

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| Коломиец Н.Д., Ключарева А.А., Романова О.Н., Малевич Ю.К., Тонко О.В., Ханенко О.Н. Болезнь, вызванная вирусом Зика: новая TORCH-инфекция? | 3 |
| Батян Г.М., Астапов А.А., Василёнок Е.В. Трудности в клинической диагностике системной красной волчанки у детей | 7 |
| Пронько Н.В., Данилевич Н.А., Рыбак Т.Г. Синдром острой диареи у детей: особенности этиологии, эпидемиологии и клинико-лабораторных проявлений | 9 |
| Гаврилова О.А., Астапов А.А. Эффективность современных методов диагностики коклюша у детей | 12 |
| Левончук Е.А., Навроцкий А.Л. Клинический случай дистрофической формы врожденного рецессивного буллезного эпидермолиза | 14 |
| Рубаник Л.В., Скворцова И.Ю., Полещук Н.Н. Папилломавирусная инфекция уrogenитального тракта и другие патогены (Chlamydia trachomatis, вирусы герпеса, Trichomonas vaginalis) как кофакторы воспаления и триггеры морфологической трансформации клеток | 17 |
| Романова О.Н. Подходы к лечению хронического гепатита С в зависимости от клинических проявлений | 22 |
| Сергиенко Е.Н., Труханович С.М. Лайм-боррелиоз у детей: клинико-эпидемиологические особенности, диагностика и эффективность терапии | 26 |
| Прилуцкая В.А., Сапотницкий А.В., Гончарик А.В., Прилуцкий П.С. Преальбумин в оценке нутритивного статуса маловесных новорожденных | 28 |
| Гаврилова О.А., Астапов А.А., Артёмчик Т.А., Кашкан А.М. Сложности в клинической диагностике атипичной формы коклюша | 31 |
| Кузнецов О.Е. Уровень D-димера при беременности | 32 |
| Розметов И.Р. Алгоритм капсульно-связочной балансировки пателлофemorального сустава при тотальном эндопротезировании коленного сустава | 33 |
| Полойко Н.А. Особенности оперативного лечения переломов нижней челюсти | 38 |

Журнал «Медицинская панорама»
зарегистрирован в Государственном
реестре средств массовой информации
Свидетельство о регистрации № 180
от 31.03.09 г.

Основан: 1 августа 1998 года.

Учредитель: ООО «ДокторДизайн»

220117, Минск,
ул. Рафиева, 30, офис 197.
Тел./факс: (017) 376-88-68
Тел.: (017) 380-27-65, 380-27-56
Тел. моб.: (8 029) 662-52-46
e-mail: doctordesign@mail.ru

Периодичность: 7 номеров в год

Рецензионный совет:

Аверин В.И. д.м.н.; Михалевич С.И. д.м.н.;
Алейникова О.В. д.м.н.; Никифоров А.Н. д.м.н.;
Антонов И.П. д.м.н.; Панкратов О.В. д.м.н.;
Белецкий А.В. д.м.н.; Пристром М.С. д.м.н.;
Беляева Л.М. д.м.н.; Семак А.Е. д.м.н.;
Бова А.А. д.м.н.; Сидоренко В.Н. д.м.н.;
Воскресенский С.Л. д.м.н.; Силивончик Н.Н. д.м.н.;
Данилова Л.И. д.м.н.; Скугаревский О.А. д.м.н.;
Демидчик Ю.Е. д.м.н.; Смянович А.Ф. д.м.н.;
Канус И.И. д.м.н.; Строцкий А.В. д.м.н.;
Карпов И.А. д.м.н.; Сукало А.В. д.м.н.;
Ключарева А.А. д.м.н.; Тимошенко П.А. д.м.н.;
Косенко И.А. д.м.н.; Третьяк С.И. д.м.н.;
Лаптев А.Н. д.м.н.; Тябут Т.Д. д.м.н.;
Лаптева И.М. к.м.н.; Царев В.П. д.м.н.;
Ливенцева М.М. к.м.н.; Цыркунов В.М. д.м.н.;
Лукьянов А.М. д.м.н.; Шанько Ю.Г. д.м.н.;
Марченко Л.Н. д.м.н.; Шишко Г.А. д.м.н.;
Машевский А.А. д.м.н.; Яговдик Н.З. д.м.н.

Подписано в печать
с оригинала-макета 26.02.16.
Формат 60x90 1/8. Гарнитура «Официна Санс».
Уч.-изд. л. Усл. печ. л.
ISSN 2219-0791

Тираж 1000 (первый завод – 500 экз.).
Заказ № .

Цена номера 36000 рублей.

Отпечатано в ООО «Поликraft».

Лицензия № 02330/466 от 21.04.2014 г.
г. Минск, ул. Кнорина, 50, корп. 4, к. 401а.

Редакционная коллегия:

Бова А.А. д.м.н.;
Воскресенский С.Л. д.м.н.;
Канус И.И. д.м.н.;
Лаптев А.Н. д.м.н.;
Третьяк С.И. д.м.н.;
Силивончик Н.Н. д.м.н.;
Сукало А.В. д.м.н.;
Царев В.П. д.м.н.;
Цыркунов В.М. д.м.н.

Главный редактор: Малевич Ю.К.

Редактор: Кацевич И.В.

Редактор-корректор: Бялая Т.М.

Компьютерная верстка: Дуганова Т.В.

При перепечатке
материалов ссылка на журнал
«Медицинская панорама»
обязательна

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| Сергиенко Е.Н. Диагностика и терапия острого стенозирующего ларингита и ларинготрахеита у детей | 43 |
| Ярмолик Е.С., Хворик Д.Ф. Алгоритм лечения тяжелых форм розацеа | 45 |
| Тищенко Г.В., Цыркунов В.М. Особенности поражения лимфатических узлов туберкулезной и криптококковой инфекциями у ВИЧ-инфицированных пациентов | 49 |
| Курбат М.Н., Цыркунов В.М., Гуляй И.Э. Антиоксидантная активность альфа-токоферола и убихинона в плазме крови ВИЧ-инфицированных пациентов при назначении антиретровирусных препаратов | 52 |
| Брынина А.В., Хворик Д.Ф., Лискович Т.Г. Псориаз, ассоциированный с ишемической болезнью сердца: распространенность и клиничко-лабораторная характеристика | 55 |
| Кроткова Е.Н., Богущкий М.И., Бабаева И.В., Цыркунов В.М. Особенности клещевого энцефалита в Гродненском регионе | 59 |

- Davis, C.J. The use of prealbumin and C-reactive protein for monitoring nutrition support in adult patients receiving enteral nutrition in an urban medical center / C.J. Davis, D. Sowa, K.S. Keim [et al.] // *J. Parenter. Enteral. Nutr.* 2012. V. 36 (2). P. 197–204.
- Референтные интервалы некоторых биохимических и иммунохимических лабораторных исследований у здоровых новорожденных в раннем неонатальном периоде / Н.А. Маянский, Е.Н. Пономаренко, А.С. Балабанов [и др.] // *Вопросы диагностики в педиатрии.* 2012. Т. 4, № 5. С. 20–25.
- Клинико-лабораторный анализ энтеральной нутритивной поддержки детей с тяжелыми формами нарушения кишечного всасывания / Т.А. Шуматова, Н.Г. Приходченко, И.В. Ефремова [и др.] // *Тихоокеанский медицинский журнал.* 2013. № 1. С. 38–41.
- Чубарова, А.И. Возможности коррекции нутритивного статуса у детей раннего возраста с врожденными пороками сердца в периоперационный период / А.И. Чубарова, С.Р. Бирюкова // *Вопросы детской диетологии.* 2013. № 2. С. 8–14.
- Piao, Y.E. Influential factors of serum prealbumin and albumin level in premature infants / Y.E. Piao, P.I. Guang-Huan, Liu Jing-Tao // *J. The Fourth Military Medical University.* 2005. V. 7. P. 18–22.
- Адамкин, Д.Х. Стратегии питания младенцев с очень низкой массой тела при рождении: пер. с англ. / под ред. Е.Н. Байбаринной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 176 с.
- Fenton, T.R. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants / T.R. Fenton, J.H. Kim // *BMC Pediatrics.* 2013. V. 20, № 13. P. 59–72.
- Clinical indications for plasma protein assays: transthyretin (prealbumin) in inflammation and malnutrition / A.M. Johnson, G. Merlini, J. Sheldon [et al.] // *Clin. Chem. Lab. Med.* 2007. V. 45 (3). P. 419–426.

Дата поступления: 15.02.2016 г.

Случай из практики

Гаврилова О.А., Астапов А.А., Артёмчик Т.А., Кашкан А.М.

Белорусский государственный медицинский университет;
Городская детская инфекционная клиническая больница г. Минска

Сложности в клинической диагностике атипичной формы коклюша

Среди вакциноуправляемых инфекций детского возраста до настоящего времени остается актуальным коклюш – острое инфекционное заболевание, ведущим симптомом которого является приступообразный спазматический кашель. Во всем мире, и в частности в Республике Беларусь, отмечается увеличение заболеваемости данным заболеванием коклюшем [1]. Так, согласно статистическим данным, заболеваемость детей коклюшем за последние 10 лет в нашей стране увеличилась более чем в 5 раз: с 4,8 на 100 тыс. детского населения в 2005 г. до 25,6 на 100 тыс. детского населения в 2015 г. Однако в настоящее время существуют затруднения с выявлением истинной заболеваемости коклюшем в связи со сниженной настороженностью врачей в его отношении, трудностями лабораторной диагностики, а также более частой встречаемостью атипичных форм заболевания у привитых детей [2].

Типичная клиническая картина коклюша сопровождается малопродуктивным спазматическим кашлем с отхождением вязкой мокроты в конце приступа и/или посткашлевой рвотой, а также характерными лабораторными данными (гиперлейкоцитоз с лимфоцитозом и нормальным СОЭ), что позволяет диагностировать коклюш лишь в период спазматического кашля [2, 3]. Согласно современной эпидемиологии коклюшной инфекции, почти половина всех заболевших привита против коклюша в детстве, практически треть – дети школьного возраста, что в свою очередь привело к увеличению частоты атипичных форм коклюша, диагностика которых представляет определенную сложность. Так, выделяют abortивную, стертую и бессимптомную формы заболевания, клиническая картина которых характеризуется меньшей выраженностью кашля и его длительностью, отсутствием характерных лабораторных изменений, легкой тяжестью заболевания [2].

Учитывая эти данные, представляется интересным случай наблюдения атипичного коклюша у пациента. Ребенок А., 16 лет, поступил в приемное отделение УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» (УЗ «ГДИКБ») г. Минска 14.12.2015 г. с жалобами на затруднение дыхания по ночам в течение 12 дней. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 2 недель беспокоит редкий малопродуктивный кашель, периодически приступообразный, с отхождением вязкой мокроты после приступа кашля, температура тела не повышалась. Амбулаторно получал лечение без антибактериальной терапии по поводу ОРВИ: острого бронхита. Профилактические прививки проводились согласно возрасту. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ. Объективно: состояние при поступлении средней степени тяжести. В сознании, активен. Телосложение правильное, кожные покровы обычной окраски, инъекция склер. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, язык обложен белым налетом, язвочки на уздечке языка нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 90 ударов в минуту. В легких везикулярное дыхание, перкуторно – легочный звук, ЧД – 18 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не изменены.

Ребенок госпитализирован в боксированное отделение УЗ «ГДИКБ» для стационарного лечения с диагнозом: ОРВИ; острый бронхит. ДН 0 степени. Бронхиальная астма? На момент поступления основной жалобой являлось затруднение вдоха по ночам, не связанного с кашлем, из-за чего ребенок просыпался в испуге от нехватки воздуха. Эта жалоба и являлась причиной неоднократного обращения за медицинской помощью на догоспитальном этапе.

В первые сутки пребывания в стационаре (15-й день болезни) в гемограмме: эритроциты – $5,37 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 165 г/л, лейкоциты – $6,28 \times 10^9/л$, э – 2%, п – 10%, с – 60%, л – 26%, м – 2%, тромбоциты – $179 \times 10^9/л$, СОЭ – 3 мм/ч. Наблюдаемый в ОАК палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево противоречит характерным для коклюша лабораторным изменениям. В биохимическом анализе крови СРБ – 2 мг/л. Общий анализ мочи – прозрачная, реакция 6,0, удельный вес – 1032, эпителий 1–3 в поле зрения, лейкоциты – 1–3 в поле зрения, глюкозы, белка – нет. Обращает на себя внимание высокий удельный вес мочи. На R-грамме органов грудной клетки в прямой проекции – рентгенологические данные в пользу острого бронхита.

Однако, учитывая редкий малопродуктивный кашель с отхождением густой вязкой мокроты после приступа кашля и появление затрудненного вдоха по ночам, не связанного с кашлем, было решено обследовать ребенка на коклюшную инфекцию.

На 15-й день болезни была забрана кровь для определения антител к филаментозному гемагглютинуину *Bordetella Pertussis*, а также мазок из носоглотки для выявления ДНК возбудителя. В результате обследования установлено: IgM – отрицательно, IgG – 300 Ед/мл (тест-система ИФА для определения антител к *Bordetella Pertussis* (R-Biopharm AG, Германия), методом ПЦР – ДНК *Bordetella Pertussis* не обнаружена.

На 16–17-й день болезни состояние ребенка оценено как средней степени тяжести без динамики на фоне проводимой терапии (Синекод внутрь в возрастной дозе с первого дня стационарного лечения, антибиотикотерапия не проводилась). Сохраняется затруднение вдоха по ночам, участились приступы кашля, после которых отмечается отделение вязкой мокроты.

Возникло подозрение на наличие инородного тела в дыхательных путях, и с диагностической целью 17.12.2015 г. пациенту выполнена бронхоскопия, где визуализирована неизменная анатомия бронхального дерева, признаки воспаления слизистой бронхов по всей поверхности, инородного тела бронхов не обнаружено. Заключение: данные в пользу ОРВИ, бронхита.

На 19-й день болезни ребенок обследован на *Chlamidophila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* – антитела не обнаружены.

Учитывая прививочный статус пациента, для верификации коклюша потребовалось определение антител к коклюшному ток-

сину, кровь забрана 21.12.2015 г, результат получен 24.12.2015 г. С помощью тест-системы Serion Elisa classic Bordetella Pertussis IgG toxin (Virion/Serion, Германия) выявлены IgG к коклюшному токсину в диагностическом титре – 300 Ед/мл.

С 22-го дня болезни приступов кашля стало меньше (1–2 раза за ночь). На 25-й день от начала заболевания болезни (10 койко-дней пребывания в стационаре) пациент А. выписан домой в удовлетворительном состоянии без приступов кашля.

Таким образом, данный клинический пример коклюша у привитого подростка демонстрирует отсутствие типичных клинических и лабораторных признаков заболевания, что затрудняет диагностику атипичных форм заболевания. Отсутствие характерных для типичной формы заболевания жалоб на приступообразный, преимущественно ночной кашель с посткашлевой рвотой не позволило исключить диагноз коклюша без дополнительного лабораторного обследования. Клиническая картина заболевания требовала проведения дифференциальной диагностики с респираторным хламидиозом, микоплазмозом, инородным телом, объемным образованием в трахеобронхиальном дереве, а также с респираторным аллергозом.

Литература

1. Таточенко, В.К. Коклюш – недоуправляемая инфекция / В.К. Таточенко // Вопросы современной педиатрии. 2014. № 13. С. 78–82.
2. Бабаченко, И.В. Коклюш у детей / И.В. Бабаченко. М.: Комментарий, 2014. 176 с.
3. Тюкавкина, С.Ю., Харсеева, Г.Г. Коклюш: эпидемиология, биологические свойства Bordetella Pertussis, принципы лабораторной диагностики и специфической профилактики / С.Ю. Тюкавкина // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2014. Т. 19, № 4. С. 50–59.

Дата поступления: 25.02.2016 г.

Научная публикация

Кузнецов О.Е.

Гродненский государственный медицинский университет

Уровень D-димера при беременности

Резюме

норме уровень D-димера в крови человека невысокий. С наступлением беременности гемостаз беременной женщины перестраивается, активизируется. Процессы свертывания крови происходят активно, подготавливая организм будущей матери к родам и защищая его от кровопотерь. Уровень D-димера при беременности всегда завышен. Если концентрация D-димеров высокая, они могут вызвать нежелательные серьезные осложнения: гестоз, болезни почек, преэклампсия, возможна преждевременная отслойка плаценты, невынашивание. Считается, что с каждым триместром уровень D-димера повышается.

Ключевые слова: D-димер, беременность, триместр, гемостаз.

Kuznetsov A.E.

D-dimer level in pregnancy

Abstract

The normal level of D-dimer in blood is low. With the onset of pregnancy, a hemostasis activates. The level of D-dimer in pregnancy is always overestimated. If the concentration of D-dimer is high, they can cause unwanted serious complications: preeclampsia, kidney disease, preeclampsia, premature detachment of placenta, miscarriage. It is believed that each trimester D-dimer increase.

Key words: D-dimer, pregnancy, trimester, hemostasis.

Введение

Существует множество причин, по которым в нашем организме может начаться кровотечение. Однако во избежание кровопотерь

и тяжелых последствий в организме человека функционирует надежная система гемостаза: комплекс реакций, направленных на остановку кровотечения и предупреждение кровопотерь. Один из механизмов гемостаза – образование тромба на месте повреждения сосуда (с участием фибриногена, который формирует кровяной сгусток – фибрин). Когда травма заживет, образовавшийся тромб не нужен, и он растворяется (благодаря активности белка плазминогена): в процессе разрушения фибрина образуются промежуточные продукты его распада – D-димеры (продукт лизиса фибрина – расщепления поперечно-сшитого, нерастворимого фибрина плазмином). Следовательно, если в крови обнаружен D-димер, значит имело место тромбообразование, и чем D-димера больше, тем склонность к тромбообразованию выше. Количественное определение D-димеров имеет диагностическое значение [1, 2].

В норме уровень D-димера в крови человека невысокий. Но с наступлением беременности все меняется: вместе с остальными органами и системами гемостаз беременной женщины перестраивается, активизируется. Процессы свертывания крови происходят более активно с увеличением срока беременности, подготавливая организм будущей матери к родам и защищая его от вероятных кровопотерь. Поэтому уровень D-димера при беременности всегда несколько завышен. Если концентрация D-димеров высокая, они могут вызвать нежелательные серьезные осложнения: гестоз, болезни почек, преэклампсию, преждевременную отслойку плаценты, невынашивание. Считается, что с каждым триместром D-димер повышается. Определение величины этого показателя – процедура, цель которой – отслеживание по триместрам здоровья будущей матери [3].

Таким образом, анализ на D-димеры при беременности позволяет выявить повышенную склонность к тромбообразованию и в случае необходимости откорректировать активность свертывающей системы.

Цель работы: установление референтной величины уровня D-димера у практически здоровых лиц и женщин I, II и III триместров беременности.

Материалы и методы

Исследование выполнено в Гродненском регионе на кафедре клинической лабораторной диагностики и иммунологии Гродненского государственного университета в 2013–2015 гг. Проведена оценка результатов исследования D-димеров практически здоровых лиц и женщин I, II и III триместров беременности. Общее число обследованных лиц – 470 человек. Здоровые лица (женщины 19–39 лет, не беременные) – 282 человека, беременные (практически здоровые, без осложнений) – 188 человек. В ходе проведения скрининга все лица были распределены по группам: здоровые небеременные (контроль), беременные (I триместр, без осложнений), беременные (II триместр, без осложнений), беременные (III триместр, без осложнений). Исследование выполнено на автоматическом коагулологическом анализаторе ACL Elite Pro реагентами HemosIL D-Dimer Hs 500 производства Instrumentation Laboratory, США (метод одобрен к использованию Управлением по контролю над лекарствами США, FDA). Используемый метод определения – иммунологический. Данные респондентов отражали информацию о полученных результатах и вносились в базу данных. Статистический анализ – SPSS 13.

Результаты исследования

В медицине не существует четко установленных норм для D-димеров в период беременности. В каждой отдельной лаборатории приняты свои нормы, зависящие от использования различного вида оборудования и технологий, на которые и следует ориентироваться при сдаче анализа. Также этот показатель может измеряться в разных единицах – нг/мл, мкг/мл, мг/л, на что тоже