

### Список использованной литературы

1. Аруин Л.И., Канудлер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. -М.. «Триада-Х». 1998- 496 с.
2. Гриневич В.Б., Успенский Д.П. Эрозивные состояния гастродуоденальной области. // Русский медицинский журнал. - 1998.-Т.6.-№3.-С.149-153.
3. Корсунский Л.А., Щербаков П.Л., Исаков В.А. Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей. М.: ИД Медпрактика-М, 2002, 168 с.
4. Малямова Л.Н., Чердниченко А.М., Медведева С.Ю. Клинико-морфологические особенности хронического гастрита у детей и эффективность лечения в динамике наблюдения. // Российский педиатрический журнал. -2002. №4. -С. 12-18.
5. Чердниченко А.М., Малямова Л.Н. Эффективность эрадикационных схем при хеликобактер-ассоциированных заболеваниях у детей. // Уральский Медицинский Журнал. 2005. №6 (16). -С. 13-19.

### Обмен опытом

**Н.В. Буяло**

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ С СИСТЕМНЫМ ВАРИАНТОМ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА**

Детская городская больница №11, г.Екатеринбург

Больная К-ва, 8 лет, наблюдалась в кардиоревматологическом отделении с января 2007 г. Заболела 4 января 2007 г. в возрасте 6 лет с повышением температуры до 39,5° С без катаральных явлений, с ознобом, слабостью, болями в руках и ногах. Участковый врач расценил заболевание как ОРВИ и назначил симптоматическую терапию и антибиотик амосин. На фоне приема амосина сохранялась гипертермия. В общем анализе крови от 10 января был лейкоцитоз 23 тыс., нейтрофилез 80%, увеличение СОЭ до 20 мм/ч. С 11 января госпитализирована в соматическое отделение по месту жительства, где получала инфузионную терапию, была продолжена антибактериальная терапия (аксетин внутримышечно в сочетании с амикацином), циклоферон. В общем анализе крови от 12 января был лейкоцитоз 27 тыс., СОЭ 53 мм/ч, Нб 117 г/л. Сохранялись ежедневные подъемы температуры до фебрильных цифр, ознобы. С 14 января появилась отечность мягких тканей правого предплечья в нижней трети (проксимальнее лучезапястного сустава), гиперемия кожи, ограничение движений в суставе. На рентгенограмме костей правого предплечья описан очаг деструкции в области дистального метафиза правой лучевой кости, в связи с чем, 15 января девочке проведена операция остеоперфорации дистального метафиза правой лучевой кости, поскольку было подозрение на остеомиелит. Во время операции получена кровь с примесью гноя. При бактериологическом исследовании пунктата рост микрофлоры отсутствует.

После операции сохранялись ежедневные подъемы температуры до 38,6-39° С 3-4 раза в сутки с ознобами, на фоне которых самочувствие ребенка резко ухудшалось: нарастала слабость, сонливость, общая гиперестезия, появлялись боли в лучезапястных, локтевых коленных и голеностопных суставах. На высоте лихорадки эпизодически появлялась бледно-розовая мелко-пятнистая сыпь на лице, животе, внутренней поверхности бедер. Девочке были проведены несколько курсов антибиотиков: аксетин (10 дней), амикацин (7 дней), линкомицин (5 дней), тиенам (13 дней), метрогил (7 дней), дифлюкан, ванкомицин (7 дней), бруламицин, а также иммуноглобулин внутримышечно (№5), инфузионная терапия, трансфузия (№4) свежезамороженной плазмы.

На фоне проводимой терапии отмечено снижение лабораторной активности: СОЭ с 64-70 мм/ч, лейкоцитоз с 29 тыс. до 12 тыс., нейтрофилез с 91% до 60-71%, но улучшения клинической картины не было. Сохранялись подъемы температуры до 38,5° С, в связи с чем, была проконсультирована в хирургическом отделении ДМБ №9. Диагноз - острый гематогенный остеомиелит как причина такой клинической картины был исключен. 13 февраля 2007 г. девочка была переведена в кардиоревматологическое отделение нашей больницы.

При поступлении состояние расценено как тяжелое, отмечались лихорадка до 40° С с ознобами, гепатомегалия, лимфаденопатия, общая бледность кожи, мраморность, бледно-розовая мелкопятнистая местами сливная сыпь на лице, шее, груди, спине, боковых поверхностях туловища; тахикардия до 140 уд/мин. Суставной синдром носил генерализованный характер, были выявлены выраженные экссудативные изменения в локтевых и коленных суставах с ограничением движений в них и болезненностью: ограничение движений в лучезапястных суставах с легкой деформацией их и гиперпигментацией по сгибательной поверхности. Ограничено сгибание, ротация, отведение в обоих тазобедренных суставах, резко ограничены движения в шейном отделе позвоночника. При обследовании в общем анализе крови анемия (уровень гемоглобина 96-89 г/л), лейкоцитоз 21 тыс., нейтрофилез до 82%, тромбоцитоз до 627 тыс., СОЭ 68 мм/час. Повышение в сыворотке крови концентрации С-реактивного белка до +++++, циркулирующих иммунных комплексов до 139 ЕД (при норме до 70 ЕД), уровня сиаловых кислот до 680 ЕД (при норме до 200 ЕД). Методом ИФА были исключены следующие инфекции: хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, токсоплазмоз, герпетическая и цитомегаловирусная инфекции. Проведен прокальцитонинный тест – результат слабopоложительный. Методом РПГА с кишечной синиозной диагностикой выявлен высокий титр антител в разведении 1:1600, в связи с чем, была проведена антибактериальная терапия (левомецитин, ципрофлоксацин). На фоне лечения отмечено снижение титра антител до 1:200. Для исключения онкогематологического заболевания проведена костномозговая пункция.

На основании данных анамнеза, клинической картины и результатов лабораторного обследования был выставлен диагноз: ювенильный артрит, системный вариант, III ст. активности. Реконвалесцент атипичной формы иерсиниоза с затяжным течением.

С поступления ребенку начата терапия ортофеном, проведено два четырехдневных курса лечения пентаглобином по 50 мл на одно введение (суммарная курсовая доза составила 1 г на кг). По окончании антибактериальной терапии была начата пульс-терапия

метотрексатом внутривенно в дозе 40 мг в неделю из расчета 48 мг/м<sup>2</sup> в неделю длительностью 8 недель с последующим постепенным снижением дозы до 15 мг/м<sup>2</sup> в неделю и переходом на внутримышечный путь введения. После проведения второго сеанса пульс-терапии назначен сандиммун неорал в начальной суточной дозе 50 мг (2,5 мг/кг/сутки).

На фоне терапии пентаглобином подъемы температуры стали реже, самочувствие больной значительно улучшилось: появился аппетит, увеличилась двигательная активность, уменьшились экссудативные изменения и болевой синдром в пораженных суставах. После первого сеанса пульс-терапии метотрексатом отмечен лишь однократный подъем температуры до 38,8° С на следующий день после сеанса, далее – стойко нормальная температура.

По суставному синдрому также наблюдалась положительная динамика: полностью купировались экссудативные изменения в суставах и болевой синдром, восстановился объем движений в суставах, за исключением небольшой болезненности в правом лучезапястном суставе при максимальном сгибании и ограничения движений в шейном отделе позвоночника.

После выписки из отделения терапия метотрексатом в дозе 15 мг/м<sup>2</sup> в неделю была продолжена. Проведен третий курс терапии пентаглобином по 50 мл №4 (в стационаре по месту жительства), сохранена терапия сандиммуном неоралом с повышением дозы до 3,75 мг/кг/сутки. Самочувствие больной оставалось хорошим, температура тела стойко нормальной, сыпи не отмечено, боли в суставах не беспокоили, лабораторная активность постепенно снижалась

С начала мая 2007 г. у девочки возобновились боли в правом голеностопном суставе и суставах предплюсны, отечность этих суставов. Температура тела оставалась нормальной, сыпи не было. Больная вновь госпитализирована в кардиоревматологическое отделение с 21 мая 2007 г. Находилась в отделении 3 недели. Отмечена II ст. лабораторной активности: повышение СОЭ до 40 мм в час, уровень гемоглобина 95-103 г/л, уровень сиаловых кислот 660 ЕД, концентрация С-реактивного белка +++, уровень циркулирующих иммунных комплексов 111 ЕД. был проведен четвертый курс пентаглобина по 50 мл №4, продолжена терапия метотрексатом и сандиммуном неоралом, возобновлен прием ортофена, местно использовали нурофен-гель и аппликации 25% раствора димексида.

Суставный синдром к выписке купирован, жалоб у девочки не было.

В течение осени-зимы 2007 г. отмечена нормализация лабораторных показателей, стойко нормальная температура тела, не беспокоят боли в суставах, нет изменений со стороны суставов.

При этапном обследовании в 2008-2009 г.г. констатирована клинико-лабораторная ремиссия. Девочка ходит в школу, физическое развитие её соответствует возрасту, социальная адаптация не нарушена.

Девочка продолжает получать сочетанную базисную терапию: метотрексат внутримышечно 15 мг/м<sup>2</sup> в неделю + сандиммун неорал 3,75 мг/кг/сутки.

Представленный клинический случай является примером использования новых высокотехнологичных методов лечения больных с тяжелыми системными заболеваниями соединительной ткани (ювенильный артрит с системным вариантом) и позволяет избежать назначения гормональной терапии и всех вытекающих из этой терапии и всех вытекающих

из этой терапии побочных эффектов. Наиболее значимыми побочными эффектами кортикостероидной терапии являются следующие: нанизм – нарушение роста, его замедление или даже полная остановка; аваскулярный некроз головок бедренных костей; остеопороз особенно выраженный в грудном и поясничном отделах позвоночника. Изменения структуры костной ткани проявляются снижением высоты тел позвонков и компрессионными переломами. К числу побочных эффектов также следует относить артериальную гипертензию, которую необходимо контролировать приемом гипотензивных медикаментозных препаратов, синдром Иценко-Кушинга, инициированный длительным приемом кортикостероидов.

Метод пульс-терапии метотрексатом в сочетании с терапией сандиммуном неоралом в указанных дозах соответствует современным требованиям и рекомендациям ведения больных с ревматическими заболеваниями.

**С.В. Мулякина, С.Ю. Захарова**

## **НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ, ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ**

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава

Кафедра педиатрии ФПК и ПП

Детская городская больница №11, г. Екатеринбург

### **Резюме**

В статье представлены результаты обследования и лечения 102 детей с нарушениями сердечного ритма. Среди обследованных: 9 больных (8,8%) были в возрасте до 10 лет, 36 детей (35,3%) – в возрасте от 10 до 12 лет, 57 больных (55,9%) – в возрасте от 12 до 14 лет. Проанализированы анамнестические данные, по результатам электрокардиографии выделены 3 группы детей: первую группу (18 детей – 17,6%) составили дети с экстрасистолией, вторую (59 больных – 57,8%) – дети с брадиаритмией, третью (25 детей – 24,6%) – больные с тахиаритмией. У всех больных были проанализированы жалобы, анамнестические данные, особенности развития, результаты ранее проводимых исследований сердца и сосудов. Для проведения клинического анализа использовали историю развития ребенка (ф. 112) и специально разработанную формализованную статистическую карту. Физическое развитие наблюдаемых больных оценивали по центильным таблицам и региональным нормативам физического развития.

Проводимый анализ показал, что большинство наблюдаемых детей родились от больных родителей (76,5% матери и 39,4% отцы). В структуре хронических заболеваний родителей ведущее место занимали болезни системы кровообращения, органов пищеварения и дыхания.

Проведена оценка физического развития у детей с нарушениями сердечного ритма. Обнаружена бис гармоничность развития, в ряде случаев (32,7%), с преобладанием дефицита массы.