

шел самопроизвольный выкидыш, по поводу чего производилось выскабливание полости матки. Сразу после выкидыша не обследовалась. В течение 5 лет беременность не наступала, по поводу чего в феврале 2006 г. произведена диагностическая лапароскопия. Обнаружена и удалена параовариальная киста справа, на брюшине крестцово-маточных связок и задних листках широких маточных связок — глубокие очаги эндометриоза более 3 см². Выполнена деструкция этих очагов. В послеоперационном периоде назначен прием парлодела по 0,5 таблетки ежедневно. Предложено обследование супруга, однако эта рекомендация не выполнена. Парлодел принимала в течение 3 месяцев, затем самостоятельно прекратила прием.

В декабре 2006 г. спонтанно наступила беременность, с 6 недель состоит на учете в женской консультации. В январе 2007 г. с амбулаторного приема направлена в стационар с жалобами на боли в нижних отделах живота, тошноту, рвоту до 2 раз в сутки. При поступлении подтвержден диагноз маточной беременности 6—7 недель, образований в области придатков выявлено не было. Назначена сохраняющая терапия, которая привела к улучшению самочувствия. При осмотре терапевтом выявлена артериальная гипертензия (АД — 140/80—150/80 мм рт. ст.) и сделано предположение о гипоталамическом синдроме в связи с ожирением, нарастающим в последние 2—3 года, и наличием бледных стрий в области молочных желез и бедер, а также явлений гирсутизма (гирсутное число 18 баллов). В течение 10 дней состояние и самочувствие оставались удовлетворительным, затем внезапно появились жалобы на сильные боли внизу живота; кровянистые выделения отсутствовали. Выполнено эхографическое исследование, при котором в полости матки определено наличие плодного яйца, соответствовавшего 8 неделям беременности, а в трубе справа образование диаметром 20 мм с живым плодом внутри. Позадиматочное пространство свободно. Таким образом, обнаружено сочетание маточной и трубной беременности.

В urgentном порядке больной произведено оперативное вмешательство лапароскопическим доступом, осуществленным при помощи четырех троакаргов: двух 11 мм (пупочный и правый боковой) и двух 5 мм (левый боковой и надлобковый). При осмотре органов малого таза выявлено: тело матки увеличено до 8 недель беременности, правая маточная труба расширена на всем протяжении до 8—6 см, представляет из себя плодместилище в истмическом отделе, синюшно-багрового цвета. Правый яичник не увеличен, без патологии, левый яичник несколько больше нормы, в нем желтое тело беременности. Спаечный процесс не выражен. Выполнена правосторонняя сальпингоэктомия.

В послеоперационном периоде усилена сохраняющая терапия, проведен курс антибиотиков. В течение трех дней беспокоили небольшие тянущие боли внизу живота и наблюдались сукровичные выделения из половых путей. На 5 день послеоперационного периода выполнено ультразвуковое исследование. Подтверждено прогрессирование маточной беременности 8—9 недель, плодное яйцо без признаков отслойки, внутренний зев закрыт. Обследование гормональной функции (Т₃, Т₄, ТТГ, 17 КС) отклонений не выявило. Выписана в удовлетворительном состоянии с прогрессирующей беременностью 13 недель для проведения санаторно-курортного лечения с рекомендациями по терапии и обследованию. Составлен план дальнейшего ведения и наблюдения. Беременность протекала под нашим наблюдением. Дополнительной госпитализации в поздние сроки беременности не потребовалось. На 38—39-й неделе беременности появились признаки гестоза в виде отеков II степени, АД не повышалось, анализ мочи без патологии. На 39-й неделе с учетом анамнеза родоразрешена путем операции кесарева сечения. В брюшной полости признаков спаечного процесса не было. Родился мальчик с оценкой по Апгар 8—9 баллов, массой 4 кг 150 г. Послеоперационный период без осложнений. Выписана на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПИГМЕНТНАЯ ПУРПУРА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Козлова О.Б., Заводин М.В., Колеров Э.Ю., Частухина Т.В., Фокин В.Н., Ратманова Г.А.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Воспалительные поражения сосудов кожи и подкожной клетчатки (ангииты или васкулиты кожи), относящиеся к большой группе дерматозов, достаточно часто встречаются у детей. Однако из-за отсутствия единого подхода к данной группе заболеваний больные остаются без должного внимания.

Под нашим наблюдением находилось 11 детей в возрасте 10—14 лет, у которых в клинической картине заболевания преобладали изолированное поражение кожи с преимущественной локализацией на нижних конечностях. Кожные проявления практически у всех детей были представлены

множественными мелкими (точечными) геморрагическими пятнами без отека (петехиями) с буровато-желтыми пятнами гемосидероза различной величины и очертаний. У двух детей на фоне гемосидероза отмечались телеангиоэктозии. Субъективных ощущений, нарушений общего состояния больных не отмечалось. Всем пациентам был поставлен диагноз хронической пигментной пурпур, которая представляет собой хронический дермальный капиллярит, поражающий сосочковые капилляры.

В комплекс диагностических мероприятий включалась реовазография, где были выявлены наруше-

ния коллатерального кровотока, более выраженные в конечности с обильными высыпаниями. Биопсия кожи, проведенная в трех случаях, выявила явления воспаления и дистрофии капилляров кожи.

У 1/3 детей по коагулограмме отмечена склонность к гипокоагуляции, у 1 ребенка поставлен диагноз болезни Виллебранда. Показатели периферической крови не отличались от возрастных норм. У 2/3 детей по данным иммуноферментного анализа выявлены антитела к вирусам Эпштейна-Барра, цитомегалии, герпеса, в сочетании с антителами к токсоплазме, хламидиям.

Всем детям проведена лазеротерапия на сосуды нижних конечностей, внутрь и местно в виде мази — нестероидные противовоспалительные препараты (вольтарен, ортофен, диклофенак). При

отягощенном аллергологическом анамнезе, а также при наличии отечности элементов назначались антигистаминные средства. На фоне проведенной терапии у большинства детей отмечена положительная динамика кожных проявлений. Полное исчезновение элементов происходит в течение 4—8 месяцев. У части детей (у 1/3) изменения сохранились, хотя следует отметить уменьшения объема кожных поражений.

Таким образом, у большинства наблюдаемых нами больных хроническая пигментная пурпура развивалась на фоне инфекционной агрессии (вирусы, бактерии и др.) в сочетании у ряда детей с изначальной склонностью к гипокоагуляции. Включение в комплекс лечебных мероприятий противовоспалительных средств позволяет получить положительный эффект.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Копилова Е.Б., Шияев Р.Р., Москвина Л.П., Завьялова А.В., Князева И.В., Петрова О.А.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
ОГУЗ «Ивановская областная детская клиническая больница»

Болезни органов пищеварения относятся к наиболее распространенной неинфекционной патологии детского возраста, занимая по частоте второе место после заболеваний органов дыхания. В структуре патологии пищеварительного тракта у детей ведущее место занимают поражения его верхних отделов. Дебютом гастродуоденальных нарушений у детей раннего возраста чаще всего являются упорные срыгивания и рвоты. В то же время, известно, что этот клинический симптомокомплекс является неспецифическим и встречается с различной частотой при многих заболеваниях детей раннего возраста. Как показывает практический опыт, наиболее часто дифференциальный диагноз срыгиваний и рвоты у детей раннего возраста необходимо проводить между функциональными расстройствами гастродуоденальной зоны, органическими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), перинатальным поражением ЦНС (гипертензивно-гидроцефальным синдромом, синдромом вегетативно-висцеральных дисфункций), врожденными аномалиями развития желудочно-кишечного тракта (атрезии, стенозы, врожденный короткий пищевод, врожденная халазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, кольцевидная поджелудочная железа, гипоплазия поджелудочной железы, незавершенный поворот кишечника, пилоростеноз), остро возникшими ситуациями (инвагинация, острая кишечная непроходимость, аппендицит и др.), эндокринными нарушениями, синдромом дисбактериоза кишечника, гастроинтестинальной аллергии, синдромом мальабсорбции. В этой связи сотрудниками кафедры детских болезней педиатрического факультета ИвГМА и областной детской клинической больницы разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм диагностики за-

болеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей раннего возраста с синдромом упорных срыгиваний и рвоты.

Диагностическая программа предполагает:

1. Сбор и оценку анамнеза: выявление наследственной отягощенности по заболеваниям гастродуоденальной зоны; сроки манифестации синдрома срыгиваний и рвоты, характер питания ребенка (естественное, искусственное); детальный анализ характера срыгиваний и рвоты (связь с приемом пищи, плачем, моторной активностью ребенка, объем, цвет и запах срыгиваемых масс, наличие в содержимом примеси желчи, створоженного или непереваренного молока).
2. Клиническое обследование больного (физическое развитие, наличие симптома «песочных часов», пигментации кожи, характер стула).
3. Лабораторное обследование: общий анализ крови, копрограмма, микробиологическое исследование кишечника, при необходимости биохимический анализ крови, иммунологическая диагностика пищевой аллергии.
4. Консультации специалистов: невролога, для уточнения характера перинатального поражения нервной системы и ведущего неврологического синдрома; хирурга.

Следует отметить скудность объективных симптомов, выявляемых при осмотре ребенка раннего возраста, позволяющих заподозрить патологию ВОПТ. В этой связи важную диагностическую ценность приобретают результаты дополнительных инструментальных методов исследования.