

и не выделяют железо в виде свободных ионов в желудочно-кишечном тракте (Мальтофер, Феррум Лек). Структура современных препаратов железа сходна с естественными соединениями железа и благодаря такому сходству железо (III) поступает из кишечника в кровь путем активного транспорта. Именно это свойство объясняет низкий риск передозировки препарата, в отличие от простых солей железа, используемых ранее.

Вывод. За последние десять лет по Гродненской области отмечается снижение частоты острых отравлений препаратами железа, что связано с применением препаратов на основе полимальтазных комплексов, позволяющих избежать тяжёлых случаев отравления препаратами железа при их передозировке.

Список литературы:

1. Ефимова, Л.К. Лекарственные отравления у детей / Л.К. Ефимова, Киев: Здоровье. - 1995. – С. 94-96.
2. Кисляк, Н.С Дефицит железа и железодефицитная анемия у детей / Н.С. Кисляк, - Москва: «Славянский диалог». - 2001. – С. 34.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ

Гузаревиц в.б., Лашковская т.а *, Кизелевич а.и., Осипова Е.А.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь, e-mail: ped2@grsmu.by*

**УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»*

Modern methods of hemorrhagic vasculitis therapy in children were observed in present article.

Key words: children, hemorrhagic vasculitis, medical treatment.

Введение. Геморрагический васкулит (ГВ) – заболевание из группы системных васкулитов с преимущественным поражением сосудов микроциркуляторного русла кожи, суставов, желудочно-кишечного тракта и почек [3]. В зарубежной литературе ему соответствует синдром, или болезнь Шенлейна-Геноха. В МКБ-Х ГВ отнесен к аллергической пурпуре.

Частота ГВ составляет 23-25 на 10 тысяч детского населения; чаще болеют дети в возрасте от 4 до 7 лет, соотношение мальчиков и девочек примерно 2:1.

Материалы и методы. Пролечено 70 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, поступивших с диагнозом ГВ на стационарное обследование и лечение в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с 2006 по 2011 годы. В группе обследованных детей с ГВ проанализиро-

вана эффективность использования современной лечебной тактики.

По возрасту пролеченные дети с ГВ распределились следующим образом: от 1-3 лет – 12 (17%), 4-6 лет – 26 (37%), 7-10 лет – 11 (16%), 11-14 лет – 12 (17%), 15-18 лет – 9 (13%).

Результаты и их обсуждение. Кожная форма ГВ диагностирована у 18 (25,7%) пациентов, смешанная форма – у 52 (74,3%). Легкая степень тяжести ГВ отмечалась у 18 (25,7%) детей, средне-тяжелая – у 43 (61,4%), тяжелая степень ГВ – у 9 (12,9%) больных.

Лечение геморрагического васкулита является комплексным, направленным на терапию фонового заболевания, купирование развившихся клинических синдромов, достижение ремиссии, профилактику обострений [2, 4, 5, 6]. Продолжительность и характер лечения зависят от течения ГВ.

В зависимости от степени тяжести и характера течения заболевания всем детям назначали постельный режим на период выраженных кожного, суставного, абдоминальных синдромов, поражения почек, с постепенным его расширением. Длительность постельного режима чаще всего составляла 7-10 дней. Необоснованное ограничение двигательного режима ребенка может усиливать гиперкоагуляцию и поддерживать новые волны высыпаний.

Все пациенты получали гипоаллергенную диету с исключением облигатных аллергенов. При резко выраженном абдоминальном синдроме назначался голод на 1-2 дня, затем рацион 0 с последующим переводом ребенка на рацион П. При почечном синдроме больные получали диетический стол Н.

Базисная терапия ГВ включает применение антиагрегантной, антикоагулянтной терапии, по показаниям – нестероидных противовоспалительных средств и глюкокортикостероидов (ГК) [1, 2, 4, 6]. При легкой степени тяжести кожной формы ГВ для купирования симптомов заболевания достаточно бывает назначения терапии фонового заболевания и антиагрегантной терапии [3, 4, 5].

Все больные с ГВ получали антиагрегантную терапию. Чаще всего назначали курантил (дипиридамол) в дозе 5 мг/кг/сут в 3 приема внутрь, реже – трентал 5-10 мг/кг/сут 3 раза внутрь или 2% раствор пентоксифиллина внутривенно-капельно. Двое детей старшего возраста получали тиклид в дозе 100 мг в сутки. При тяжелом течении болезни 4 детям в терапию включалось назначение двух антиагрегантных препаратов. Длительность антиагрегантной терапии зависела от степени тяжести и формы заболевания ГВ. Чаще всего антиагреганты назначались на 2-3 месяца. При наличии гиперкоагуляции в коагулограмме, чаще при среднетяжелых и тяжелых формах болезни, а также кожной форме с элементами некроза в терапию ГВ включались коагулянты [3, 4, 5]. Лечение гепарином проведено 7 (38,9%) пациентам с кожной формой ГВ, всем детям – при смешанной форме. Терапевтическая доза гепарина при введении больных с кожной формой ГВ составила $203 \pm 7,0$ ЕД/кг/сут, при

смешанной форме заболевания - $261 \pm 8,7$ ЕД/кг/сут. У 22 (37,3%) больных ГВ гепарин вводился подкожно 4 раза в сутки, а у 28 (47,4%) - гепарин назначался в виде круглосуточного титрования на фоне проведения инфузионной терапии. У 9 (15,3%) детей в качестве антикоагулянтной терапии использовался низкомолекулярный гепарин - фраксипарин в дозе 100 МЕ/кг 1 раз в сутки. Курсы терапии гепарином составили от 14 дней до 1 месяца. Отмену гепарина проводили постепенно, снижая дозу по 30-50 ЕД/кг массы тела в 3-5 дней, но не уменьшая кратности подкожного введения препарата.

Показаниями к назначению ГК являются рецидивирующее течение кожной пурпуры, наличие некротических элементов, упорный абдоминальный синдром, нефрит [4, 5, 6]. Средняя доза преднизолона при кожной форме ГВ у пролеченных нами детей составила $1,42 \pm 0,06$ мг/кг/сут. Лечение получало 6 детей, имеющих рецидивирующее течение кожной формы ГВ с элементами некроза геморрагической сыпи и пищевую аллергию в анамнезе. Доза преднизолона в терапии смешанной формы ГВ составила $1,69 \pm 0,12$ мг/кг/сут в сочетании с назначением антикоагулянтов и дезагрегантов. По данным Лыскиной Г.А. и соавторов [3], раннее назначение ГК в составе стартовой терапии, особенно у больных с абдоминальным синдромом, снижает риск развития поражения почек.

В дебюте острого течения заболевания у 26 (37,1%) пролеченных детей использовались энтеросорбенты (активированный уголь, смекта, полифепан) длительностью 7-14 дней. Антигистаминные препараты назначались детям, не получавшим ГК, имеющим в анамнезе пищевую и/или лекарственную аллергию в возрастной дозировке на 14-21 день.

Инфузионную терапию (глюкозо-солевые растворы с 2% раствором пентоксифиллина или 2,4% раствором эуфиллина) получало 62 (88,5%) ребенка с ГВ.

Антибактериальная терапия (защищенные пенициллины, цефалоспорины или макролиды) назначалась всем детям в дебюте заболевания, если в развитии ГВ имел значение инфекционный фактор или обострение очагов хронической инфекции.

В лечении ГВ у детей в качестве мембрано-стабилизирующей терапии используется внутрисосудистое лазерное облучение крови аппаратом «Айболит КН-5», а также препараты, содержащие витамины группы А и Е, рутин, димефосфон [5, 6]. Они показаны при выраженной кожной пурпуре и волнообразном ее течении, при капилляротоксическом нефрите (после снижения активности последнего). Мембранстабилизаторы улучшают трофику и увеличивают регенерацию тканей, подавляют свободнорадикальные реакции, снижают проницаемость сосудистой стенки [5, 6].

Мы применили внутрисосудистое лазерное облучение крови при волнообразном и рецидивирующем течении ГВ и длительной макрогематурии при капилляротоксическом нефрите. Вначале использовалось 3-

4 сеанса лазерного облучения на крупные вены, а затем на рефлексогенные зоны (уровень IX-XII грудных позвонков). Всего проводили 6-7 сеансов, побочных реакций не отметили. У всех детей уменьшилась степень гематурии, в последующем достигнута клиничко-лабораторная ремиссия капилляротоксического нефрита.

Средняя продолжительность госпитализации пролеченных нами детей при смешанной форме ГВ составила $25,4 \pm 0,2$ койко-дней; кожной – $18,5 \pm 0,1$ койко-дней. Ни у кого из пролеченных нами детей не выявлено осложнений абдоминального и почечного синдромов.

Выводы:

1. Лечение ГВ должно быть комплексным, включающим антикоагулянтную терапию, глюкокортикостероиды при рецидивирующем течении кожной пурпуры, наличии некротических элементов, упорном абдоминальном синдроме, нефрите; антиагрегантные препараты, в сочетании с симптоматической терапией (антибиотикотерапия, энтеросорбенты, антигистаминные препараты по показаниям).

2. Метод внутрисосудистого лазерного облучения крови может использоваться в комплексной терапии ГВ у детей.

Список литературы:

1. Кувшинников, В.А. Геморрагический васкулит у детей / В.А. Кувшинников // Белорусский медицинский журнал. – 2004. – № 3. – С. 8-11.

2. Лечение болезней внутренних органов: практическое руководство, в 3 т. / А.Н. Окорочков. – Т. 3, кн. 2. - Минск: Высшая школа, 1997. – 480 с.

3. Лыскина, Г.А. Некоторые аспекты развития, течения и лечения болезни Шенлейна-Геноха у детей / Г.А. Лыскина, Г.А. Зиновьева. – Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 6. – С. 131-136.

4. Лыскина, Г.А. Программа лечения Шенлейна-Геноха у детей / Г.А. Лыскина [и др.]. – Международный журнал мед. практики. – 2000. – № 4. – С. 13-15.

5. Цымбал, И.Н. Патогенетическая терапия геморрагического васкулита у детей / И.Н. Цымбал. – Лечащий врач. – 2000. - № 10. – С. 20-24.

6. Якунина, Л.Н. Практическое руководство по детским болезням: Гематология/онкология детского возраста; под ред. А.Г. Румянцева, Е.В. Самочатовой. - Москва: Медпрактика, 2004. – С. 417-436.