

3. Холодная М.А. Когнитивная психология. Когнитивные стили: учебное пособие для вузов. М.: Юрайт, 2024. 307 с.

4. Epp J.R., Chow C., Galea L.A. Hippocampus-dependent learning influences hippocampal neurogenesis // *Front Neurosci.* 2013. Vol. 7. No. 57. P. 1040-1049.

5. Baek Seung-Soo. Role of exercise on the brain // *Journal of Exercise Rehabilitation.* 2016. Vol. 12. No. 5. P. 380-385.

СОЧЕТАННОЕ ТЕЧЕНИЕ КОКЛЮША И КОРИ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ

Краскова А.С., Бегайдарова Р.Х.,
Балтабаева А.Д.

*НАО «Медицинский университет
города Караганды», Караганда,
e-mail: akraskova25@gmail.com,
r.h.begaidarova@mail.ru, aika9595_09@mail.ru*

Эпидемиологическая ситуация и в мире, по заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРИ) остается на стабильно высоком уровне. Особую значимость данная проблема имеет для педиатрической практики, что обусловлено большой долей ОРИ в общей структуре инфекционной патологии у детей, высокой вероятностью развития угрожающих для жизни состояний и сохраняющейся летальностью [1, с.41]

В последнее время особое внимание уделяется сочетанным формам ОРВИ, однако данная проблема до сих пор остается малоизученной. В большинстве современных обзоров одновременное обнаружение двух и более респираторных вирусов у детей колеблется от 10 до 30%. Связь между обнаружением нескольких респираторных вирусов и тяжестью заболевания у детей на современном этапе также изучена недостаточно. [2, с.16]

Сочетанные инфекционные заболевания широко распространены в настоящее время и чаще всего возникают в эндемичных очагах с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой. Общие механизмы передачи возбудителей инфекций способствуют одномоментному заражению несколькими видами патогенов инфекционного процесса.

В 2023 году в Казахстане отмечался резкий рост вакциноуправляемых инфекций таких, как коклюш и корь. Распространению инфекции способствует недостаточный уровень охвата иммунизации детей вследствие отказа родителей от вакцинации, пропуска иммунизации во время пандемии коронавируса, а так же необоснованные медицинские отводы.

Согласно сообщению Министерства Здравоохранения Республики Казахстан на конец 2023 года по республике зарегистрировано 29648 случаев кори, из них 80% приходится на детей до 14 лет. Что касается ситуации по коклюшу дети до 14 лет – 357 случаев (98%), из них дети до года – 155 случаев (43,4%), от 1 до 5 лет:

169 случаев (47,3%), от 5 до 9 лет – 27 случаев (7,6%), от 10 до 14 лет – 6 случаев (1,7%). Среди подростков 15-17 лет – 2 случая (0,5%), пациентов старше 19 лет – 6 случаев (1,5%).

Возбудители и кори, и коклюша способны вызывать серьезные и потенциально смертельные осложнения, особенно у детей младшего возраста, такие как: вторичные бактериальные пневмонии с тяжелой острой дыхательной недостаточностью, сепсис с развитием полиорганной недостаточности, менингиты и менингоэнцефалиты с отеком головного мозга и другие. Проблема микст-инфекции при коклюше, согласно многолетним наблюдениям, не теряет своей остроты. Частое сочетание коклюша с различными респираторными инфекциями служит ведущим фактором, определяющим осложненное течение и неблагоприятные исходы заболевания [3, с.82]

Цель статьи – демонстрация сочетанного течения коклюша и кори у ребенка 5 лет с клинико- лабораторными показателями на примере клинического случая.

Материалы и методы исследования

Описание и анализ клинического случая ребенка 5 лет, находившегося в нейробоксированном отделении Инфекционного центра Областной клинической больницы города Караганды с 22.11.2023 г. по 11.12.2023 г.

Клиническое наблюдение

Ребенок А. 5 лет, поступает в Инфекционный центр Областной клинической больницы г.Караганды с жалобами на приступообразный кашель, повышение температуры тела до 38,0С, слабость, вялость, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания со слов мамы ребенок болен с 07.11.2023г. когда впервые отметили появление приступообразного кашля. Самостоятельно давали эхиноцею. 10.11.2023г. обратились к участковому врачу, рекомендовано проводить симптоматическое лечение. 13.11.2023г. состояние без улучшения, продолжается приступообразный сухой кашель, в связи с чем рекомендовано к терапии добавить ингаляции с будесонидом. 17.11.2023г. обратились к частному врачу, рекомендована антибактериальная терапия амоксициллин+ клавулановая кислота 625гр x 1 раз в сутки. Состояние без изменений, поэтому 19.11.2023г. ребенок был госпитализирован в Детскую многопрофильную больницу г. Караганды для дальнейшего стационарного лечения. Учитывая длительность кашля ребенок был обследован на коклюш методом ИФА, где: anti-Bordetella pertussis IgM- результат положительный. В связи с положительным результатом, 22.11.2023г. переведен в ИЦ ОКБ. Госпитализирован в нейробоксированное отделение с диагнозом: Коклюш, средней степени тяжести, период спазматического кашля.

Из анамнеза жизни ребенок от 1 беременности, 1 родов. Течение беременности на фоне артериальной гипертензии у матери. Течение родов путем кесарево сечения, в сроке 37 недель. Вес при рождении 2700 г, рост 51 см. Ребенок не доношенный. Прививочный статус: в роддоме (далее медицинский отвод по поводу мочеочечникового рефлюкса). Перенесенные заболевания: ОРВИ сезонно, бронхит (в раннем детстве). Хронические заболевания: двухсторонний смешанный пузырно-мочеточниковый рефлюкс I- II степени. Хронический вторичный пиелонефрит (февраль 2023г). Травм не было. Операции: эндоскопическая коррекция пузырно- мочеточникового рефлюкса (2021г). Стоит на Д-учете у уролога. Наследственность не отягощена. Эпидемиологический анамнез: проживает в благоустроенной квартире с бабушкой, у которой отмечался длительный сухой кашель, однако на коклюш не была обследована. 19.11.2023года произошел контакт ребенка с больным по кори в условиях стационара.

Объективные данные при поступлении в инфекционный стационар: общее состояние ребенка средней степени тяжести за счет спазматического кашля. За сутки происходит от 4 до 6 приступов спазматического кашля, с репризами, без апноэ. Температуры на субфебрильных цифрах (37,3-37,6С). Сознание ясное. Самочувствие несколько нарушено, перед приступами кашля ребенок беспокоится, мечется. Аппетит несколько снижен, жидкость пьет охотно. Необильная рвота после приступов кашля. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Кожные покровы бледной окраски, во время приступов отмечается периоральный цианоз. Отмечается периорбитальная отечность. Конечности теплые. Скорость капиллярного наполнения менее 3 сек. Сыпи нет. Видимые сли-

зистые чистые, розовой окраски, увлажнены. Глаза не запавшие, кожная складка расправляется немедленно. Периферических отеков нет. Лимфоузлы периферические не увеличены. Костно-мышечная система без видимой деформации. Дыхание через нос свободное. Зев умеренно гиперемирован, миндалины не увеличены, без гнойных налетов. Дыхание без участия вспомогательной мускулатуры, ЧДД- 26 в минуту. Втяжения нижней части грудной клетки не наблюдается. Кивательных движениях головы не отмечается. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Одышка отсутствует. Периферический пульс: удовлетворительный, 98 ударов в минуту. Тоны сердца громкие, ритм правильный, ЧСС- 96-98 ударов в минуту. Шумов в сердце нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут, сигма не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Мочиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Менингеальные симптомы отрицательные. Очаговая симптоматика отсутствует.

За период стационарного лечения с 22.11.23-29.11.23 проводилась терапия:

С антибактериальной целью Цефтриаксон 800мг x 1 раз в сутки, с противокашлевой целью Бутамират по 20 капель x 4 раза в сутки. В этот наблюдаемый период времени отмечалась положительная динамика в виде уменьшения интенсивности кашля, в снижении частоты приступов кашля с репризами, полном купировании интоксикационного синдрома.

Однако, с 30.11.2023 отмечается повторное стойкое повышение температуры тела до фебрильных цифр, появились катаральные явления в виде насморка, слезоточивости и сухого грубого кашля. Дополнительно проведена рентгенография обзорная органов грудной клетки.

Гемограмма ребенка за период госпитализации

Показатели крови	22.11.2023 г. (при поступлении)	30.11.2023 г. (катаральный период кори)	11.12.2023 г. (перед выпиской из стационар)
СОЭ (мм/ч)	13.0	9.0	6.0
Гемоглобин(г/л)	133.0	131.0	130.0
Гематокрит(%)	40.0	40.0	40.0
Эритроциты(/л)	4.30	4.30	4.30
Лейкоциты(/л)	14.80	8.2	5.80
Палочкоядерные нейтрофилы(%)	8.0	1	1
Сегментоядерные нейтрофилы(%)	20.0	32.0	43.0
Моноциты(%)	12	12	12
Лимфоциты(%)	60.0	53.0	44.0
Эозинофилы(%)	0	2.0	0

Заключение: рентген-картина легких без очаговых и инфильтративных теней. 05.12.2023 появились первые элементы сыпи на лице и за ушами пятнисто-папулезного характера, которая в динамике распространилась по всему телу и местами с тенденцией к слиянию. На пятые сутки от момента высыпаний был взят анализ крови методом ИФА на корь. Результат крови на корь от 11.12.2023 IgM – положительный. Дополнительно к лечению назначен с противовирусной целью инозин пранобекс 250мг орально №7 дней, с десенсебилизирующей целью хлорапирамин 12,5мг 1р/день № 7 дней.

Гемограмма ребенка за период госпитализации показывает, что при поступлении с диагнозом коклюш наблюдался классический лейкоцитоз с лимфоцитозом, далее при присоединении коревой инфекции отмечалось снижение количества лейкоцитов с тенденцией к лейкопении при выписке. А остальные значения гемограммы при выписке оставались в пределах нормы.

На фоне проводимой терапии состояние ребенка с положительной динамикой. Симптомы коклюша в виде приступообразного кашля с репризами купировались, сыпь поэтапно регрессировала, с образованием пигментации. Ребенок выписан с улучшением состояния.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует возможность сочетанного течения коклюша и кори у ребенка. Показывает необходимость своевременной диагностики и осторожности врачей амбулаторного и стационарного уровня. Клиническое наблюдение позволило отметить, что сочетанное течение инфекционного процесса не повлияло на тяжесть состояния ребенка и на продолжительность госпитализации. Также работа отражает важность коллективной иммунизации детей всех возрастов и проблемы ложных медицинских отводов на амбулаторном уровне.

Список литературы

1. Николаева С.В., Хлыповка Ю.Н., Горелов А.В. Острые респираторные инфекции сочетанной этиологии у детей // Медицинский совет. 2022. № 16(12). С. 40-43.
2. Мазанкова Л.Н., Самитова Э.Р., Османов И.М., Драчева Н.А., Каурова Е.П. Сочетанные формы COVID-19 с острыми респираторными вирусными инфекциями у детей // Детские инфекции. 2022. № 21(1). С. 16-22.
3. Попова О.П., Бляхер М.С., Федорова И.М., Котелева С.И., Капустин И.В., Драчева Н.А., Вартамян Р.В., Бунин С.В. Клинико-иммунологические особенности сочетанного течения коклюша и риновирусной инфекции у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии 2021. № 66(5). С. 82-87.
4. Попова О.П., Зверева Н.Н., Сайфуллин М.А., Бунин С.В., Котелева С.И., Федорова И.М., Борисова О.Ю. Сочетанное течение коклюша и эпидемического паротита на примере семейного очага // Педиатрия. 2019. Т. 98, №1 С. 246
5. URL: <https://www.zakon.kz/obshestvo/6420077-pochti-30-tysyach-slucaev-kori-vyyavili-za-2023-god-v-kazakhstan.html> (дата обращения: 25.01.2024).
6. Клинический протокол Министерства Здравоохранения Республики Казахстан «Корь у детей» 2016 г.
7. Клинический протокол Министерства Здравоохранения Республики Казахстан «Коклюш» 2016 г.

8. Венгеров Ю.Я., Зайцева И.А., Михайлова Е.В. Корь. Инфекционные болезни. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1030 с.

9. Тимченко В.Н., Чернова Т.М., Бублина О.В. и др. Корь у детей раннего возраста // Детские инфекции. 2015. № 14. С. 52-58.

10. Раев М.Б., Храмов П.В., Бочкова М.С. и др. Диагностика кори: современные подходы, проблемы // Российский иммунологический журнал. 2017. № 3. С. 474-476.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сафарова Э.В., Алиева Х.М.,
Гребенникова И.В.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет имени Н.Н. Бурденко»,
Воронеж, e-mail: eterka.s@icloud.com

В современной стоматологии отмечается ежегодная тенденция увеличения встречаемости аллергических заболеваний. По данным ВОЗ, аллергии занимают третье место в мире после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Международные исследования доказали нерегулярную встречаемость аллергии на стоматологический инвентарь, однако причинами этих реакций является обширный диапазон материалов, который применяют стоматологи на сегодняшний день: дентальные сплавы, пластмассы и материалы для пломбирования. В настоящее время нередки случаи, когда врачу-стоматологу приходится оказывать экстренную помощь по неотложным показаниям. Актуальность проблемы обусловлена рядом специфических особенностей амбулаторного стоматологического приема. Во-первых, это самый массовый вид специализированной медицинской помощи. Во-вторых, врачебные манипуляции выполняются в мощной рефлексогенной зоне, поэтому у пациентов, имеющих опыт лечения в условиях неадекватной анестезии, наблюдается дентофобия; создается негативный психоэмоциональный настрой, вследствие которой определяются усиленные либо извращенные реакции даже на подпороговые раздражители. В-третьих, возможности полного обследования больного с целью выявления нарушений в системах в условиях стоматологической амбулатории ограничены. Следовательно, первостепенной для стоматолога является стратегия неотложной помощи при декомпенсированной эндокринной, психоневрологической, сердечно-сосудистой, респираторной, иммунологической патологии [1].

Цель работы – изучить основные проявления аллергических реакций в стоматологической практике.

Материалы и методы исследования

Произведен анализ литературных данных разных лет, освещающих проблему аллергических реакций в стоматологии.