

# ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ

Лашковская Т.А.<sup>1</sup>, Гузаревич В.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

<sup>2</sup>Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно

**Введение.** Геморрагический васкулит (ГВ) – одно из наиболее частых заболеваний детского возраста из группы системных васкулитов, характеризующееся преимущественно поражением сосудов микроциркуляторного русла кожи, суставов, желудочно-кишечного тракта и почек [2]. Абдоминальный синдром – третий по частоте клинический синдром ГВ. Он может появляться одновременно с поражением кожи и суставов, а может предшествовать кожно–суставным изменениям и тогда ранняя диагностика ГВ затруднительна [1].

**Целью исследования** явился анализ особенностей клинической картины и терапии абдоминального синдрома ГВ у детей.

**Материал и методы исследования.** Пролечено 70 детей в возрасте от 1 года до 18 лет. В группе обследованных детей с ГВ проведен анализ частоты встречаемости клинических синдромов заболевания, а также проанализирована эффективность использования современной лечебной тактики.

**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.

Анализ клинической картины показал, что у 66 (94,3%) обследованных заболевание начиналось с кожного синдрома, проявляющегося в виде симметричной папулезно-геморрагической сыпи различной интенсивности, чаще локализованной на передней поверхности голени 58 (82,9%).

Суставной синдром с преимущественным поражением крупных суставов выявлен у 46 (65,7%) детей.

Абдоминальный синдром диагностирован у 25 (35,7%) пролеченных нами детей. Он сопровождался схваткообразными и/или постоянными болями в животе различной интенсивности, у 5 (10,9%) детей отмечалась рвота. У 4 детей абдоминальный синдром предшествовал кожно–суставному синдрому. Эти дети поступали в стационар с предварительным диагнозом «Острый аппендицит» и только появление типичной симметричной папулезно-геморрагической сыпи дало возможность поставить клинический диагноз ГВ на 2–4 сутки госпитализации. Все дети с абдоминальным синдромом осматривались хирургом в динамике для исключения сопутствующей острой хирургической патологии, а также осложнений абдоминального синдрома.

Почечный синдром имел место у 5 (7,0%) детей.

Лечение ГВ является комплексным, направленным на терапию фонового заболевания, купирование развившихся клинических синдромов, достижение ремиссии, профилактику обострений [1, 2]. В зависимости от степени тяжести и характера течения заболевания всем пролеченным детям назначался постельный режим на период выраженных кожного, суставного, абдоминального синдромов, поражения почек, с постепенным его расширением. Длительность постельного режима чаще всего составляла 5–8 дней.

В терапии ГВ всем детям была назначена гипоаллергенная диета с исключением облигатных аллергенов. При абдоминальном синдроме на фоне проводимой инфузионной терапии назначался рацион О с последующим переводом ребенка на рацион П. При почечном синдроме больные получали диетический стол Н.

Все пролеченные дети с ГВ получали антиагрегантную терапию. При абдоминальном синдроме внутривенно–капельно назначался 2% раствор пентоксифиллина в дозе 5–10 мг/кг/сут с последующим переводом на прием внутрь 3 раза.

Антикоагулянтную терапию: гепарин или низкомолекулярные гепарины (фраксипарин или фрагмин) получали все дети с абдоминальным синдромом. Гепарин назначался на фоне проведения инфузионной терапии в виде круглосуточного титрования в дозе  $328 \pm 8,7$  ЕД/кг/сут 11 (44,0%) детям. 14 детей получали низкомолекулярные гепарины: фраксипарин в дозе 86 МЕ/кг или фрагмин – 100 МЕ/кг 1 раз в сутки подкожно.

Внутривенное введение глюкокортикоидов в сочетании с назначением антикоагулянтов и дезагрегантов получало 82,0% детей с абдоминальным синдромом. Суточная доза преднизолона составила  $2,86 \pm 0,12$  мг/кг/сут.

В дебюте острого течения заболевания всем пролеченным детям с ГВ использовались энтеросорбенты (энтеросгель, активированный уголь, смекта, полифепан) в течение 7–14 дней.

Антигистаминные препараты назначались детям, не получавшим ГК, имеющим в анамнезе пищевую и/или лекарственную аллергию в возрастных дозах.

Антибактериальную терапию (защищенные пенициллины, цефалоспорины или макролиды) получали при поступлении дети если в развитии ГВ имел значение инфекционный фактор или обострение очагов хронической инфекции.

Средняя продолжительность госпитализации пролеченных детей с абдоминальным синдромом ГВ составила  $22,4 \pm 0,4$  койко–дней.

#### **Выводы:**

1. Абдоминальный синдром диагностируется у 35,7% детей с ГВ.
2. Комплексная терапия абдоминального синдрома, включающая антикоагулянтную и антиагрегантную терапию, внутривенное введение глюко-

кортикоидов, симптоматическую терапию привела к выздоровлению всех пациентов. Ни у кого из пролеченных детей не развилось осложненный абдоминального синдрома.

#### Литература:

1. 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.
2. Гематология детского возраста: учебное пособие / Н.С.Парамонова [и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – 228 с.

## РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО НАЛОЖЕНИЯ АОРТО-ЛЕГОЧНОГО АНАСТОМОЗА

Линник Ю.И., Дроздовский К.В., Башкевич А.В.,  
Дедович В.В., Чеснов Ю.М., Королькова Е.В.,  
Турчинова И.Г., Евграфова Л.В.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр  
детской хирургии», Минск*

**Введение.** Оптимальным методом лечения пациентов с тетрадой Фалло является радикальная коррекция порока, направленная на восстановление нормальной анатомии сердца и сосудов. В последнее время многие кардиохирургические центры стали выполнять первичную радикальную коррекцию тетрады Фалло, в том числе и у пациентов в возрасте до 1 года [2]. Однако высокий риск её выполнения в раннем возрасте, исходно тяжелое состояние пациентов и анатомически, сложный вариант порока часто диктует необходимость паллиативных операций при лечении тетрады Фалло [1,3]. В детской кардиохирургии применяют межсистемные аорто-легочные анастомозы, хирургическая техника которых достаточно хорошо отработана. В настоящее время наиболее распространён модифицированный аорто-легочный анастомоз по Блелок-Тауссиг с использованием протезов из политетрафторэтилена.

**Цель исследования** – оценить результаты хирургического лечения тетрады Фалло у детей после выполнения аорто-легочных анастомозов в качестве паллиативного хирургического лечения.

**Материал и методы исследования.** В качестве объекта исследования были выбраны пациенты детского возраста, перенесшие радикальную коррекцию тетрады Фалло после предварительного выполнения аорто-легочных анастомозов и находившиеся на лечении в детских кардиохирур-