

### **Результаты исследования и их обсуждение.**

При первичном эндоскопическом исследовании у детей с ИПС (n=109) патология гастродуоденальной зоны была выявлена у 81% детей (n=88).

Изолированный гастрит выявлен у 4,6% (n=5), изолированный дуоденит у 14,7% (n=16), гастродуоденит у 62% (n=67) пациентов с ИПС.

У детей с ИПС выявлялись следующие однотипные изменения в слизистой гастродуоденальной зоны: поверхностные - 45% (n=49), гипертрофические - 4,6% (n=5), эрозивно-язвенные - 1,8% (n=2), субатрофические - 0,9% (n=1). Эрозивно-язвенные изменения в 1,5 раза выявлялись чаще в СОДПК (СОЖ - 8,3%, СОДПК - 12,1%). Дуодено-гастральный рефлюкс диагностировался у 9% (n=10), эзофагит у 12% (n=13).

Пациенты с ИПС, которым проводилась внутрижелудочная рН-метрия, имели разнообразную эндоскопическую картину: 62% (n=31) поверхностный гастродуоденит, 18% (n=9) смешанный гастродуоденит, 10% (n=5) поверхностный дуоденит, 4% (n=2) поверхностный гастрит, 2% (n=1) гипертрофический гастрит, 2% (n=1) гипертрофический гастродуоденит, 2% (n=1) субатрофический гастродуоденит.

По данным внутрижелудочной рН-метрии у детей с ИПС было выявлено:

14% (n=7) гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией (рНЮ,2), 70% (n=35) - гастродуоденит с нормальной кислотообразующей функцией (рН=1,2-2,0), 16% (n=8) - гастродуоденит с пониженной кислотообразующей функцией желудка (рНЮ,0). У 84% детей с ИПС регистрировалось нарушение ощелачивающей функции антрального отдела желудка в виде субкомпенсации (рН=3,9-2,0) и декомпенсации (рН< 2,0).

**Заключение:** 1. У 81% детей из трех подгрупп (ЮА, ХГН, ДЗСТ) было диагностировано коморбидное состояние в виде хронического гастродуоденита. 2. У 70% пациентов с ИПС был выявлен гастродуоденит с нормальной кислотообразующей функцией желудка.

Лукушкина Е.Ф., Мещерякова В.В., Афраимович М.Г., Власова И.Н., Масленникова И.Р., Костарева Т.Ю.,  
Азовцева И.А., Катмарчиев А.Р.

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Нижегородская государственная медицинская академия, Нижегородская областная детская клиническая больница, г. Нижний Новгород*

Введение. Болезнь Kawasaki (БК) - системный артериит с поражением средних и мелких артерий, сочетающийся с лихорадкой, изменениями слизистых, кожи, лимфатических узлов, преимущественным поражением коронарных артерий и имеющий относительно доброкачественное течение. Поздняя диагностика БК - риск развития аневризм и тромбозов коронарных артерий, инфаркта миокарда, летального исхода. Раннее начало лечения (до 10-го дня заболевания) большими дозами внутривенного иммуноглобулина (ВВИГ) в сочетании с ацетилсалициловой кислотой снижает риск осложнений. БК особенно распространена в Японии. В России БК пока диагностируется нечасто.

Цель. Анализ течения и исходов БК у детей раннего возраста.

Материалы и методы. За последние 5 лет в отделении раннего возраста ГБУЗ НО НОДКБ болезнь Kawasaki диагностирована у 10 детей (7 девочек, 3 мальчика): у 6 - в возрасте до 1 года, у 2 - с 1 до 2 лет, у 2 с 2 до 3 лет. У одного - БК привела к летальному исходу.

Результаты. Средний возраст манифестации БК 15,1 мес + 2,82 мес., средний срок диагностики 11,1 + 2,07 день заболевания. Диагнозы, выставляемые при первичной обращаемости: ОРВИ - 5 чел, ангина - 2 чел, сепсис - 1 чел, токсико-аллергический дерматит - 1 чел, поствакцинальная реакция - 1 чел. Все 10 человек постепенно развили основные симптомы БК с тромбоцитозом, лейкоцитозом, ускоренным СОЭ. Изменения со стороны ССС: перикардит - 4 чел, в том числе с коронаритом у 2 чел, коронарит с расширением устьев коронарных артерий и утолщением их стенок - 4 чел, миокардит - 1 чел, без поражения ССС - 1 чел. Всем больным назначена терапия ВВИГ 1-2 г/кг/курс, ацетилсалициловая кислота.

Больной Щ., 6 мес, заболел остро, фебрильная лихорадка до 39°C - 12 дн., субфебрилитет - 6 дней, полиморфная сыпь на теле с округлым пятном вокруг рубчика БЦЖ и двусторонний конъюнктивит (3-ий день), хейлит (10-ый день), десквамация кожи пальцев рук и ног (16-ый день), тромбоцитоз 505\*10<sup>9</sup>/л. На ЭХО-КГ (18-ый день заболевания и поступления в стационар) выпотной перикардит 10мм по передней стенке ПЖ с истончением стенок и размытостью контура коронарных артерий. Диагностирована БК, начата терапия ВВИГ, на фоне которой ребенок развил клинику кардиогенного шока с летальным исходом. Результаты аутопсии: БК с тромбозом и обструкцией передней ветви левой коронарной артерии и основного ствола правой коронарной артерии.

Выводы. Ранняя диагностика и правильная терапия БК залог благоприятного исхода заболевания.