

stage 1 hypertension, risk 2. Also, there is a lower persons the content of C3 and C5 complement components in patients with hypertension stage 1, risk 3 and previous coronavirus infection. Thus, relative deficiency of the complement system leads to ineffective removal of the CEC and the development of endothelial dysfunction in patients with stage 1 arterial hypertension, including after SARS-CoV-2 infection.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Арцименя В. Г., Арцименя В. А., Зеневич О. В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
vlad.artsimenya.0202@mail.ru*

Введение. Проблема синкопальных состояний у детей определяется их распространенностью, а также потенциальным риском для жизни ребёнка в случаях, когда потеря сознания обусловлена кардиогенными причинами или синкопе развивается в ситуациях, опасных для жизни. Согласно эпидемиологическим данным, частота обмороков в возрастной группе 1-17 лет достигает 15%. Популяционные исследования показывают, что каждый 4-й ребенок хотя бы 1 раз перенес кратковременную потерю сознания, причем это может быть не 1 эпизод. Чаще такие состояния приходится на периоды интенсивного роста. Однако обморок может случиться и у практически здорового ребенка при длительном пребывании в душном помещении, переутомлении, страхе. В развитии синкопе большую роль отводят падению системного артериального давления (АД) с быстрым глобальным уменьшением мозгового кровотока. Внезапное прекращение церебральной циркуляции в течение 6-8 секунд обычно ведет к утрате сознания. Системное АД определяется минутным объемом сердца и общим периферическим сосудистым сопротивлением, поэтому снижение значений каждого из этих показателей, как и их сочетание, может спровоцировать синкопе.

Синкопальные состояния – серьезное испытание для детей и подростков. Факт потери сознания вызывает беспокойство не только родителей, но и серьезную настороженность медицинских работников.

Цель исследования. Оценить особенности клинических проявлений, распространенности и частоты встречаемости синкопальных состояний у детей, госпитализированных в учреждение здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница».

Материалы и методы. Для оценки клинических проявлений, распространенности и частоты обращений детей с диагнозом обморок (синкопе) были проанализированы данные 50 медицинских карт стационарных пациентов с использованием базы данных программного обеспечения 4dclient за период с января 2022 г. по сентябрь 2024 г. Для статистического анализа

данных применялись непараметрические методы – пакеты прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 10.0 для Windows.

Результаты исследования. За указанный период в учреждение здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» с диагнозом по МКБ-10 R55 Обморок [синкопе] и коллапс были госпитализированы 29 человек (из них 31% – мальчиков и 69% девочек). Наибольшее количество обращений у детей пришлось на возраст от 12 до 17 лет, что составило 72,4%, в то время как 17,3% находились в возрастном промежутке от 7 до 11 лет, 6,9% – от 4 до 6 лет, 3,4% – от года до трех лет.

Процент госпитализированных в зависимости от времени года: 24,1% детей были госпитализированы зимой, за весенний период времени обратилось такое же количество – 24,1%, летом количество поступивших пациентов возросло и составило 37,9%, в то время как осенью – 13,9%.

При анализе количества проведенных койко-дней в стационаре были получены следующие результаты: до 1 недели находились в больнице 55,2% детей (из них наиболее часто пациенты находились под наблюдением врачей не более 1 дня – 20,7%), более 1 недели – 44,8%.

Анализируя анамнез заболевания детей, установлено, что наиболее частыми провоцирующими факторами синкопальных состояний стали: нахождение пациентов в душном помещении – 51,71% (15 чел.), забор крови – 17,24% (5 чел.), боли в животе – 6,90% (2 чел.). Не менее важными, но редкими причинами обморочных состояний, которые выявлены лишь у одного человека, в каждом из случаев стали: отравление угарным газом, разрыв кисты левого яичника и кровотечения в брюшную полость, гипертермический синдром на фоне острой респираторной инфекции верхних дыхательных путей, реакция на боль во время проведения гигиенического маникюра, утреннее голодание, зубная боль, аллергия.

Выявлено, что клиническими проявлениями пресинкопальных состояний стали: головокружение – 58,62% (17 чел.), слабость – 51,72% (15 чел.), бледность кожных покровов – 34,48% (10 чел.), тошнота – 20,69% (6 чел.), потемнение в глазах – 17,24% (5 чел.). В 10,34% всех зарегистрированных случаев клинические проявления перед развитием синкопе отсутствовали. Рвота после обморока наблюдалась у 48,28% (14 пациентов).

При анализе медицинских карт стационарных пациентов выявлено, что всем госпитализированным детям был выполнен общий анализ крови (ОАК) и общий анализ мочи (ОАМ), в то время как биохимический анализ крови (БАК) был назначен 79,31%. Кроме того, 86,21% пациентам было проведено исследование кислотно-щелочного состояния (КОС). Одному ребенку выполнено ИФА исследование proBNP.

Анализируя лабораторные показатели ОАК, выявлено, что чаще всего у госпитализируемых встречались следующие отклонения от нормы: ускоренное СОЭ у 24,14%, лейкопения у 17,24%, лейкоцитоз у 13,79% и эозинофилия у 10,34% детей. По полученным показателям КОС установлено, что только у 16% пациентов выявлены лактатацидоз и гипоксия. При анализе результатов БАК чаще всего встречалась гипергликемия у 47,83%, повышение

СРБ у 26,08%, снижение общего белка у 21,74%, снижение уровня ферритина у 17,39%, повышение общего билирубина за счет непрямой фракции у 13,04%.

Основные инструментальные методы исследования, которые были назначены детям с обмороками: электрокардиография (ЭКГ) – 89,65% (26 чел.), эхокардиография (ЭХО-КГ) – 65,52% (19 чел.), магнито-резонансная томография (МРТ) – 48,28% (14 чел.), рентгенографическое исследование органов грудной клетки – 41,38% (12 чел.), электроэнцефалограмма (ЭЭГ) с гипервентеляцией 37,9% (11 чел.), компьютерная томография (КТ) 31,03% (9 чел.). При анализе результатов ЭКГ выявлено, что у многих пациентов наблюдались следующие изменения: брадикардия – 19,23%, СА-блокада 2 степени – 7,69%, АВ-блокада 3 степени – 3,84%, тахикардия – 2,36%. При изучении результатов ЭХО-КГ обследуемых установлено, что у большей части из них (84,21%) отклонения от нормы отсутствуют, однако у двух пациентов (10,53%) был выявлен пролапс митрального клапана 1 степени, у одного пациента (5,26%) недостаточность на клапане легочной артерии 2 степени, а у 57,69% – фальш-хорда левого желудочка.

Самым часто назначаемым лекарственным препаратом пациентам при синкопе был глицин у 55,17%, витамин В6 у 27,58%, фенибут у 13,80%, пирацетам у 3,45%.

Выводы:

1. Чаще всего синкопальные состояния наблюдаются у лиц женского пола.

2. Установлено, что обморочные состояния наиболее часто возникают в период активного роста детского организма.

3. Выявлено большое количество факторов, которые являются триггерными в развитии синкопе. Однако наиболее частым из них стало нахождение пациентов в душном помещении.

4. В большинстве случаев обморочное состояние у детей пришлось на теплое время года (лето).

5. Среднее время пребывания пациентов в стационаре составило меньше 1 недели, это говорит о том, что после обморочных состояний дети быстро восстанавливались и не требовали длительного наблюдения и лечения.

6. Традиционно лечение синкопальных состояний направлено на устранение первичного заболевания, но если оно отсутствует, таким пациентам показана ноотропная терапия и витаминотерапия.

Литература

1. Маркданте, К. Основы педиатрии по Нельсону / К. Маркданте, Р. Клигман [перевод с английского Е. В. Кокаревой]. – 8-е издание. – Москва: Эксмо, 2021. – С. 587

FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND PREVALENCE OF SYNCOPAL CONDITIONS IN CHILDREN

Artsymenia V. G., Artsymenia V. A., Zenevich O. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

vlad.artsimenya.0202@mail.ru

This article describes the causes of fainting conditions in childhood and the main characteristics of clinical picture. It also allows us to analyze different diagnostic and treatment methods.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА У ДЕТЕЙ

Арцименя В. А., Арцименя В. Г., Зеневич О. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

profdoc.ru@mail.ru

Введение. Острый обструктивный ларингит (круп) – воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с сужением просвета гортани. Ранее также использовался термин «стенозирующий ларинготрахеит». Основным возбудителем данного заболевания является вирус парагриппа (до 80% всех случаев), а также вирусы гриппа А и В, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус, риновирусы, энтеровирусы, бокавирус, коронавирус, метапневмовирус и др. Круп чаще встречается у детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет. Обычно это быстро купирующееся острое заболевание, разрешение симптомов наступает в течение 48 часов от начала адекватной терапии в 60% случаев, однако приблизительно 5% детей с крупом требуется госпитализация в стационар, причем 1-3% из госпитализированных может потребоваться искусственная вентиляция легких [1].

Комплекс неотложных лечебных мероприятий при крупе хорошо разработан и отражен в действующем клиническом протоколе от 17 августа 2023 г. № 118 «Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам детского возраста».

Цель исследования. Анализ клинико-anamnestических особенностей течения и принципов терапии острого обструктивного ларингита у детей.

Материалы и методы. В течение 3 лет за медицинской помощью с диагнозом острый ларингит в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» обратилось 1203 ребёнка. Количество госпитализированных составило 826 человек, амбулаторная помощь была оказана 377 детям. Основная информация по анамнестическим данным получена при анализе медицинских карт стационарных пациентов в системе 4dclient.