

фон. Это дети, рожденные от наркозависимых женщин, — 95 %, страдающих хроническим алкоголизмом, — 60 %. Сочетание перинатального контакта по ВИЧ-инфекции с вирусными гепатитами В и С зарегистрировано у 90 % детей, недоношенность — 60 %. Гипоксически — ишемическое поражение ЦНС диагностировано у всех детей. Сочетание ВИЧ-индуцированного поражения ЦНС с гипоксическими, травматическими, токсикометаболическими и другими инфекционными повреждениями осложняет диагностику и обуславливает тяжесть неврологических нарушений. Поражение головного и спинного мозга при ВИЧ/СПИД инфекции обусловлено цитопатогенным действием вируса иммунодефицита человека, что приводит к развитию ВИЧ-энцефалита, вакуолярной миелопатии и дистальной симметричной полинейропатии. ВИЧ-энцефалит, являющийся наиболее частым неврологическим проявлением у детей, может характеризоваться острым и подострым течением (ВИЧ-энцефалопатия, HIV-dementia-complex). Патоморфологические изменения представлены выраженными циркуляторными нарушениями, альтеративно-дистрофическими и инфильтративно-пролиферативными процессами. Для перинатальной ВИЧ-инфекции типичны признаки нарушения созревания нервной ткани. Основными клиническими проявлениями ВИЧ-энцефалита у детей являются когнитивные расстройства. Выявлено, что 60 % пациентов отставали в психомоторном и речевом развитии более чем на 12 месяцев. Диагноз органическое поражение центральной нервной системы с грубым отставанием в психоречевом развитии установлен 6 пациентам старшей возрастной группы и 3 — младшей. Особенности поведения являлись агрессия (20 пациентов), аутоагрессия (12 пациентов). Синдром дефицита внимания с гиперактивностью диагностирован у 16 пациентов старшей возрастной группы. Снижение мотивации к обучению выявлено у 12 человек (все дети школьного возраста). Дисграфия, дислексия, нарушение пространственного восприятия отмечены у 9 пациентов. Логопедическое тестирование детей старшей возрастной группы выявило задержку речевого развития у 80 % пациентов, дизартрию — у 20 %, общее недоразвитие речи — у 5 %, сенсомоторную алалию — у 5 %. Аутизм диагностирован психиатром у 2 пациентов.

Таким образом, Групповые занятия способствовали выработке сотрудничающего поведения, способности к компромиссам, расширению речевых навыков (средний словарный запас детей младшей группы возрос в среднем с 900 до 1600 слов после 12 месяцев логопедической коррекции) и социальной адаптации пациентов (пробывание детей в семьях, обучение в общеобразовательной школе значительно расширяют социальный фон и оптимизируют темпы психоречевого развития).

Горбунова Г., Яворский Э., Гроссу В.

СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСКОГО–ТЕРНЕРА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Государственный университет медицины и фармации «Н.Тестемицану», Департамент педиатрии

В статье описан клинический случай синдрома Шерешевского–Тернера (СШТ). Синдром Шерешевского–Тернера является генетически детерминированным заболеванием и встречается с частотой 1 случай на 2000–2500 девочек, рожденных живыми. СШТ является наиболее распространенной хромосомной аномалией, приводящей к низкорослости у девочек. Хромосомные аномалии при данном синдроме проявляются в виде отсутствия одной из двух хромосом (делеции или транслокации), возможны различные мозаичные варианты, когда хромосомный набор частично сохранен. Для данной патологии характерна триада признаков: низкий рост, дисгенезия гонад и врожденные аномалии различных органов. Клинический случай представляет интерес с точки зрения позднего подтверждения диагноза. Диагноз был выставлен в 13 лет, когда пациентка была направлена семейным врачом в отделение детской гинекологии с признаками отставания в физическом и половом развитии, где после обследования был уточнен диагноз. Ключевым диагностическим методом в рассматриваемом случае явилось определение кариотипа. Можно предположить что своевременное исследование семейными врачами девочек с отставанием в физическом и половом развитии способствовало своевременному выявлению детей с синдромом *Шерешевского–Тернера*.

G. Gorbunov, E. Yavorsky, V. Gross

Turner's syndrome in the practice of the family doctor

Key words: children, Turner's syndrome, stunted physical and sexual development, family doctors, karyotype.

Clinical case of interest from the point of view of the late confirmation. The diagnosis was established at the age of 13 years old, when the patient was sent by a family physician to the department of pediatric gynecology with signs of stunted physical and sexual development, where, after the examination was confirmed the diagnosis. The key diagnostic method in this case was to determine the karyotype. It can be assumed that the timely examination of stunted physical and sexual development girls by family physicians contributed to the timely identification of children with Turner's syndrome.