

- nal of the American Academy of Dermatology.*  
2014;71(3):e85-e86.
5. Malhotra S. K. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.*  
2010;62(2):134-135.
6. Nievas M. S., Pugnaire M. A. F., Salmeron M. T. G., Lora V. C. *Journal of the American Academy of Dermatology.*  
2013;68(4):AB57-AB57.

#### Сведения об авторах:

Асхаков Марат Солтанович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО СтГМУ; тел.: 89283147456; e-mail: kedri2007@yandex.ru

Чеботарев Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО СтГМУ; тел.: 89624475355; e-mail: stgmakvd@mail.ru

Исхакова Зухра Амыровна, ассистент кафедры факультетской терапии СтГМУ; тел.: 89283027261; e-mail: zuhra26@mail.ru

© Коллектив авторов, 2015  
УДК 616.342-002.44-005.1-053.5-08-085  
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2015.10024>  
ISSN – 2073-8137

## ПРИМЕНЕНИЕ ЭПТАКОГА АЛЬФА «OFF LABEL» У РЕБЕНКА С ПРОФУЗНЫМ ЯЗВЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

М. П. РАЗИН<sup>1</sup>, В. А. СКОБЕЛЕВ<sup>2</sup>, С. В. ИГНАТЬЕВ<sup>3</sup>, А. В. ГУЛИН<sup>2</sup>, Э. Ф. СЫРЧИН<sup>2</sup>, И. П. СЧАСТЛИВЦЕВА<sup>2</sup>, М. А. БАТУРОВ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кировская государственная медицинская академия, Россия

<sup>2</sup> Кировская областная детская клиническая больница, Россия

<sup>3</sup> Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови, Россия

## EPTAKOG ALPHA «OFF LABEL» APPLICATION IN CHILD WITH PROFUSE ULCER BLEEDING

RAZIN M. P.<sup>1</sup>, SKOBELEV V. A.<sup>2</sup>, IGNAT'EV S. V.<sup>3</sup>, GULIN A. V.<sup>2</sup>, SYRCHIN E. F.<sup>2</sup>, SCHASTLIVTSEVA I. P.<sup>2</sup>, BATUROV M. A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kirov State Medical Academy, Russia

<sup>2</sup> Kirov Regional Children's Clinical Hospital, Russia

<sup>3</sup> Kirov Research Institute gematologii and perelivaniya blood, Russia

Представлен случай успешного клинического применения эптакoга альфа для остановки профузного язвенного кровотечения у ребенка 8 лет. Подобные показания не сформулированы в инструкции по применению этого препарата, но делают его ценным методом гемостаза в клинической детской практике критических состояний.

*Ключевые слова:* эптакoга альфа, язвенное кровотечение, дети

The authors present the case of successful clinical application of eptakog alpha in 8 years old child with profuse ulcer bleeding. There is no such indication as bleeding in the drug usage specification. Nevertheless, eptakog alpha seemed to be especially valuable in the above-mentioned urgent condition.

*Key words:* eptakog alpha, ulcer bleeding, children

**К**ровотечение является тяжелым испытанием для врача. Его одинаково опасаются и интерны, и хирурги с большим стажем работы. Кровотечение пугает внезапностью появления, малой прогнозируемостью и фатальностью допущенных в ходе

борьбы с ним ошибок. Первостепенное значение в лечении кровотечений у детей является гемостатическое (консервативное и оперативное) лечение. Особое внимание при остановке кровотечения следует уделять своевременной заместительной терапии [1].

Нам представляется интересным и поучительным факт успешного применения препарата активированного VII фактора свертывания крови для остановки профузного язвенного кровотечения у ребенка.

Больной П., 8 лет, переведен в хирургическое отделение областной детской клинической больницы с упорными болями в животе из городской инфекционной больницы, куда он был доставлен из ЦРБ с диагнозом: энтеровирусная инфекция, ОРВИ. Обращало на себя внимание недостаточное питание пациента (масса 22,8 кг), сухость и бледность кожи и видимых слизистых, а также отсутствие стула в течение трех дней и указание на многократную рвоту без патологических примесей в анамнезе. Повышение температуры тела до 40,0 °С. Клинический анализ крови: лейкоциты  $8,9 \times 10^{12}/л$ , эритроциты  $4,85 \times 10^{12}/л$ , Hb 126 г/л, Ht 34,9 %, тромбоциты  $142 \times 10^9/л$ , п/я 19 %, с/я 41 %, эозинофилы 6 %, моноциты 6 %, лимфоциты 28 %, СОЭ – 13 мм/час. Ребенок был в хирургическое отделение госпитализирован с подозрением на острый аппендицит.

В динамике, несмотря на инфузионную терапию (изотонический стерофундин), состояние не улучшалось, пациент предъявлял жалобы на постоянные боли в животе без четкой локализации. В клиническом анализе крови на следующий день без улучшения: лейкоциты  $7,6 \times 10^9/л$ , эритроциты  $4,02 \times 10^{12}/л$ , Hb 106 г/л, Ht 29,2 %, тромбоциты  $112 \times 10^9/л$ , п/я 15 %, с/я 46 %, эозинофилы 2 %, моноциты 10 %, лимфоциты 27 %, СОЭ – 9 мм/час, токсическая зернистость нейтрофилов. В анализе мочи относительная плотность 1018, реакция – щелочная, белок 1,27 г/л, лейкоциты 1–2 в поле зр., эпителий плоский 2–3 в поле зр.

Исключить острый аппендицит при динамическом наблюдении в течение 12 часов на фоне инфузионной терапии не представлялось возможным, и в соответствии с национальными рекомендациями [2] ребенку выполнена лапароскопия. При этом выявлен первичный перитонит, вторичный катаральный аппендицит. Выполнена аппендэктомия лигатурным способом. При ревизии органов брюшной полости другой патологии не выявлено. Обращает внимание на наличие черного жидкого химуса в просвете нижних отделов тонкой кишки. Стенка кишки при этом не была изменена, источника кровотечения не найдено.

Ранний послеоперационный период протекал гладко, но на пятый день после операции ребенок вновь почувствовал себя плохо. Состояние – обморочное. Холодный пот. Живот – мягкий, безболезненный. Пульс 110 в минуту, АД 75/40 мм рт. ст. Произведена инфузия электролит-сбалансированных кристаллоидных препаратов. В анализе крови: лейкоциты  $24,8 \times 10^9/л$ , эритроциты  $2,5 \times 10^{12}/л$ , Hb 67 г/л, Ht 18,1 %, тромбоциты  $517 \times 10^9/л$ . Ребенок пришел в сознание. После этого отмечался стул – обильный с черными сгустками. Реакция Грегерсена +++++. Больной срочно переведен в отделение реанимации. Выполнена гемотрансфузия однократно свежезамороженной плазмы в количестве 240 мл.

Вместе с тем на следующий день констатировано ухудшение состояния: кожа и слизистые бледные, холодный липкий пот, ЧСС – 128 в минуту. После двукратной обильной рвоты свежей кровью установлен назогастральный зонд. По зонду отошло 100 мл свежей крови (общая кровопотеря около 400 мл). Температура 37,2 °С, сознание спутано, пульс слабого наполнения и напряжения, симптом «бледного пятна» 3 с., SpO<sub>2</sub> 98 %, АД 100/50 мм рт. ст. Живот – мягкий, не

вздут, перистальтика не выслушивается. Стул – не было. Диурез сохранен. В анализе крови лейкоциты  $20,3 \times 10^9/л$ , эритроциты  $1,29 \times 10^{12}/л$ , Hb 35 г/л, Ht 9,5 %, тромбоциты  $525 \times 10^9/л$ . Протромбиновый индекс – 83,4 %, МНО – 1,14, фибриноген – 2,25 г/л.

Лечебные мероприятия: холод на живот, коагул (эптаког альфа, VIIa фактор свертывания крови) 1,2 мг (0,6 мг/кг) внутривенно струйно медленно на фоне инфузии свежзамороженной плазмы – 580 мл, эритроцитарная масса – 270 мл, дицинон внутривенно, эпсилон-аминокапроновая кислота 1 % (холодная) по зонду 20 мл в желудок.

Гемодинамика стабилизирована. В анализе крови лейкоциты  $23,9 \times 10^9/л$ , эритроциты  $2,01 \times 10^{12}/л$ , Hb 54 г/л, Ht 15,5 %, тромбоциты  $343 \times 10^9/л$ .

Ex consilio выяснено, что ребенок перед поступлением в стационар принимал для лечения гипертермии по поводу ОРВИ большие дозы нестероидных противовоспалительных средств. Было решено ФГДС по тяжести состояния отложить и продолжить гемостатическую инфузионную терапию с дотацией электролитов.

Состояние больного стало улучшаться. По данным анализов крови: протромбиновый индекс – 100 %, МНО – 0,88, фибриноген – 1,43 г/л, креатинин – 52,1 ммоль/л, железо – 1,85 ммоль/л, общий белок – 52,2 г/л, мочевины – 4,60 ммоль/л.

Ребенок получил 490 мл эритроцитарной массы, проводились инфузии липофундина, инфезола, нутрифлекса.

При ФГДС выявлена язва луковицы двенадцатиперстной кишки больших размеров (больше половины окружности со сгустком в центре), без признаков кровотечения, эзофагит нижней трети пищевода. Антитела к H. pylori не обнаружены.

В состоянии средней степени тяжести пациент был переведен в педиатрическое отделение старшего возраста, в котором получал энтеральное питание «ПедиаШур», противоязвенную терапию. В клиническом анализе крови произошли позитивные сдвиги, уровни эритроцитов, гемоглобина, гематокрита приблизились к значениям нормы. По окончании лечения ребенок выписан из отделения в удовлетворительном состоянии.

Механизм действия эптакога альфа заключается в связывании фактора VIIa с тканевым фактором на клеточных мембранах в зоне повреждения и активации фактора X, который запускает начальные процессы перехода протромбина (II фактор) в тромбин. Последний, активируя превращение фибриногена в фибрин, обеспечивает образование гемостатического сгустка, а также усиливает фибринообразующий процесс в этом локальном участке по принципу обратной связи, активируя V и VIII факторы. В формировании окончательного тромба важную роль играет фибрин-стабилизирующий фактор (XIII) и ионы Ca<sup>2+</sup>.

Таким образом, благодаря массивной инициации образования тромбина фактором VIIa в зоне повреждения, на фоне адекватной заместительной терапии с коррекцией водно-электролитного баланса удалось достичь стойкого гемостатического эффекта у ребенка с язвенным кровотечением из двенадцатиперстной кишки. Считаем применение такого комплекса мероприятий в случаях кровотечения патогенетически оправданным, хотя не исключаем зависимости эффекта данной терапии от локализации источника кровотечения.

**Литература**

1. Гулин, А. В. Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста / А. В. Гулин, М. П. Разин, И. А. Турабов. – Архангельск, 2012. – 120 с.

**References**

1. Gulin A. V., Razin M. P., Turabov I. A. Bazovye algoritmy reanimatologii detskogo vozrasta. Arhangel'sk; 2012. 120 p.

2. Розин, В. М. Острый аппендицит у детей. Федеральные клинические рекомендации / А. Ю. Разумовский, А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, М. А. Голованев : под ред. проф. В. М. Розина. – М., 2013. – 23 с.

2. Razumovsky A. Yu., Dronov A. F., Smirnov A. N., Golovanev M. A. Ostryj appendicit u detej. Federal'nye klinicheskie rekomendacii. – pod red. prof. Rozinova V. M. Moskva; 2013. 23 p.

**Сведения об авторах:**

Разин Максим Петрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Кировской ГМА; тел.: (8332)512679; e-mail: mprazin@yandex.ru

Скобелев Валентин Александрович, кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением Кировской областной детской клинической больницы; тел.: (8332)621115; e-mail: mprazin@yandex.ru

Игнатьев Сергей Викторович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник центра патологии гемостаза Кировского НИИ гематологии и переливания крови; тел.: (8332)621115; e-mail: feb74@yandex.ru

Гулин Александр Васильевич, заведующий отделением анестезиологии и реанимации Кировской областной детской клинической больницы; тел.: (8332)620238; e-mail: mprazin@yandex.ru

Сырчин Эдуард Федорович, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по лечебной работе Кировской областной детской клинической больницы; тел.: (8332)621115; e-mail: mprazin@yandex.ru

Счастливец Ирина Петровна, ординатор отделения анестезиологии и реанимации Кировской областной детской клинической больницы; тел.: (8332)620238; e-mail: mprazin@yandex.ru

Батуров Максим Александрович, ассистент кафедры детской хирургии Кировской ГМА; тел.: (8332)512679; e-mail: mprazin@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616.1

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2015.10098>

ISSN – 2073-8137

## **ПРОБЛЕМА ДЕМАРКАЦИИ СИСТЕМНЫХ ЭФФЕКТОВ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

**Т. В. ЖДАНОВА, Л. А. МАСЛОВА, Е. Л. СЕЛЕЗНЕВА**

**Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия**

## **THE PROBLEM OF DEMARCATION OF SYSTEMIC EFFECTS AND CONCOMITANT DISEASES IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

**ZHDANOVA T. V., MASLOVA L. A., SELEZNEVA E. L.**

**Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia**

Хроническая обструктивная болезнь легких характеризуется наличием легочных и системных симптомов. К последним относят: сердечно-сосудистую патологию, эритроцитоз или анемию, снижение массы тела и др. В основе патогенеза ХОБЛ лежит нейрогуморальная дисрегуляция, хроническая гипоксемия и воспаление. Дисфункция ренин-ангиотензин-альдостероновой системы определяет развитие артериальной гипертензии, лево- и правожелудочковой недостаточности, изменений гематокрита. Имеется патогенетическая взаимосвязь между рядом описанных выше системных эффектов ХОБЛ, и в некоторых случаях необходимо отличать коморбидную патологию от симптомов одного заболевания.

*Ключевые слова: нейрогуморальная регуляция, системные эффекты, эритроцитоз, артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь легких*