

медикаментозными средствами, правильной диетой, дозированной физической нагрузкой.

Как показало наше исследование, только часть детей проходят диспансерное наблюдение в полной мере (70 %). Большое число погрешностей относится к несоблюдению рекомендуемой диеты (38%): употребление в большом количестве продуктов, повышающих нагрузку на почки и являющихся причиной возникновения возможного рецидива заболевания. Причиной несоблюдения программы питания - отсутствие контроля со стороны родителей. Для повышения эффективности реабилитации детей с хроническим пиелонефритом в амбулаторных условиях, по нашему мнению, участковым педиатрам необходимо уделять достаточное внимание формированию активной медицинской позиции, направленной на формирование правильного взгляда родителей на понимание значимости соблюдения рекомендуемой диеты, физической нагрузки и других необходимых мер профилактики заболевания.

Литература:

1. Игнатова М.С. Детская нефрология /М.С. Игнатова // Руководство для врачей / М.:МИА – 2011 – С. 696
2. Ильин А.А. Бессолевая диета при заболеваниях сердца, почек, желудка и суставов. Лучшие рецепты и меню / А.А. Ильин / М.: Вектор, 2010, с. 128
3. Лойманна Э. Детская нефрология / А.Н. Цыгина, А.А. Саркисяна / М.: Литтерра – 2010.
4. Мухина Ю.Г. Практическое руководство по детским болезням. Том 6: Нефрология детского возраста / Ю.Г. Мухина, С.В. Бельмер, И.М. Османов, В.В. Длин, О.Л. Чугунова / М.: Медпрактика-М – 2010 – С. 736
5. Петросян Э.К. Детская нефрология. Синдромный подход / Э.К. Петросян / М.: ГЭОТАР-Медиа – 2009
6. Сергеева Т.В. Что должны знать родители о болезнях почек у детей / Т.В. Сергеева, Н.Н. Картамышева, А.Г. Тимофеева / М. – 2008
7. Эрман М.В. Нефрология детского возраста / М.В. Эрман // Руководство для врачей / М.: Спецлит – 2010 – С. 683

УДК 616-053.34:616-005.1-008:616-005.5:575.175

А.А. Долматова, Н.Н. Кузнецов
МНОГОКОМПОНЕНТНАЯ УПРАВЛЯЕМАЯ
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
НОВОРОЖДЕННОГО ПЕРВЫХ СУТОК ЖИЗНИ ПРИ
ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ И ТРОМБОЗЕ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ
АРТЕРИИ

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП
Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

A.A. Dolmatova, N.N. Kuznetsov

**MANAGET MULTI-COMPONENT ANTICOAGULANT AND
FIBRINOLYTIC THERAPY NEWBORN'S FIRST DAYS OF LIFE IN
ASCHEMIC STROKE AND THROMBOSIS OF THE SUBCLAVIAN
ARTERY**

Department of pediatrics and outpatient pediatrics FPK and PP
Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: shura.dolmatova2014@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрен клинический пример ребенка с тромбофильно значимыми полиморфизмами системы гемостаза и фолатного цикла высокой степени риска.

Annotation. the article describes the clinical case of a child with thrombophilia significant polymorphisms of hemostatic system and folate cycle high risk.

Ключевые слова: неонатология, гемостаз, генетика, тромбофилия, тромбоз.

Keywords: neonatology, hemostasis, polymorphism, genetics, thrombophilia, thrombosis.

Широкая распространенность системных синдромов при критических состояниях в различные возрастные периоды в перинатологии и педиатрии при обширном перечне нозологических форм, высокая инвалидность и смертность диктуют профилактическую направленность медицинских мероприятий, которые должны предотвращать грозные осложнения. На сегодняшний день доказана роль фундаментальных синдромов синдром системного воспалительного ответа, диссеминированного внутрисосудистого свертывания, синдром эндогенной интоксикации в патогенезе тяжелых осложнений беременности – эклампсии, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, синдрома потери плода, синдрома задержки роста плода, критических синдромов у новорожденных, тромбозов и тромбоэмболических осложнений. [1]

Вследствие физиологических особенностей тромбозы в неонатальном периоде наблюдаются чаще, чем у детей более старшего возраста. Частые исходы тромбозов – инвалидизация и гибель пациента. Тромбозы требуют незамедлительной диагностики и максимально раннего начала интенсивной терапии. У новорожденных, в том числе недоношенных, тромбозы часто связаны с катетеризацией сосудов, соматической патологией и инфекцией. В большинстве случаев развитие тромбоза связано с воздействием более чем одного протромботического фактора. [1]

Интенсивная терапия требуется при развитии любого тромбоза и заключается в назначении антикоагулянтов под контролем лабораторных показателей. Терапия тромбоза у новорожденных и недоношенных детей требует участия ряда специалистов (неонатолог, гематолог, сосудистый хирург и др.). [2]

Если тромбоз связан с низкой активностью естественных антикоагулянтов, для эффективного лечения тромбоза требуется проведение заместительной терапии препаратами, содержащими дефицитные белки в достаточной концентрации. [2]

Дети, переносящие или перенесшие эпизод тромбоза (за исключением пристеночного субклинического катетер-ассоциированного), нуждаются в обследовании и лабораторном контроле для выявления факторов патологического тромбообразования и решения вопроса о тактике лечения и долгосрочной профилактике рецидивов. [2]

Лечение тромбозов. Непрямые антикоагулянты (антагонисты витамина К) (Применение в неонатальной практике ограничено). Нефракционированный (НФГ) или низкомолекулярный гепарин (НМГ). Тромболитическая терапия (Применение тромболиза в педиатрической практике ограничено. Основной причиной ограниченного применения тромболиза является высокий риск геморрагических осложнений. Альтернатива тромболизу - хирургическое удаление тромба). Нефракционированный (НФГ) или низкомолекулярный гепарин (НМГ) Заместительная терапия. [2]

Цель исследования – оценка клинической эффективности и возможности применения контролируемой и управляемой комплексной антикоагулянтной и фибринолитической терапии у новорожденного первых суток жизни при ишемическом инсульте и тромбозе подключичной артерии.

Материалы и методы исследования

Проведена КТ-сосудистая программа, генетическое исследование системы гемостаза и фолатного цикла. Проведена многокомпонентная антикоагулянтная и тромболитическая терапия.

Клинический пример 1:

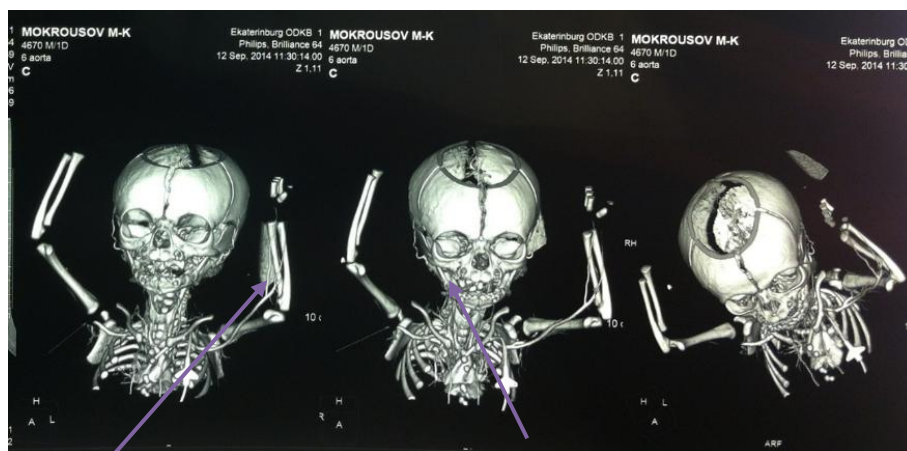
Ребенок Тимофей М., дата рождения 11.09.2014 г.

Клиника при рождении: нарушение цвета кожи правой руки, выраженная отечность, эпидермолиз, участки некрозов предплечья, некроз ладоней и пальцев правой верхней конечности, отсутствие пульсации на уровне плечевой артерии.

Тактика ведения: на этапе родильного дома ребенок консультирован детским хирургом. Выставлен диагноз артериального тромбоза верхней правой конечности. Проведено лечение: гепаринизированная плазма со второго часа жизни, фраксипарин 1,5 мг/кг массы 2 раза в сутки, алпростан, а/б-терапия. В возрасте 18 часов ребенок перегоспитализирован в ОДКБ №1 ХО №2.

Обследование в ОДКБ №1:

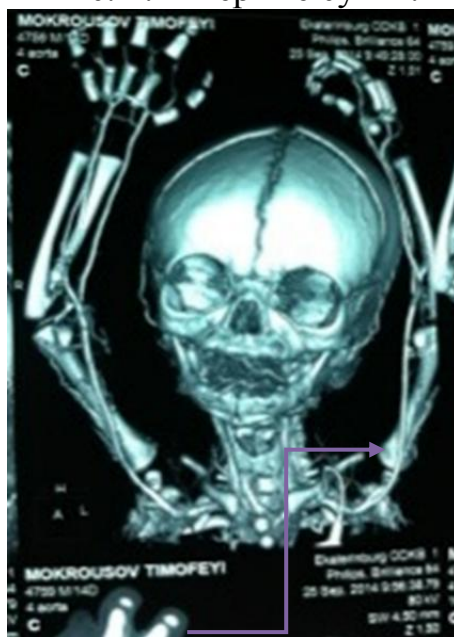
При поступлении: КТ-ангиография - тромбоз правой подключичной артерии и тромбоз правой передней и средней мозговых артерий справа. (рис. 1).



Отсутствие кровотока

Кровоток присутствует

Рис. 1. В первые сутки.



Восстановление кровотока

Рис. 2. После проведения тромболизиса.

Гемостазиограмма: Высокий уровень Д-димеров, растворимых фибрин-мономерных комплексов, выраженная хронометрическая и структурная гиперкоагуляция на тромбоэластограмме; значительное снижение уровня протеина С (28%) при нормальных возрастных значениях АТ, протеина S.

Акушерский анамнез: 12 лет вторичного бесплодия после первого медаборта. Гестационный сахарный диабет, гипохромная анемия 2 степени тяжести, варикоз вен нижних конечностей и геморроидальных вен. С 24 недель беременности регистрировалась ХФПН и СЗРП. В 36 недель – преэклампсия средней степени тяжести. 39-40 недель - прогрессирование преэклампсии, послужившее проведению срочного оперативного родоразрешения.

Наследственный анамнез: Смерть деда (отца матери) в возрасте 47 лет от острого инфаркта миокарда. Смерть брата матери в 35 лет от острого инфаркта миокарда. Второй брат матери – илеофemorальный тромбоз в 27 лет

Окончательный диагноз: Наследственная мультигенная тромбофилия высокой степени риска, сочетающаяся с наследственным дефицитом протеина С, тяжелая преэклампсия, реализовавшиеся внутриутробными тромбозами правой подключичной артерии и передней и средней мозговых артерий справа.

Лечение: Фраксипарин со второго часа жизни, Гепаринизированная плазма №6 с первых суток, Алпростан с 2-х часов жизни, Актеллизе №1 в возрасте 19 часов жизни, Антибактериальная терапия, Оперативное лечение: ампутация верхней правой конечности.

Выводы:

1. Многокомпонентная контролируемая, управляемая антикоагулянтная и фибринолитическая терапия показала клиническую эффективность без геморрагических осложнений у новорожденных первых суток.

2. Важно учитывать отягощенность сосудистого семейного анамнеза в сочетании с отягощенным акушерским анамнезом в профилактике сосудистых катастроф у новорожденных.

3. Представленный клинический случай иллюстрирует реализацию наследственной сочетанной тромбофилии в артериальные тромбозы во внутриутробном периоде.

Литература:

1. Макацария А.Д. Тромбозы и тромбоземболии в акушерско-гинекологической клинике: Рук. для врачей /А.Д.Макацария и соавт./ М.: ООО «Медицинское информационное агентство» – 2007 – С. 1064

2. Свирин П.В. Лечение неонатальных тромбозов. Проект клинического протокола / П.В. Свирин, С.А. Румянцев, Л.Е. Ларина, А.В. Суворова, А.П. Жарков

УДК 616-036.22

**В.А. Дорошенко, С.С. Смирнова, А.А. Голубкова
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ
ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра эпидемиологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**V.A. Doroshenko, S.S. Smirnova, A.A. Golubkova
THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF CHILDREN OF HIV
INCIDENCE IN THE SVERDLOVSK REGION**