

справа - 22мм, слева 17мм, 3 желудок - 2мм. постгеморрагическая гидроцефалия за счет дилатации боковых желудков преимущественно справа. Порэнцефалическая киста справа с прорывом в правый боковой желудок. От 28 06 11 кровь на РВ отр.

тОртопед - Нейрогенная кривошея. Глазное дно - ДЗН бледно - розовый, контуры четкие, небольшое расширение вен, Сетчатка разряжена. Фон глазного дна розовый. КТ головного мозга в динамике Постгеморрагическая внутренняя асимметричная гидроцефалия. прогрессирующее течение. Порэнцефалическая киста в правой теменно - затылочной области. Субарахноидальная киста ЗЧЯ.

Лечение: кортексин по 5 мг – 10 дней, энцефабол по 2.0 - 1р вд, общий массаж 10 дней, эффорез с 0.5 % эуфиллином, папаверином. ЛФК, диакарб по 1/4 - 1р вд +++-- 3 Аспаркам 0.5 по 1/4 – 2р вд +++--3. Церебролизин по 0.6 в/м 5дней, В12 - 120 мг в/м 10 дней, занятие с логопедом. Ребенок выписан с небольшим улучшением в неврологическом статусе.

Заключение: Необходимо доклиническое выявление геморрагии последующее выполнение лечебно - профилактической программы, исключающие все факторы. Наиболее перспективный путь лечения тяжелой ПВК и гидроцефалии - их профилактика. Это важнейшая медико - социальная задача в системе мероприятий - обследование не только беременной женщины и адекватное ведение к родам но и всех женщин репродуктивного возраста. Необходимо УС-скрининг проводимый в первые дни жизни новорожденных.

Литература:

1. «Руководство по детской неврологии», под редакцией В.И.Гузевой, г. Санкт-Петербург, ФОЛИАНТ 2004г.
2. «Неврология новорожденных», А.Ю.Ратнер, г. Москва, БИНОМ Лаборатория знаний - 2008.;
3. «Детская психоневрология» Л.А. Булахова – 2001г.

УДК 616.151.514+616.33-002.44

СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА

О.А. Ким, С.М. Муратова

Областная детская больница, г.Павлодар

АСҚАЗАННЫҢ ОЙЫҚ ЖАРАСА БАР НАУҚАСТАН ҚАН АҚҚЫШТЫҚ АУРУЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

THE CASE OF DIAGNOSIS OF HEMOPHILIA IN A PATIENT WITH GASTRIC ULCER

Предлагаем следующее клиническое наблюдение. Больной находился на стационарном лечении по поводу язвенной болезни желудка, осложненной хронической постгеморрагической анемией. В процессе обследования была выявлена гемофилия А средней тяжести.

Больной А., 14 лет, поступил в соматическое отделение областной детской больницы (ОДБ) г. Павлодара в июне 2010 г. с жалобами на сильную слабость, рвоту с примесью крови, боли в животе.

Anamnesis morbi. В феврале 2010 г. пациент поступал в хирургическое отделение ОДБ. Больному был поставлен диагноз «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная желудочно-кишечным кровотечением, постгеморрагической анемией». Дебют заболевания сопровождался рвотой типа «кофейная гуща» и меленой. Проводили противанемическую, противоязвенную терапию. Болезнь была переведена в рубцовую стадию. При поступлении в хирургический стационар в общем анализе крови уровень гемоглобина составил 72 г/л, эритроцитов – $2,07 \pm 10^{12}/л$, при выписке уровень гемоглобина был равен 92г/л, эритроцитов – $2,9 \pm 10^{12}/л$. Позднее по поводу данного заболевания больной не обследовался, никакого лечения не получал. В начале июня 2010 г. больной отметил черное окрашивание стула. Отмечал периодические ночные боли в эпигастриальной области, в дневное время тошноту. Обратился за медицинской помощью к гастроэнтерологу, проводилась противоязвенная терапия, без особого эффекта, желудочное кровотечение продолжалось. Постепенно увеличивались слабость, уменьшилась толерантность к физической нагрузке, беспокоили боли в эпигастрии. В связи с отсутствием улучшения 16 июня 2010 г. был госпитализирован.

Anamnesis vitae. Родился от первой беременности, первых родов. Масса тела при рождении 3240 г. Закричал сразу, грудь взял сразу, пуповина отпала на 5-е сутки. Период новорожденности проходил без патологии. Наследственность больного отягощена: дед по материнской линии страдал повышенной кровоточивостью (не обследован). У пациента отмечаются частые носовые длительные кровотечения. В возрасте одного года (июль 1987 г.) у больного было отмечено кровотечение из ткани языка после травмы детской игрушкой, продолжавшееся 2 сут.

Состояние при поступлении средней тяжести. Кожа бледно-розовая, тургор сохранен, видимые слизистые умеренной влажности, бледно-розовые, язык обложен белым налетом. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Амплитуда движений в суставах не изменена, движения безболезненны. Грудная клетка правильной формы, симметрична, равномерно участвует в акте дыхания, безболезненна при пальпации. Частота дыхания – 16 в минуту. Перкуторный звук над всей поверхностью легочный, границы легких не изменены. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, верхушечный толчок в V межреберье по срединно-ключичной линии, нормальной силы и площади. Границы относительной тупости сердца перкуторно в пределах нормы. Тоны сердца ритмичны, ясные, ЧСС – 92 уд/мин, артериальное давление (АД) 115/70 мм рт. ст. Appetit несколько снижен. Живот обычной формы, плоский, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии; печень нормального размера, по краю реберной дуги. Область желчного пузыря при пальпации безболезненна. Симптомы Ортнера, Мюсси отрица-

тельные. Селезенка не пальпируется, пальпация безболезненна. Область почек визуально не изменена, симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание в норме. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная. Кал оформленный, обычной окраски, без включений крови.

На электрокардиограмме (ЭКГ): ритм синусовый с ЧСС 96 уд/мин, нормальное положение оси сердца, признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса.

Данные дополнительных методов обследования: Общий анализ крови: гемоглобин – 84 г/л, эритроциты – $2,96 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель (ЦП) – 0,57, гематокрит – 0,23, лейкоциты – $4,9 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 325×10^9 /л, лейкоцитарная формула: п-2, с-62, э-2, л-31, м-3; СОЭ – 14 мм/ч. Средний объем эритроцита – 63 fl, средняя концентрация гемоглобина в эритроците – 19,0 pg. Анизозитоз «+++», пойкилоцитоз «+++», полихроматофилия. Общий анализ мочи: цвет соломенный, прозрачность неполная, относительная плотность – 1010; реакция нейтральная, белок – реакция отрицательная, глюкоза – реакция отрицательная, кетоновые тела – реакция отрицательная, эпителий – единичный в поле зрения, лейкоциты – 0–1 в поле зрения. Биохимия крови: общий белок – 70,6 г/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л, железо – 7,0 мкмоль/л, АЛТ – 0,34 мм/л, АСТ – 0,22 мм/л. АнтиHCV, HBsAg – отрицательно. Уровень VIII фактора – 2,0, ингибитор отрицательный. Эзофагогастродуоденоскопия: язва желудка с признаками кровотечения (глубина язвы – 0,3 см, края ровные, дно умеренно кровоточит). УЗИ органов брюшной полости: патологии нет.

Диагноз: 1. Основной. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение. 2. Осложнение - желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая гипохромная анемия. 3. Сопутствующий. Гемофилия А средней степени тяжести.

Лечение: 1) внутривенное введение концентрата VIII фактора из расчета 30 ед/кг/сутки; 2) противоязвенная терапия (де-нол, альмагель, класан, амоксициллин); 3) противоанемическая терапия препаратами железа (актиферрин).

На фоне лечения состояние больного стабилизировалось, улучшилось самочувствие. Уменьшилась бледность кожного покрова и слизистых оболочек. На повторной ЭГДС от 26.02.07 г.; признаки рубцевания язвы, признаков продолжающегося кровотечения нет. После начала терапии препаратами железа отмечено повышение в крови количества ретикулоцитов до 18%. При выписке состояние удовлетворительное, жалоб нет. Кожа нормальной окраски. Живот мягкий безболезненный. На ЭКГ без отрицательной динамики. В общем анализе крови гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – $3,99 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,58, лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 242×10^9 /л, лейкоцитарная формула: п-1, с-62, э-1, л-31, м-5; СОЭ – 6 мм/ч. Средний объем эритроцита – 72,4 fl, средняя концентрация гемоглобина в эритроците – 20,5 pg. Больной выписан под наблюдение гематолога и гастроэнтеролога с рекомендацией соблюдения диеты, приема препаратов железа.

Литература:

1. Анемии у детей: диагностика и лечение / Практическое пособие для врачей под редакцией Румянцева А.Г., Токарева Ю.Н. - М.: МАКС Пресс, 2000. – 917 с. Момот А.П. Патология гемостаза. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики. — СПб.: Формат, 2006. — 208 с.
2. «Диагностика и лечение гемофилии у детей» методические рекомендации // научный центр педиатрии и детской хирургии // Казахстан; Алматы: 2007
3. Шабалов Н.П. Детские болезни 2002 год, том 1: с. 600-615.

УДК 616.633.455.623+616.895.1

СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА С ТЯЖЕЛЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ

Б.С. Саматова

КГКП «Областная детская больница», г. Павлодар

Тужырым

АУЫР ЖАБЫҒУ СИНДРОМЫ БАР СУСАМЫРДЫҢ ТІРКЕСІНІҢ ЖАҒДАЙЫ

Бапта меншікті бақылаудан жағдай елестеткен. Осы жағдайдың ерекшелігі гипогликемичес күйлерін маскамен сусамыр жасырынған жабығу синдромының дифференциалды диагностикасын қиындық болып табылады.

Summary

DIABETES CASE THE COMBINATION WITH MAJOR DEPRESSIVE SYNDROME

The article presents a case of self-observation. feature of this case is the difficulty in differential diagnosis of a depressive syndrome, hiding under the mask hypoglycemic state in diabetes mellitus.

Гипогликемия наиболее частое острое осложнение сахарного диабета тип 1. Причины гипогликемических состояний при проведении интенсифицированной инсулинотерапии разнообразны: это случайная или намеренная передозировка инсулина, тяжелые физические нагрузки, несбалансированное питание, жировой гепатоз. В практике врача-эндокринолога встречаются случаи невыясненных частых гипогликемических состояний на фоне инсулинотерапии сахарного диабета. Иногда симптомами гипогликемического состояния может сопровождаться тяжелый депрессивный синдром.

Приводим случай из собственного наблюдения.

Подросток С. 17 лет в течение последних 2-х лет неоднократно поступает в областную детскую больницу с жалобами на слабость, головные боли, частые судорожные приступы, чувство нехватки воздуха, неустойчивые уровни сахара в крови. Последняя госпитализация 30.10.10г.

Из анамнеза заболевания: Сахарный диабет тип 1 с 2006г. Контроль за диабетом хороший, но из-за частых гипогликемических состояний диету не удается соблюдать. Ежегодно находится на стационарном лечении в ОДБ. В течение 2-х лет (с 2007г) отмечаются частые гипогликемические состояния. В январе-феврале 2009г