

К сужению просвета кишки были склонны мужчины нежели женщины, с локализацией опухоли в прямой кишке и на 2 стадии злокачественного процесса. Анемия наблюдалась лишь у 20 %, а гиперкоагуляция — у 45 % пациентов. Также наблюдался нейтрофилез — у 19 % и лимфопения — у 29 %.

Ко всем осложнениям были склонны пациенты старше 60 лет. Изменение в биохимическом анализе крови, наблюдалось не более чем у 10 % всех пациентов. Количество человек с повышенным скорости оседания эритроцитов достигало 85 %, за исключением пациентов с сужением просвета кишки — 50 %. Следует отметить, что, в среднем, у 90 % человек имела сопутствующая ишемическая болезнь сердца.

Причины анемии при колоректальном раке обусловлены хроническим кровотечением, дефицитом нутритивных факторов эритропоэза (витаминов и железа).

Активация коагуляции при раке — комплексный феномен различных путей взаимодействия опухолевых клеток со всеми компонентами системы гемостаза. Опухолевые клетки могут напрямую активировать коагуляционный процесс за счет следующих процессов: 1) продуцирования прокоагулянтных веществ; 2) высвобождения цитокинов; 3) прямого взаимодействия с ЭК; 4) взаимодействия с эритроцитами, моноцитами/макрофагами и тромбоцитами.

Выводы

Данные проведенного исследования выявляют, что наиболее частым послеоперационным осложнением является образование свищей на месте послеоперационной раны. Ко всем осложнениям в большей мере склонны пациенты старше 60 лет, с локализацией опухоли в прямой кишке и на 2 стадии опухолевого процесса. Несостоятельность анастомоза и образование послеоперационных свищей наблюдается, как правило, у женщин, а кровотечения и сужение просвета кишки — у мужчин. В лабораторных исследованиях прослеживаются такие процессы как: анемия, гиперкоагуляция, нейтрофилез и лимфопения, увеличение скорости оседания эритроцитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисенко, В. Л. Осложнения колоректального рака: проблемы и перспективы / В. Л. Денисенко, Ю. М. Гаин // Новости хирургии. — 2011. — № 1. — С. 103–111.
2. Птушкин, В. В. Анемии и дефицит железа у онкологических больных / В. В. Птушкин // Клиническая онкогематология. — 2013. — № 1. — С. 91–96.
3. Рак, тромбозы и гепарин — современное состояние проблемы / С. П. Свиридова [и др.] // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2013. — № 2. — С. 11–20.

УДК 616.5-002.524-053.2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ДЕТЕЙ

Пуценч О. В., Мисоченко Д. Л.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

Учреждения образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Системная красная волчанка (СКВ) — одно из наиболее тяжелых и часто встречающихся системных заболеваний соединительной ткани. СКВ — это аутоиммунное заболевание, в основе которого лежит генетически обусловленное нарушение иммунной системы, приводящее к образованию аутоантител к широкому спектру антигенных компонентов клеток и развитию иммунного воспаления. Заболевание отличается полиморфизмом клинических проявлений, хроническим прогрессирующим течением и может явиться причиной неблагоприятного исхода.

Цель

Изучить особенности течения системной красной волчанки у детей.

Материал и методы исследования

Были проанализированы истории болезни детей, страдающих системной красной волчанкой и проходивших лечение в кардиоревматологическом отделении ГОДКБ с января 2015 по декабрь 2017 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего за 3 года было пролечено 4 ребенка с системной красной волчанкой, каждый ребенок был госпитализирован трижды. Все пациенты — 4 (100 %) были девочками. 2 (50 %) детей проживают в городе и 2 (50 %) в сельской местности. Возраст детей составил от 10 до 15 лет.

При оценке наследственности было выявлено, что отягощенная наследственность отмечалась у 1 ребенка по заболеванию почек по материнской линии.

Анализ физического развития детей показал, что 2 (50 %) детей имеют среднегармоничное развитие, 1 (25 %) среднее дисгармоничное, дефицит массы тела I степени, 1 (25 %) ребенок — вышесреднее дисгармоничное, избыток массы тела I степени.

Характер жалоб при поступлении менялся в различные госпитализации, но наиболее часто отмечались жалобы на слабость, сонливость, утомляемость — в 5 (41,7 %), повышение температуры тела — в 3 (25 %) случаев, повышение артериального давления — в 3 (25 %) случаях, боль в мышцах и суставах в 3 (25 %) случаев. «Волчаночная бабочка» была зафиксирована у всех детей, но в разные госпитализации — в 10 (83,3 %) случаях.

В общем анализе крови наиболее часто отмечались: анемия в 3 (25 %) случаях, тромбоцитопения — в 1 (8,3 %) случае, нейтрофиллез — в 5 (41,7 %) случаях, лейкоцитоз — в 6 (50 %) случаях, увеличения СОЭ — в 8 (66,7 %) случаях. Максимальное значение СОЭ составило — 54 мм/час.

Наиболее выраженные изменения в биохимическом анализе крови касались повышения серомукоида — в 4 (33,3 %) случаев, повышение АСАТ — в 2 (16,7 %) случаях, повышение АЛАТ — в 3 (25 %) случаях. У 1 (25 %) ребенка в течение в 2 госпитализаций отмечалось повышение мочевины.

Повышение циркулирующих иммунных комплексов было выявлено у всех детей, максимальное значение составило 119 Ед. LE-клетки не были обнаружены ни у одного ребенка. Изменения в анализах мочи в виде протеинурии и гематурии отмечались в 5 (41,7 %) случаях, лейкоцитурия — в 3 (25 %) случаях. При проведении УЗИ исследования у 2 (50 %) детей выявлена гепатомегалия, у 1 (25 %) — спленомегалия, гипертрофия миокарда левого желудочка у 1 (25 %) ребенка, гипертрофия межжелудочковой перегородки у 2 (50 %) детей. Биопсия почек проводилась 3 (75 %) детям, во всех случаях выявлен люпус-нефрит.

Все дети получали базисную терапию в виде преднизолона, 1 (25 %) ребенку дважды проводилась пульс-терапия циклофосфаном, кроме этого в 7 (58,3 %) назначались бета-адреноблокаторы, все дети получали ингибиторы протонной помпы и симптоматическую терапию. Все дети были выписаны с улучшением, средняя длительность пребывания в стационаре составила 17,3 койко-дней.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного анализа было выявлено что все пациенты, страдающие СКВ были девочками в возрасте от 10 до 15 лет. Зависимости возникновения заболевания от места проживания выявлено не было. Доминирующими жалобами были жалобы на слабость, утомляемость, сонливость, боли в мышцах и суставах. Наиболее частыми синдромами явились кожный, астенический и гематологический синдром. Все дети получали иммунносупрессивную терапию, выписаны с улучшением.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, И. И.* Диффузные болезни соединительной ткани / И. И. Беляева. — СПб.: СпецЛит, 2009. — С. 198–202.
2. *Зоткин, Е. Г.* Диффузные болезни соединительной ткани / Е. Г. Зоткин. — СПб.: Медицинская книга, 2011. — С. 201–208.
3. *Стрюк, Р. И.* Ревматические болезни: болезни суставов и диффузные заболевания соединительной ткани / Р. И. Стрюк, Л. М. Ермолина. — М.: Бином. Лаборатория знаний, 2014. — С. 320–324.