

поражение центральной нервной системы и возраст моложе 1 года и старше 10 лет [5].

Литература:

1. Лейкозы в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей: динамика, сопоставление с зарубежным уровнем, критический анализ. / Чернов В.М., Погорелова Э.И., Лескова С.Г. // Гематология и трансфузиология. 2003. -№5 -С 10-14.

2. Клиническая онкогематология: руководство для врачей / под ред. М.А. Волковой. М.: Медицина, 2001. - 576 с.

3. Соболева, Т.Н. Острые лейкозы / Т.Н. Соболева, Е.Б. Владимирская. - М., 2001.-22 с.

4. Балакирев, С.А. Врожденный острый лейкоз у детей // Детская онкология // Москва.-2002.- С.51.

5. Владимирская, Е.Б. // Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2004. - Т. 3, №4-5.- С. 13.

УДК 616-006.487-053.2

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕТИНОБЛАСТОМЫ

С.Ц. Ван

КГКП «Областная детская больница», г. Павлодар

Ключевые слова: ретинобластома, экзентерация орбиты.

Тұжырым

РЕТИНОБЛАСТОМА КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Мақалада Ретинобластома St.3 –тің параорбитальды өзекке өніп шығуының клиникалық жағдайы сипатталған. Жаңа өскіннің қатерлі екенін растайтын цитологиялық зерттеу өткізілді. 2-3 жастан кіші балаларда ішкі көз ісіктері барлығын анықтау үшін скрининг өткізіп отыру қажет.

Summary

CLINICAL CASE OF RETINOBLASTOMA

The article touches upon a medical case of Retinoblastoma St.3 with invasion into paraorbital cellular tissue. There has been a cytologic screening carried out which has proved malignancy of the tumor. Younger children at the age of 2 to 3 years shall undergo screening for presence of intraocular tumors.

Введение. Ретинобластома - наиболее частая внутривидовая опухоль у детей младшего возраста. это быстро растущая опухоль эмбрионального типа, вариант исходящей из незрелой сетчатки нейробластомы. Ретинобластома выявляется примерно у 1 из 15 – 30 тысяч новорожденных. Раннее адекватное лечение существенно сказывается на прогнозе. При строго интраокулярной локализации опухоли выздоровление наступает более чем в 90 % случаев. По Павлодарской области за 2009 – 2011г. было зарегистрировано 4 случая Ретинобластомы. Хотелось отметить, что 2 случая из 4-х - это дети переселенцы из Монголии. В данных случаях заболевание было установлено на ранних этапах, но, к сожалению, родители отказались от оперативного лечения, в результате чего 1 ребенок скончался через год от прорастания опухоли в ткани орбиты с образованием отдаленных метастазов. Второй случай описан ниже.

Цель сообщения описание клинического случая Ретинобластомы St. 3 с прорастанием в параорбитальную клетчатку.

Материалы и методы. Пациент Б. 2007 г.р. Впервые по поводу данного заболевания обратились в апреле 2010г. Был выставлен диагноз: правый глаз - Увеит, Ретинобластома? После обследования ребенок был направлен в КазНИИ ГБ г.Алматы по линии ВСМП на оперативное лечение, от которого родители отказались. В августе 2010г. произошла перфорация и выпадение внутренних оболочек за счет роста новообразования. По линии санавиации ребенок был отправлен в Каз НИИГБ г.Алматы, где ребенок был осмотрен офтальмологом. Учитывая тяжесть состояния и прорастание опухоли с перфорацией оболочек глаза, в оперативном лечении отказано, направлена в КазНИИОиР. Проведено цитологическое исследование

№6954 – злокачественное новообразование, ретинобластома. Прошли 3 цикла химиотерапии. От предложенной энуклеации правого глаза отказались. Рекомендован был повторный курс химиотерапии в 12.2010г., но родители от дальнейшего лечения отказались. В августе 2011г. ребенок поступил в срочном порядке в глазное отделение Областной детской больницы, с жалобами на кровотечение из большого глаза.

При поступлении - t = 36.8° ЧСС=26. ЧД = 99. Общее состояние тяжелое. Жалобы на тошноту, головные боли, боли и кровотечение из правого глаза. Сон не нарушен. Аппетит резко снижен. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. В зеве без патологии. В легких дыхание везикулярное, чистое. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное.

Локальный статус: Острота зрения: VisusOD = 0, VisusOS = 0.6

OD – Образование в виде тканевой массы размером 3:2 см, занимающая всю полость глаза с выходом вперед, с неровной бугристой поверхностью. Верхняя поверхность и из под внутренних нижних отделов обильное кровотечение. Ребенку назначена гемостатическая терапия. Проведены консультации узких специалистов – отоларинголога, невропатолога, кардиолога, онколога. Проведена рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости – патологии не выявлено.

Заключение: КТ - признаки образования правого глаза, умеренного гипертензионно-гидроцефального синдрома, двух стороннего гайморита, этмоидита. Проведена консультация по телефону с Каз. НИИГБ и Каз НИИОиР, учитывая состояние ребенка, продолжающееся кровотечение из опухоли, рекомен-

довано по жизненным показаниям, провести операцию «Экзентерацию орбиты» в условиях глазного отделения Павлодарской ОДБ. На 3 сутки с момента поступления проведена операция OD – «Поднадкостничная экзенте-

рация орбиты». В послеоперационном периоде общее состояние с положительной динамикой, аппетит пришел в норму, ребенок стал активным.



Локальный статус: Острота зрения: VisusOD = 0, Visus OS = 0.9

OD – Кожа лица вокруг раны не изменена, раны покрыты серозной пленкой, чистые. У наружного отдела на ране чистые грануляции. Стенки орбиты не изменены. OS – патология глаза не выявлена. На 8-ые сутки после операции, ребенок отправлен санитарной авиацией в Каз НИИОиР на курс химиотерапии.

В октябре 2011г. ребенок осмотрен в глазном отделении. Локальный статус: Справа полость орбиты покрыта кожей.

Выводы: Поскольку Ретинобластома является одной из наиболее частых внутриглазных опухолей у детей младшего возраста, при декретированных диспансерных педиатрических осмотрах необходимо обращать внимание на изменение цвета зрачка, радужки, косоглазие, уменьшение размеров глаза. Педиатры должны тщательно собирать онкологический анамнез и направ-

лять детей из семей высокого риска на консультацию к офтальмологу.

Литература:

1. Телеуова Т.С., Мустафина Ж.Г., Волкова М.А. «Ретинобластома у детей Казахстана», Алматы – 1998г.
2. Бровкина А.Ф. «Новообразования орбиты», Москва изд. «Медицина» 1974г.
3. Могутин Б.М. «Атлас глазных болезней», Медиздат «Вести» 2008г.
4. Катькова Е.А. «Ультразвуковая диагностика объемных процессов органа зрения», изд. «Стром» 2011г.
5. Бровкина А.Ф. «Болезни орбиты», изд. «МИА» 2008г.
6. Саакян С.В. «Ретинобластома», изд. «Медицина», - 2005г.

УДК 616.36-002+612.119

ПРОБЛЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ (С ДЕМОНСТРАЦИЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Л.Е. Абишева

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

Тұжырым

СОЗЫЛМАЛЫ БАУЫР ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ГЕМОСТАЗ ЖАҒДАЙЫ

Л.Е. Абишева

Созылмалы бауыр патологиясы бар науқастардың гемостаз жағдайы. Науқас К диагнозы оның клиникалық көрінісінде гемостаз көрсеткіштері және созылмалы бауыр патологиясында өзгерістері көрсетілген. Диагнозы: Билиарлы цирроз, декомпенсация сатысы. Портальды гипертензия синдромы. Холестаз синдромы. ГЦЖ 3 дәреже анализдер жасалып бауыр патологиясында өзгерістері анықталған.

Summary

PROBLEMS OF HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASE

L.E. Abisheva

In this article presented clinical case of patient K. - hemostasis and their significance in chronic liver diseases. The patient's diagnosis: Biliary cirrhosis of the liver, decompensation stage. The syndrome of portal hypertension. Syndrome of cholestasis. Hepatocellular insufficiency 3 degrees. In article was carried out analysis and identified possible reasons for changes in hemostasis in liver disease.