

2. Григоровский В.В. Модель гнойного остеомиелита у кролика. Ортопедия, травматология и протезирование. 1977, №11, с.69–70.
3. Ханес Г.С. Кістково–суглобний сепсис у новонароджених. Неонатологія. Національний підручник. 2014. Том II. с.115–138.
4. Krivchenia D., Khanes G., Khursin V. Immunomodulation as an important adjunct to surgical perinatal sepsis in children from Chernobyl. 2001. International Surgical Week. ISW 2001. Brussel. № 18. P.11.

К ВОПРОСУ О ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ У ДЕТЕЙ

Хлебовец Н.И.¹, Гисич Д.Л.¹, Кизелевич А.И.²,
Гузаревиц В.Б.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

²Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно

Введение. Тромбоциты играют ключевую роль в процессах сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. При снижении тромбоцитов или нарушении их функций возможно развитие кровотечения. Наиболее частой причиной развития тромбоцитопении является иммунная деструкция тромбоцитов [1] под действием ауто-, алло- или лекарственно-индуцированных антител – идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП).

Цель исследования – изучение клинической характеристики и результатов лечения ИТП у детей за последние 6 лет.

Материал и методы исследования. За период с января 2009 г. по декабрь 2014 г. нами наблюдались пациенты, находящиеся на стационарном лечении в УЗ «ГОДКБ» с диагнозом ИТП. Изучались: возраст, пол детей, клинические проявления, данные лабораторного обследования, лечебные мероприятия.

Результаты и их обсуждение. Всего за указанный период времени наблюдались 74 ребёнка с ИТП, из них госпитализированных в 2009 году – 13, в 2010 – 14, в 2011 – 11, в 2012 – 15, в 2013 – 12, в 2014 – 9. Возраст пациентов был от 1 месяца до 17 лет, из них: до 6 лет – 39 (53%) в т.ч. до 1 года – 13 (33%), от 6 до 12 лет – 21 (28%), старше 12 лет – 14 (19%). Городских детей было – 66 (89%), сельских – 8 (11%), мальчиков – 42 (57%), девочек – 32 (43%).

Основными жалобами при поступлении было наличие геморрагической сыпи у 54 (73%) пациентов, которая проявлялась в виде петехий у 15 (21%) пациентов, экхимозов – у 9 (12%), петехии + экхимозы – у 30 (40%). Помимо этого у 1 пациента была гематома, кровоизлияние на мягком нёбе – у двух. Носовые кровотечения отмечены у 8 детей. Без клинических проявлений поступали в стационар 14 (19%) детей в связи со снижением

тромбоцитов. На плановое обследование без предъявления жалоб поступило 3 (4%) ребёнка с уровнем тромбоцитов $150\text{--}350 \times 10^9/\text{л}$.

При поступлении у 31 ребёнка (42%) состояние было расценено как тяжелое в связи с обилием экхимозов и низким уровнем тромбоцитов ($1\text{--}20 \times 10^9/\text{л}$), у 37 (50%) – средней тяжести, у 6 (8%) – удовлетворительное.

Анализ лабораторных данных показал, что у 71 ребёнка (98%) выявлена тромбоцитопения, в том числе ниже $20 \times 10^9/\text{л}$ у 29 (41%), $20\text{--}70 \times 10^9/\text{л}$ у 27 (37%), $70\text{--}150 \times 10^9/\text{л}$ у 15 (20%) детей. Трое детей (2%) поступили на плановое обследование в связи с выставленным ранее диагнозом ИТП, уровень тромбоцитов у них был выше $150 \times 10^9/\text{л}$.

Основная масса детей (70 пациентов – 95%) получала этамзилат Na. В виде монотерапии он использовался у 36 детей (48%). 34 (45%) пациента получали этамзилат Na в сочетании с внутривенным иммуноглобулином (Ig) или преднизолоном [1]. Один ребенок лечения в УЗ «ГОДКБ» не получал в связи с переводом в РНПЦ ДОГиИ. Этот ребенок болеет с октября 2012 года, получал безуспешно 3-кратную пульстерапию метилпреднизолоном, терапию преднизолоном *per os* в течение месяца. При поступлении уровень тромбоцитов у него составлял $4 \times 10^9/\text{л}$.

У 36 детей, которые поступили планово для обследования, а так же с жалобами на мелкоточечную сыпь геморрагического характера в области живота, грудной клетки, конечностей, а также необильные экхимозы на туловище и конечностях с уровнем тромбоцитов $40\text{--}150 \times 10^9/\text{л}$, общим состоянием удовлетворительным или средней тяжести использовался этамзилат Na в виде монотерапии. Улучшение состояния и повышение уровня тромбоцитов на 2 день отмечалось у 10 (13%) пациентов, к концу 1 недели у 21 (28%), к концу 2 недели у 5 (6%).

В группе пациентов с обильной геморрагической сыпью на туловище и в конечностях в виде петехий и экхимозов, носовыми кровотечениями, уровнем тромбоцитов $1\text{--}20 \times 10^9/\text{л}$ тяжелым общим состоянием применялся внутривенный Ig (29 детей). Иммуноглобулин вводился внутривенно: 1 раз – у 7 (20%) детей, 2 раза – у 9 (26%) детей, 3 раза – у 6 (18%), 4 раза – у 3 (8%) детей. 5-ти кратное введение Ig проведено у 4 (11%) детей. Кратность введения Ig зависела от скорости повышения тромбоцитов. Обращает на себя внимание то, что применение внутривенного Ig с течением времени увеличивается: в 2009 году Ig применялся – у 4 (30%) пациентов, в 2010 – 4 (28%), в 2011 – у 6 (54%), в 2012 – у 6 (40%), в 2013 – у 6 (50%), в 2014 – у 3 (33%).

У 5 детей (6%) с жалобами на точечную геморрагическую и синячковую сыпь на туловище и конечностях, на головную боль, слабость, повышенную утомляемость, уровнем тромбоцитов $15\text{--}20 \times 10^9/\text{л}$ назначался преднизолон внутрь или внутривенно 5 дней. В течение недели тромбоциты у них нормализовались.

При выявлении пищевой аллергии 58 (78%) пациентов получали антигистаминные препараты (фенкарол, лоратадин, фенистил), из них 34 де-

тям (45%) кроме антигистаминов назначался внутривенно Ig или преднизолон.

В РНПЦ ДОГиИ переведены 7 (9%) пациентов, в связи с сохранившимися обильными высыпаниями и тромбоцитопенией не взирая на проводимую терапию. Повторно госпитализировались 11 детей, из них 10 – дважды, а 1 – трижды. При поступлении у них были выражены клинические проявления и уровень тромбоцитов низкий. У данных детей выявлены сопутствующие заболевания: пищевая аллергия, хронический тонзиллит, гайморит, ожирение, кариозные зубы.

Таким образом, основная масса детей с ИТП имели возраст до 6 лет (53%); в 98% случаев было снижение тромбоцитов в т.ч. глубокая тромбоцитопения у 41,0%. Использование в лечении в/в Ig оказывает хороший терапевтический эффект. Отягощающими обстоятельствами является пищевая аллергия и хронические очаги инфекции.

Литература:

1. Современные представления о патофизиологии и терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры / В.Ю. Петров [и др.] // Педиатрия. – 2009. – Т.87, № 4. – С. 125–132.

ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ, ПО ДАННЫМ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОГРАФИИ

Хлебовец Н.И.¹, Сметюх Н.И.¹, Дайнеко И.В.²,
Осипова Е.А.², Миклаш Н.В.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

²Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно

Введение. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – это обратный ток мочи из мочевого пузыря в верхние мочевые пути, обусловленный врожденным или приобретенным нарушением антирефлюксного механизма пузырно-уретрального сегмента [1].

Среди урологических заболеваний у детей ПМР занимает одно из ведущих мест. По данным многих клиницистов, в 35–68% он является причиной развития так называемого рефлюксогенного пиелонефрита, или рефлюксогенной нефропатии [1].

Микционная цистография (МЦ) является одним из основных методов диагностики ПМР, которая позволяет оценить не только нарушение пассажа мочи, но и анатомическое и функциональное состояние мочевого пузыря и уретры [3].

Согласно Международной классификации, различают 5 степеней везико – уретрального рефлюкса: I ст. – контраст попал только в мочеточник;