

нарушений у большинства обследованных.

Установлена прямая корреляционная связь между частотой сухого ночного кашля, не связанного с простудой, и концентрацией PM_{10} в воздухе школьных помещений ($p < 0,05$). Удельный вес детей с сухим ночным кашлем статистически значимо отличался в помещениях с концентрацией PM_{10} менее и более 30 мкг/м^3 (11,6% и 18,3% соответственно, $p < 0,01$). Аналогичная связь с концентрацией PM_{10} выявлена и для симптома «дыхание с одышкой или со свистом» ($p < 0,05$). У каждого десятого школьника, обучавшегося в учебном помещении с концентрацией PM_{10} более 30 мкг/м^3 отмечен данный симптом (9,9%), среди детей, обучавшихся в помещениях с меньшей концентрацией, дыхание с одышкой или со свистом встречалось реже – 6,6%, $p < 0,05$. Распространенность аллергических реакций в целом составила 36,3%. Выявлены различия распространенности поллиноза в зависимости от этажности школьного здания: статистически значимо ($p < 0,05$) реже поллиноз встречался при расположении класса на 3 этаже здания, в сравнении с расположенными на 1-2 этажах.

Выводы:

1. Выявленные причинно-следственные связи между распространенностью респираторных симптомов и других отклонений в состоянии здоровья и параметрами внутришкольной среды позволили сформировать программы коррекционных и профилактических мероприятий по всем изученным учебным помещениям школ.

2. С целью повышения осведомленности и вовлечения в процесс управления качеством внутришкольной среды проведен семинар для администраций учреждений образования, в рамках которого были подготовлены детальные рекомендации по каждому из экспериментальных учреждений образования и представлены результаты международного научного исследования.

Список литературы:

1. Методы мониторинга качества воздуха в школьных помещениях: отчет о совещ.; 4-5.04.2011 г., Бонн, Германия. – Бонн, 2011.

2. Инструменты для мониторинга выполнения обязательств Пармской конференции: отчет о совещ. 25-26.11.2010 г., Бонн, Германия.

3. Руководство по респираторной медицине: в 2 т. / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЕОТАР, 2007.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ

*Протасевич Т.С., Ковальчук Д.А., Горбач М.Ю., Данилова Г.С.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

Введение. Фебрильные судороги (ФС) – самое частое неврологическое нарушение в детском возрасте. Это пароксизмы различной продолжительности, протекающие преимущественно в виде тонических или тонико-клонических припадков в конечностях и возникающие у детей грудного, раннего и дошкольного возраста при температуре тела не менее $37,8-38,5^\circ\text{C}$ (исключая

судороги при нейроинфекциях), с возможностью трансформации в афебрильные судороги и эпилепсию. Одной из причин, объясняющих развитие таких судорог, является высокая степень судорожной готовности незрелого головного мозга, повышенная возбудимость нейронов, что приводит к распространению процессов возбуждения [1, 2, 3].

Целью исследования явился анализ факторов риска и клинических особенностей фебрильных судорог у детей г. Гродно и Гродненской области.

Материалы и методы. Ретроспективно было проанализировано 83 истории болезни детей (форма №003/у) с диагнозом «фебрильные судороги» (код по МКБ-10 – R56.0), которые находились на стационарном лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» за период 2006-2014 гг.

Результаты. При анализе историй болезни по данным акушерского анамнеза было выявлено, что 62 ребёнка родились естественным путем, 21 – операцией кесарева сечения. Показаниями к оперативному родоразрешению было тугое обвитие пуповиной и неправильное положение плода. Среди обследованных пациентов 89% родились в срок, недоношенные младенцы составили только 11%. 43 ребёнка (52%) родились от первой беременности, 30 (36%) – от второй беременности, 10 (12%) – от третьей беременности.

Выявлена большая частота фебрильных судорог в группе детей в возрасте от года до 3 лет – 50 детей (60%), в возрасте до года – 23 случая (28%), от 3 лет до 7 лет – 10 случаев (12%). При распределении детей по полу различий выявлено не было: 52% составили мальчики, 48% – девочки.

Количество детей с первыми эпизодами судорог в анамнезе составило 46, у 21 ребенка наблюдалось два эпизода судорог, у 9 детей в анамнезе описано три эпизода, у 4 – приступы фебрильных судорог наблюдались четыре раза на протяжении жизни, у 2 – приступы судорожной активности наблюдались пять раз и у 1 ребенка было отмечено шесть эпизодов судорожной активности.

У 89% детей приступ фебрильных судорог развивался на фоне острых респираторных вирусных инфекций. При поступлении были выявлены: острый ринофарингит (60%), острый бронхит (60%), двусторонний острый средний отит (58%), ринит (80%).

Ввиду необходимости оказания экстренной помощи, 61% детей были госпитализированы в течение 6-8 часов от начала заболевания, 39% – поступили в стационар в плановом порядке. Все дети, госпитализированные в экстренном порядке, жаловались на повышение температуры до 38-39°C, на фоне которой были выявлены эпизоды судорожной активности. Во время приступа судорог отмечалось тоническое напряжение мышц туловища, закатывание глаз. Припадки были как кратковременными, так и длительностью до 2-х минут с потерей сознания. У 10 детей отмечался цианоз губ, у 4 – наблюдалась временная задержка дыхания. Генетическая предрасположенность к фебрильным судорогам выявлена у 16% пациентов (аналогичная патология у членов семьи).

Электроэнцефалограмма проводилась 26 (31%) пациентам, из них у 8 детей наблюдались умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, в 8 случаях выявлено снижение порога судорожной активности, у 6 детей наблюдалась генерализованная

эпилептическая активность в виде высокоамплитудных волн на ЭЭГ, у 4 – пароксизмальной эпилептической активности не зарегистрировано.

Выводы:

1. Большая частота фебрильных судорог наблюдалась в группе детей в возрасте от 1 года до 3 лет (60%), однако каждый третий случай отмечался в возрасте до года, что свидетельствует о роли перинатальных факторов (эпизоды гипоксии) в возникновении судорожного синдрома.

2. Провоцирующим фактором большинства случаев фебрильных судорог (89%) являлась острая респираторная вирусная инфекция.

3. По данным акушерского анамнеза 89% детей с эпизодами фебрильных судорог родились в срок, в 52% случаев от первой беременности.

Список литературы:

1. Ратнер, А.Ю. Неврология новорождённых: острый период и поздние осложнения / А.Ю. Ратнер. – 2-е изд. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 368 с.

2. Петрухин, А.С. Детская неврология: учебник: в 2 т. / А.С. Петрухин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 560 с.

3. Гусев, Е.И. Неврология национальное руководство / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1064 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Романцов М.Г.

ГБОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

Состояние здоровья часто болеющих детей не может рассматриваться без учета процессов, которые представляет собой приспособление организма, личности к характеру отдельных воздействий или к изменившимся условиям жизни в целом. Отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду психологических характеристик включают выраженную тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быструю утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери). Они могут подолгу быть заняты одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, однако им необходимо присутствие рядом матери, от которой они не отходят ни на шаг. Плохое самочувствие, ограничение движений, тяжелое и длительное лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, нарушению сна, высокой тревожности, депрессивным и регрессивным реакциям [1, 2].

Для больного ребенка старшего дошкольного возраста характерны изменения в отношении ведущего вида деятельности – сюжетно-ролевой игры, что оказывает крайне негативное влияние на освоение ребенком собственного внутреннего мира, мешает психологической борьбе ребенка с ситуацией болезни. Если говорить о поведении, то оно изменяется, часто становится «трудным» для окружающих его взрослых. Ситуация болезни, являясь тяжелой психической травмой, может не только активизировать его компенсаторный потенциал психики, но и разрушительно воздействовать на нее. К особенностям