарыкин. – М.: Теремок, 2007. – 347 с.

О ПЕРВОМ СЛУЧАЕ ГРАНУЛОЦИТАРНОГО АНАПЛАЗМОЗА ЧЕЛОВЕКА В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ БЕЛАРУСИ

Богуцкий М.И., Кроткова Е.Н.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая
больница»*

Актуальность. Впервые гранулоцитарный анаплазмоз человека (ГАЧ) был описан в США в 1991 году [1], а этиология этого заболевания была установлена в 1994 году [2]. ГАЧ относится к природно-очаговым клещевым инфекциям. Природные очаги ГАЧ территориально совпадают с природными очагами клещевого энцефалита (КЭ) и Лайм-Боррелиоза (ЛБ). В настоящее время случаи ГАЧ регистрируются во многих регионах России, однако изученность этой инфекции остается недостаточной [3]. В Республике Беларусь ГАЧ был впервые диагностирован в качестве моноинфекции в 2013 году [4]. На территории Гродненской области данное заболевание ранее не регистрировалось.

Цель исследования: Изучение клинических особенностей ГАЧ протекающего в качестве клещевой микст-инфекции с КЭ на примере клинического случая, зарегистрированного впервые на территории Республики Беларусь.

Материалы и их обсуждение. В настоящей статье проведен анализ клинического течения случая ГАЧ и КЭ протекающего как вариант клещевой микст-инфекции.

Пациентка П., 54-х лет, поступила в клинику инфекционных болезней 24 июня 2014 года с жалобами на недомогание, головную боль, боль при движении глазных яблок, ноющие боли и чувство скованности в мышцах шейного отдела позвоночника, повышение температуры тела до 37,5оС. Заболевание началось остро 18.06.2014 года, с повышения температуры тела до 38,2 оС и головной боли. Была однократная рвота. Принимала ремантадин и доксициклин. В связи с ухудшением состояния (усилились общая слабость, головная боль, сохранялась лихорадка в пределах 37,5-38,2оС) была госпитализирована. В эпидемиологическом анамнезе указание на укусы клещом 08.06.2014 г.

Состояние при поступлении средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Слабо выраженная ригидность мышц затылка. Симптомы Кернига и Брудзинского отрицательны. Повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Умеренная болезненность мышц задней поверхности шеи при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 90 в 1 мин, ритмичный, тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 130/80 мм рт. столба, границы сердца в пределах нормы. В легких везикулярное дыхание, число дыханий 16 в 1 мин. Слизистые ротоглотки умеренно гиперемированы. Язык слегка