

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-

новая нейропатия (39%), нейтропенический энтероколит (39%), кардиопатия (33,3%). Реже регистрировались поражения почек, свертывающей системы, ЦНС (5,6%). Требовали интенсивной терапии в отделении реанимации больные с динамической кишечной непроходимостью (16,6%) и сепсисом (5,6%).

Выводы: у детей с ОЛЛ при первичной диагностике заболевания часто диагностируются сопутствующие заболевания, требующие лечения до проведения ПХТ; у большей части детей на фоне ПХТ в период индукции ремиссии наблюдаются осложнения; среди осложнений преобладают цитостатическая панцитопения, токсический гепатит, кушингоидный синдром, стоматит, винкристиновая нейропатия, нейтропенический энтероколит, кардиопатия.

Литература

1. Клинические рекомендации. Детская гематология. Под редакцией А.Г. Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковского. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2015. С. 647.
2. ALL-MB. 2015. Протокол лечения ОЛЛ. М.: ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева. 2015. С. 140.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЮНИКАП В КОРРЕКЦИИ НУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Холматов Ф.А.

Научный руководитель: ассистент Халдарбекова М.А.
Кафедра пропедевтики детских болезней, гематологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования: микроэлементозы вызванных дефицитом макро- и микроэлементов в организме, постоянно возрастает. У детей чаще выявляется дефицит таких жизненно важных микроэлементов, как цинк, медь и железо [1]. Наличие таких нутриентных дефицитов диктует необходимость патогенетической коррекции их у детей.

Цель исследования: изучить эффективность применения препарата Юникап, представляющий собой препарат витаминно-микроэлементного усиления в коррекции нутриентной недостаточности у детей пубертатного возраста.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 20 детей пубертатного возраста, у которых при биохимическом обследовании выявлялось снижение содержания железа и меди в сыворотке крови ниже нижней границы нормативного референтного интервала, установленного ВОЗ для детей пубертатного возраста.

Результаты: для коррекции недостаточности микроэлементов у обследованных детей использовали мультиэлементный препарат Юникап. Препарат использовали в течение 14 дней в дозе 1 таблетка в сутки во время еды. При исходном уровне исследованных микроэлементов у обследованных детей — железа в среднем $6,57 \pm 0,42$ мкмоль/л, меди $5,13 \pm 0,31$ мкмоль/л за 14 дней применения данного препарата уровень железа в сыворотке крови у обследованных детей возрос в среднем до $14,2 \pm 0,28$ мкмоль/л, уровень меди в сыворотке крови возрос в среднем до $12,1 \pm 0,30$ мкмоль/л. Следовательно, использование указанного мультиэлементного препарата обеспечивает увеличение за время лечения уровня железа в 1,8 раза, увеличение меди в сыворотке крови за время лечения в 2,4 раза, а в целом коррекцию изученных микроэлементов у обследованных детей до физиологической нормы.

Выводы: в коррекции нутриентной недостаточности, обусловленной дефицитом эссенциальных микроэлементов-железа, меди, целесообразно применение комплексных мультиэлементных препаратов, например, Юникап, обеспечивающих высокую биоусвояемость указанных микроэлементов в силу синергического характера взаимодействия этих микроэлементов.

Литература

1. Бутаев Т.М., Цирихова А.С., Дзулаева И.Ю., Бутаев А.П. Микроэлементозы у детей дошкольного возраста: причины и профилактика // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 3. С. 3–6.