

F. K. Mante, W. J. Romanow et al. // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. – 2006. – 102(6). – p. 809-815.

4. Valles M. Influence of light and oxygen on the color stability of five calcium silicate-based materials / M. Valles, M. Mercade, F. Duran-Sindreu et al. // J Endod. – 2013. – 39. – p. 525–528.

Summary

CHEMICAL COMPOSITION OF MTA PREPARATIONS ACCORDING TO X-RAY ANALYSIS

D.L. Valadkevich, A.V. Butvilovsky

10th City Dental Clinic, Minsk

Belarusian State Medical University, Minsk

On the basis of BSU, X-ray fluorescence analysis of the mineral trioxide aggregate registered in the Republic of Belarus was carried out. Based on the obtained data, it can be assumed that the use of «Рутдент» and «Триоксидент» materials has a lesser probability of discoloration after treatment.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Галашевская А.А.¹, Почкайло А.С.¹, Зайцев Д.В.², Лазарчик И.В.²

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

²УЗ «Минская областная детская клиническая больница», г. Минск
ag.minsk.by@gmail.com

Введение. Слизисто-кожный лимфонулярный синдром (М30.3, синдром/болезнь Kawasaki, БК) – острый системный васкулит с преимущественным поражением средних/мелких артерий, клинически – лихорадкой/изменениями слизистых оболочек/кожи/лимфоузлов [1]. Ведение пациентов с БК регламентировано авторитетными международными согласительными документами – российскими клиническими рекомендациями [1], рекомендациями Американской академии педиатрии [2], Японского общества кровообращения [3], Японского общества детской кардиологии и комитета по кардиохирургии [4], Американской ассоциации сердца [5]. Встречается чаще до 5 лет, признана ведущей причиной приобретенных заболеваний сердца у

детей [5]. Эктазия/аневризмы коронарных артерий развиваются у 25% детей, не получавших лечения; начало лечения с использованием внутривенного иммуноглобулина (ВВИГ) в первые 10 сут заболевания снижает риск до $\approx 4\%$ [5]. Ранняя диагностика БК важна для предотвращения осложнений.

Цель исследования: проанализировать и представить опыт диагностики и лечения детей с БК в УЗ «Минская областная детская клиническая больница» (УЗ «МОДКБ»).

Материалы и методы: проведено обследование и лечение пациентов, а также ретроспективный анализ медицинской документации всех детей с БК, проходивших лечение в УЗ «МОДКБ» с 2009 г. по 2018 г.

Результаты. Включено в исследование 7 пациентов (3 мальчика, 4 девочки) с БК от 7 мес до 4,5 лет (до 1 года – 2). Направлены в УЗ «МОДКБ» в сроки от 3-х до 23-х сут от начала заболевания (диагнозы при поступлении: ОРИ, пневмония, вирусно-бактериальная инфекция, гнойный лимфаденит и др.; БК при направлении не верифицирована). До установления БК проводилась дезинтоксикационная, антибактериальная терапия (без эффекта). Диагноз у 1 пациента установлен в 1-е, у 3-х – на 3-е, у 1 – на 4-е, у 1 – на 11-е сут от момента госпитализации. У 1 пациента БК развилась на фоне пневмонии, у 3-х пациентов сыпь первоначально расценена как реакция на применяемые лекарства (цефтриаксон, ибуфпрофен и др.), обострение атопического дерматита. У 1 из этих пациентов в возрасте 7 мес с атипичным началом (с гнойного лимфаденита) заболевания, транзиторной сыпью при введении цефтриаксона (расценена как гиперчувствительность) – БК установлена посмертно (на 32 сут; патологоанатомический диагноз – БК: панваскулит коронарных артерий с образованием аневризм/тромбов, эпи/мио/эндокардит, ОРИ (выявлен антиген гриппа) с поражением оболочек мозга/легких/печени/кишечника/слюнных желез). Характеристика симптомов, включая диагностические критерии БК, и сроки их появления у обследованных пациентов представлены в таб. 1.

Таблица 1 – Симптомы БК и сроки их манифестации (сутки заболевания) у пациентов

| Симптом (диагностический критерий) | Пациенты | | | | | | |
|--|----------|----|---|-------------------------------|----|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Диагностические критерии | | | | | | | |
| Лихорадка (общее количество, сут) | 16 | 15 | 9 | 2 волны (на 8 и 14 сут) | 8 | 7 | 7 |
| Сыпь | 3 | 1 | - | 25 | 4 | 4 | 1 |
| Двусторонняя инъекция конъюнктивы | - | 5 | 9 | 23 | 2 | 6 | 4 |
| Эритема и трещины губ | 5 | 5 | 7 | 25 | 5 | 7 | 2 |
| «Малиновый» язык | - | 13 | 7 | - | - | 8 | - |
| Гиперемия, отек кожи (дистальные отделы конечностей) | - | - | - | 25 | - | - | 3 |
| Шелушение кожи (дистальные отделы конечностей) | - | 15 | - | 35 | 15 | - | 10 |
| Шейный лимфаденит (>1,5 см) | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| Дополнительные симптомы | | | | | | | |
| Катаральные явления (насморк, кашель) | - | 1 | - | - | 1 | 1 | - |
| Рвота | - | 1 | - | - | - | - | - |

Лихорадка (7-16 сут) отмечена у 100% пациентов, полиморфная сыпь – у 86% (угасание в течение 1-7 сут), конъюнктивит – у 86%, изменения губ – у 100%, «малиновый» язык – у 43%, эритема ладоней/стоп с отеком – у 29%, околоногтевое шелушение кожи – у 57%, шейный лимфаденит – у 29%. «Полная» форма БК наблюдалась у 5, «неполная» – у 2-х пациентов. Изменения лабораторных показателей у пациентов представлены в таб. 2.

Таблица 2 – Лабораторные изменения у обследованных пациентов с БК

| Показатель | Пациенты | | | | | | |
|--|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Лейкоциты (max), $\times 10^9/\text{л}$ | 21 | 12 | 18 | 16 | 14 | 23 | 16 |
| Гемоглобин (min), г/л | 75 | 79 | 123 | 100 | 96 | 109 | 91 |
| Тромбоциты (max), $\times 10^9/\text{л}$ | 702 | 790 | 629 | 708 | 907 | 770 | 566 |
| Сроки манифестации тромбоцитоза, сут | 18 | 15 | 14 | 10 | 8 | 9 | 10 |
| СОЭ (max), мм/ч (до введения ВВИГ) | 68 | 65 | 39 | 61 | 42 | 47 | 50 |
| СОЭ (max), мм/ч (после введения ВВИГ) | - | 53 | 35 | 62 | 61 | 63 | 65 |
| С-реактивный белок – СРБ (max), мг/л | - | 84 | 114 | 89 | 39 | 63 | 149 |
| АЛТ (max), Е/л | 99 | 30 | 21 | 20 | 14 | 272 | 41 |
| АСТ (max), Е/л | 131 | 32 | 30 | 38 | 26 | 165 | 25 |

Нейтрофильный лейкоцитоз ($12-23 \times 10^9/\text{л}$), тромбоцитоз ($566-907 \times 10^9/\text{л}$, манифестация с 8-18 сут), ускорение СОЭ (до 39-68 мм/ч) – выявлены у всех, анемия – у 6 пациентов. Повышение уровня СРБ (39-149 мг/л) – у 6, активности АЛТ (99-272 Е/л), АСТ (131-165 Е/л) до 3-7 раз – у 2-х пациентов. По данным Д-ЭХО-КГ поражение коронарных артерий не выявлено ни у одного пациента (у 1 – посмертно).

После верификации БК все пациенты (за исключением 1 ребенка с посмертной диагностикой БК) получили лечение ВВИГ в сочетании с ацетилсалициловой кислотой. В 2010-2013 г.г. 2 ребенка получали ВВИГ в дозе 0,5 г/кг и 0,8 г/кг на курс в течение 2-х дней, а с 2013 г. остальные 4 пациента – в дозе 2 г/кг в виде непрерывной инфузии. До 10 сут от начала заболевания ВВИГ получили 3, на 15-25 сут – 3 пациента. Ацетилсалициловая кислота на период лихорадки назначалась в дозе 30-50 мг/кг/сут в 4 приема, после нормализации температуры – в дозе 3-5 мг/кг/сут длительно. У всех детей в течение 24-48 ч после введения ВВИГ состояние улучшилось, температура тела нормализовалась, не развилось поражение коронарных артерий в последующем.

Выводы. Запоздалая диагностика БК требует повышения осведомленности врачей о проблеме. У ребенка, лихорадящего свыше 5 сут, диагностический поиск должен включать БК. Введение ВВИГ при БК эффективно, особенно – в ранние сроки, при своевременной диагностике.

Литература

1. Клиника, диагностика и лечение синдрома Кавасаки: Российские клинические рекомендации / Г.А. Лыскина, О.И. Виноградова, О.Г. Ширинская [и др.]. – [Электронный ресурс]. – М., 2011. – Режим доступа: www.rod.kb.ru/Klinik_rec/5.pdf (дата доступа: 10.10.2018).

2. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association / J.W. Newburger, M. Takahashi, M.A. Gerber [et al.] // *Circulation*. – 2004. – Vol. 110, №17 – P. 2747-2771.

3. Guidelines for Diagnosis and Management of Cardiovascular Sequelae in Kawasaki Disease (JCS 2013) – Digest version – / JCS Joint Working Group // *Circ. J.* – 2014. – Vol. 78, № 10. – P. 2521-2562.

4. Guidelines for medical treatment of acute Kawasaki disease : report of the Research Committee of the Japanese Society of Pediatric Cardiology and Cardiac

Surgery (2012 revised version) / Research Committee of the Japanese Society of Pediatric Cardiology ; Cardiac Surgery Committee for Development of Guidelines for Medical Treatment of Acute Kawasaki Disease // *Pediatr. Int.* – 2014. – Vol. 56, № 2. – P.135-158.

5. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association / B.W. McCrindle, A.H. Rowley, J.W. Newburger, J.W. [et al.] // *Circulation.* – 2017. – Vol. 135, №17 – P. 927-999.

Summary

CLINICAL EXPERIENCE OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF KAWASAKI DISEASE IN CHILDREN IN THE CONDITIONS OF A REGIONAL PEDIATRIC HOSPITAL

Galashevskaya A.A.¹, Pachkaila A.S.¹, Zajtsev D.V.², Lazarchik I.V.²

¹*Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education,* ²*Minsk Regional Children's Clinical Hospital, Minsk*

Kawasaki disease is a rare acute systemic vasculitis of unknown etiology, characterized by lesions of arteries of small and medium caliber, with a clinical picture that includes a variety of symptoms. The article presents the clinical experience of diagnostics and treatment of Kawasaki disease in the conditions of the regional pediatric hospital.

РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ИЗ ПОДМЫШЕЧНОГО ДОСТУПА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИИ

Герасимчик П.А., Предко В.А., Приходько В.С.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Viktor912@mail.ru

Введение. Наиболее распространенным и часто используемым методом анестезии при вмешательствах на верхней конечности, является регионарная анестезия, которая приобрела особую популярность как метод анестезии при различных травматологических оперативных вмешательствах.

Метод ультразвуковой (УЗ) навигации позволяет минимизировать риск возможных осложнений, поскольку