

ТРОМБОФИЛИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ

Савельева С.Н., Савельев Г.П., Шулятьева А.А., Квапинская Е.А., Морозова А.С.

Научный руководитель: доцент к.м.н. Папаян К.А.

Кафедра факультетской педиатрии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: тромбозы и их осложнения остаются в настоящее время основной причиной смертности и инвалидизации населения в большинстве стран, что говорит о важности последующего улучшения диагностики и лечения тромботических заболеваний. Значимым и независимым фактором риска является — гипергомоцистеинемия [1].

Цель исследования: дальнейшее улучшение диагностики и лечения тромботических заболеваний [2].

Материалы и методы: ребёнок с метаболическим синдромом, поступивший на отделение неврологии с диагнозом приходящие нарушения мозгового кровообращения. Проведено генетическое, анамнестическое и клинико-биологическое исследование.

Результаты: причина приходящего мозгового нарушения установлена в виде гипергомоцистеинемии, что в свою очередь позволило корректировать тактику ведения пациента.

Выводы: данная форма тромбофилии имеет патогенетическую терапию — витамины В9, В12, и В6 в лечебных дозах. Если отсутствует патогенетическая и используется обособленно только противотромботическая терапия — отмечается рецидивирование тромботических осложнений. Под действием многочисленных механизмов повышенный уровень гомоцистеина приводит к дисфункции эндотелия, повышает уровень апоптозов и дозозависимо ускоряет старение эндотелиоцитов. Патологические эффекты гомоцистеина у детей отмечаются уже при уровне выше 5 мкмоль/л.

Литература

1. Клинико-лабораторная диагностика и лечение тромбофилии, обусловленной гипергомоцистеинемией. Шмелёва В.М., Папаян Л.П., Салтыкова Н.Б., Каргин В.Д., Капустин С.И., Блинов М.Н., Гуржий А.А., Смирнова О.А., Головина О.Г. г. Санкт-Петербург 2008.
2. Патогенетическое и клиническое обоснование комплексной профилактики гипергомоцистеинемии. М.Ю. Андрианова, Е.В. Ройтман, А.М. Исаева, И.М. Колесникова, М.В. Нуреев, Архивъ внутренней медицины № 4 (18) г. Москва 2014.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПО СИСТЕМЕ SMOG ПРИ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ДЕТЕЙ

Сигунова Д.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Жукова Л.Ю.

Кафедра факультетской педиатрии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: обусловлена необходимостью использования в рутинной клинической практике количественных моделей оценки степени тяжести геморрагических проявлений у больных иммунной тромбоцитопенией детей для оптимизации терапии [2].

Цель исследования: анализ опыта применения системы SMOG (1) для количественной оценки тяжести геморрагического синдрома при иммунной тромбоцитопении у детей.

Материалы и методы: проведена количественная оценка тяжести геморрагического синдрома с использованием параметров системы SMOG у 30 больных иммунной тромбоцитопенией в возрасте от 1 месяца до 15 лет (17 мальчиков и 13 девочек), находившихся на лечении в отделении общей гематологии ГБУЗ ДГБ 1 СПб в 2018 году.

Результаты: градация кровотечений по тяжести в соответствии с системой SMOG проведена на основании данных объективного осмотра пациентов в первые сутки госпитализации. Кожный геморрагический синдром (петехии, экхимозы, подкожные гематомы): максимальная выраженность (S3) отмечена у 21 (70%) ребенка, умеренная (S2) у 4 (13%) и минимальная (S1) у 5 (17%) больных. Симптомы кровоточивости слизистых (эпистаксис, кровоточивость слизистых полости рта): максимальная выраженность (M3) у 1 (3%) ребенка, умеренная (M2) у 8 (27%) и минимальная (M1) у 7 (23%) больных, отсутствие признаков (M0) у 14 (47%) пациентов. Органная локализация кровотечений отмечена у 2 (6%) больных (O1), включала рвоту с примесью крови, микрогематурию; у 28 (94%) отсутствовала. У большинства больных кровотечения соответствовали формулам S3M2O0 или S3M0O0. Индивидуальный суммарный показатель кровоточивости соответствовал 5 баллам у 9 (30%), 4 баллам у 4 (13%), 3 баллам у 8 (27%), 2 баллам у 5 (17%), 1 баллу у 3 (10%) обследованных.

Выводы: развитие кожного геморрагического синдрома явилось наиболее частым проявлением кровоточивости у обследованных больных иммунной тромбоцитопенией. При оценке по системе SMOG у большинства больных отмечалась максимальная выраженность кожного синдрома. Кровоточивость слизистых наблюдалась у половины обследованных, была умеренной или минимальной. Кровоточивость по органам, как правило, отсутствовала. Использование количественного метода оценки тяжести кровотечений у больных иммунной тромбоцитопенией оптимизировало выбор тактики ведения пациента врачом: незамедлительное проведение иммуносупрессивной терапии или динамическое наблюдение по принципу «watch and wait» («наблюдать и ждать») [3].

Литература

1. Тромбоз и гемостаз. Шкалы и алгоритмы: Пособие/ под ред. Ройтмана Е.В., Левшина Н.Ю. 2016. С. 53–58.
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению иммунной тромбоцитопенической пурпуры у детей. М., 2015–23 с.
3. Rodeghiero F, Michel M, Gernsheimer T, et al. Standardization of bleeding assessment in immune thrombocytopenia: report from the International Working Group. Blood. 2013; 121:2596–606.

ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Тренина А.С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Пенкина Н.И.
Кафедра педиатрии и неонатологии
Ижевская государственная медицинская академия

Актуальность исследования: среди гемобластозов у детей преобладает острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) — 80% [1]. Для улучшения результатов лечения, снижения осложнений полихимиотерапии (ПХТ) в практическую деятельность внедряются новые протоколы. В 2016 году в России лечение ОЛЛ начато по протоколу ALL–MB2015 [2].

Цель исследования: изучить фоновые заболевания у детей с ОЛЛ, осложнения ПХТ по протоколу ALL–MB2015 на этапе индукции ремиссии.

Материалы и методы: проведен анализ медицинской документации 18 детей с ОЛЛ, получавших лечение в отделении детской онкогематологии г. Ижевска по протоколу ALL–MB2015 с 2016 по 2018 год.

Результаты: среди обследованных детей мальчики составили 55,6%, девочки — 44,4%. При поступлении у детей диагностированы сопутствующие заболевания: острые респираторные инфекции (39%), РОП ЦНС (39%), патология ЖКТ (39%), патология дыхательной системы (пневмония, синуситы) (39%), иные виды патологии (5,6%). У 89% детей диагностирован В-вариант ОЛЛ, у 11% — Т-вариант. Подготовка к ПХТ проводилась у 89,1% пациентов с ОЛЛ. Длительность ее зависела от состояния ребенка на момент поступления. Осложнения ПХТ наблюдались у большей части детей, преобладали цитостатическая панцитопения (90%), токсический гепатит (72,2%), кушингоидный синдром (61,1%), стоматит (50%), винкристи-