

Выводы

Нашим исследованием мы хотели показать, что при выборе метода герниопластики, порой, ключевое значение в выборе способа пластики занимает состояние мышечно-апоневротического слоя вокруг грыжевого дефекта, а не сам дефект. Тем самым, разработанная нами балльная система не только учитывает этот факт, но и позволяет добиться наилучших результатов лечения, свести к минимуму риск развития осложнений и рецидивов. Также данная методика облегчает работу хирурга, способствует сокращению времени пребывания в операционной и нахождение пациента в стационаре, что значительно снижает финансовую нагрузку на государство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев, В. Н. Атлас оперативной хирургии грыж / В. Н. Егиев, К. В. Лядов, П. К. Воскресенский. — М.: Медпрактика-М, 2003. — 228 с.
2. Жебровский, В. В. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж / В. В. Жебровский, К. Д. Тоскин, Ф. Н. Ильченко // Вестник хирургии. — 1996. — № 2. — С. 105–108.
3. Ультразвуковая диагностика в абдоминальной и сосудистой хирургии / под ред. Г. И. Кунцевич. — Минск, 1999. — 256 с.

УДК 616.5-002.525.2-053.2

СЛУЧАИ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Фисюк А. А.

Научный руководитель: ассистент Т. Е. Бубневич

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Увеличение заболеваемости системной красной волчанкой (СКВ), тяжелый характер течения, высокий процент инвалидизации определяют медицинскую и социальную значимость данной проблемы. Заболеваемость составляет в среднем 0,4–0,9 случая на 100 тыс. детского населения в год. Наиболее частая заболеваемость наблюдается у детей с 9-летнего возраста с максимумом в 12–14 лет в основном у девочек. Современные методы терапии способствуют достижению ремиссии СКВ у большинства больных и обеспечению достаточно высокого качества жизни [1, 2, 3].

Цель

Изучить клинические проявления, подходы к терапии детей с СКВ.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй стационарного пациента с диагнозом СКВ за период с 2011 по 2016 гг., проходивших лечение в кардиоревматологическом отделении У «Гомельская областная детская клиническая больница». Для установления диагноза СКВ были использованы классификационные критерии Американской коллегии ревматологии.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование включены 6 девочек с диагнозом СКВ. У всех детей начало заболевания пришлось на 11–15 лет, характеризовалось острым течением, высокой степенью активности; заболеванию предшествовала фотосенсибилизация. Физическое развитие на начало заболевания среднее гармоничное у 4 (66,7 %) детей, у 2 детей — низкое дисгармоничное и высокое резко дисгармоничное. На фоне базисной терапии — рост индекса массы тела у всех детей и ожирению разной степени выраженности. Наследственность отягощена у 3 (50 %) детей — в анамнезе у родителей сахарный диабет, ожирение, бронхиальная астма. В начале заболевания у всех детей наблюдался интоксикационный синдром, эритема на лице в виде «бабочки», суставной синдром (полиартрит); ливедо васкулит у 5 (83,3 %) детей,

афтозный стоматит — у 2 (33,3 %) девочек. У всех детей наблюдались поражение почек (потеря белка с мочой в среднем 0,5 г/л), гепатолиенальный синдром, лимфаденопатия, миалгии, миозит. У 1-го ребенка диагностирован гепатит, у 1-го — антифосфолипидный синдром (АФС).

В ходе обследования у 5 (83,3 %) детей выявлена нормохромная анемия, у 1 — гемолитическая анемия; лейкопения (не менее двух анализов) — у 5 (83,3 %) детей, у 1 — лейкоцитоз; тромбоцитопения — у 4 (66,7 %) детей. Скорость оседания эритроцитов больше 50 мм/ч отмечалась у всех детей. В биохимическом анализе крови у всех детей повышен уровень белков острой фазы воспаления: СРБ 35–67 мг/л, серогликоиды 0,8–1,4 ед; диспротеинемия (гипергаммаглобулинемия) и дислипидемия: повышение общего холестерина 6,5–8,7 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности 4,1–4,9 ммоль/л. Высокий риск развития атеросклероза: коэффициент атерогенности более 4 — у 4 (66,7 %) детей, более 5 — у 2 (33,3 %). У 100 % детей наблюдалось повышение уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ 2000–4500 Ед/л), у 3 (50 %) детей повышение тимоловой пробы более 6 ед, у 1 ребенка — повышение уровня трансаминаз в 8 раз от исходного. Коагулограмма: повышение уровня фибриногена отмечался у всех детей 6,4–8,6 г/л, у 2 (33,3 %) детей — повышение АЧТВ более 50 с. LE-клетки (более 5 на 1000 лейкоцитов) обнаружены в крови у половины детей (50 %). Всем детям проводилось обследование на ВИЧ, RW — отрицательный. Проба Кумбса положительна у 1-го ребенка. У 1 ребенка отмечались повышение уровня ТТГ и снижение общего Т₄ в сыворотке крови. Всем детям проводился ИФА на вирусные гепатиты; вирусы простого герпеса, ВЭБ, ЦМВ; энтеровирусы, вирусы кори, краснухи, эпидемического паротита — результат отрицательный. У всех детей повышен уровень циркулирующих иммунных комплексов 98–157 Ед/мл, уровни противоядерных антител, антител IgG к нуклеосомам, антител IgG к двухцепочечной геномной ДНК. Волчаночный антикоагулянт и антитела к кардиолипину выявлены у 1-го ребенка. Всем детям исключалось системное заболевание крови. В анализе мочи у всех детей (100 %) протеинурия 0,06–0,1 г/л, гематурия 5–10 в поле зрения; у 4 (66,7 %) детей уратурия. В анализе мочи по Нечипоренко у всех детей: гематурия 1500–2500 в мл, цилиндрурия 40–50 в мл. Суточная протеинурия — 0,5–0,9 г/л.

Всем детям стартово внутривенно вводился преднизолон 15 мг/кг 3 дня, далее — внутрь, в пересчете по преднизолону, 1 мг/кг/сут. На фоне данной терапии в сроке 3–7 дней у 6 (100 %) детей нормализовалась температура тела, у 4 (66,7 %) детей исчезли явления артрита, отмечалось обратное развитие полисерозита, лимфаденопатии, спленомегалии. У всех детей снижение дозы системных глюкокортикостероидов (ГКС) происходило в срок 1,5–3 мес. от начала заболевания; через 6–8 мес. доза, в пересчете по преднизолону, составила 0,3–0,4 мг/кг/сут. В качестве цитостатической терапии у 2 (33 %) детей использовался циклофосфамид 15 мг/кг внутривенно 1 р/мес. в течение года, далее — 1 раз в квартал; у четырех — азатиоприн 1–2 мг/кг/сут. внутрь. У 1 ребенка через 18 мес. после начала лечения наблюдались нарастание симптомов миозита, артрита, нейропсихических проявлений СКВ — назначался метотрексат 10 мг/м² 1 р/нед. Одному ребенку на третьем году заболевания, учитывая низкую активность СКВ, развитие АФС, назначался плаквенил 6,5 мг/кг/нед. (расчет на идеальный вес). Одному ребенку назначался варфарин 2,5–3,75 мг/сут. Антиагреганты (дипиридамол, пентоксифиллин) назначались всем 6 пациентам (100%) в терапевтических дозах как при первом, так и при последующих поступлениях в стационар. Антигипертензивные препараты назначались трем пациентам (50%), предпочтение отдавалось β-блокаторам: метопролол 1 мг/кг/сут. Поскольку НПВС обладают выраженным противовоспалительным действием, стабилизируют лизосомальные мембраны, данная группа препаратов назначалась всем 6 (100 %) пациентам. Частые бактериальные инфекции у пациентов с СКВ на фоне иммунодефицита обусловили использование антибактериальных препаратов. Все наблюдаемые пациенты получали цефалоспорины III–IV поколения. В комбинированной терапии у всех пациентов 6 (100 %) человек использовался вобэнзим с анальгезирующей, противовоспалительной и иммуномодулирующей целью. Длительность приема препарата 3–6 мес. курсами.

Выводы

Результаты обследования при СКВ выявили отчетливые лабораторные показатели воспалительной и иммунологической активности процесса. При ранней диагностике и адекватной терапии удается добиться ремиссии у 90 % больных.

В настоящее время прогноз заболевания неблагоприятный в отношении выздоровления, особенно неблагоприятным считается поражение почек.

Таким образом, при лечении больных СКВ необходимы индивидуальный подход в выборе терапии и налаживание контакта с пациентами и их родителями. Учитывая характер заболевания, длительность проводимой терапии, возможность рецидивов, мы считаем приоритетным формирование у наших пациентов приверженности к лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева, Л. М. Детская кардиология и ревматология: практ. руководство / Л. М. Беляева. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — 584 с.
2. Клинические рекомендации по ревматологии / под ред. Е. Л. Насонова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 752 с.
3. Руководство по детской ревматологии / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой, Г. А. Лыскиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 720 с.

УДК 618.5-089.888.61

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРОМБОЭЛАСТОМЕТРИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

Фомина И. В., Хамитова И. Р.

Научный руководитель: к.м.н. *И. В. Фомина*

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Тюмень, Российская Федерация

Введение

Весь мир столкнулся с ростом родоразрешений путем операции кесарева сечения [1]. Общеизвестно, что кесарево сечение приводит к увеличению кровопотери в родах. Адекватная оценка состояния системы гемостаза необходима для выбора правильной трансфузионной тактики [2]. На сегодняшний день тромбоэластометрия является методом, позволяющим оценить состояние всех звеньев системы гемостаза [3].

Цель

Изучить применение тромбоэластометрии в акушерской практике.

Материал и методы исследования

Материалом послужили 74 тромбоэластограммы (тесты Extem, Intem, Fibtem), выполненные компьютерным тромбоэластометром Rotem; истории родов и обменные карты 37 женщин, родоразрешившихся путем операции кесарева сечения в 2015 г. в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень). Статистическую обработку материала проводили с помощью программ «Microsoft Excel», «Statistica» 6.0, достоверными считались отличия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При статистической обработке материала выявлено три варианта тромбоэластограмм и выделено 3 группы родоразрешенных женщин. В 1-й, самой многочисленной группе ($n = 22$, 59,5%) изменения всех показателей в тестах Extem, Intem свидетельствовали о состоянии гипокоагуляции. Во 2-й группе ($n = 11$, 29,7 %) все показатели тестов тромбоэластограммы были в норме. В 3-й группе ($n = 4$, 10,8 %) изменения показателей теста Extem свидетельствовали об активации внешнего пути свертывания. Возраст женщин во всех группах достоверно не отличался, по возрастной категории преобладали женщины 31–35 лет. В 1-й и 2-й группе 76 и 73 % женщин имели отягощенный акушерский анамнез (ОАА) — неоднократные прерывания беременностей в различные сроки. В структуре экстрагенитальной патологии в третьей группе преобладают: инфекционные заболевания — 32 %, в 1-й (9 %) и 2-й (9 %) их достоверно меньше. В 3-й группе 25 % имели патологию органа зрения и воспалительные заболевания почек. В первых двух группах отмечен одинаковый процент женщин с тромбоцитопениями — 18 %. Во всех группах достаточно высокий удельный вес женщин с избыточной массой тела (50, 56 и 67 %). Ожирение различных степеней встречается в пер-