

ДИСПАНСЕРНЫЙ ЭТАП НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КАВАСАКИ

Батян Г.М., Булдык Е.А., Труханович С.М., Рашкевич М.Л., Кузина Е.А.

Белорусский государственный медицинский университет, 1-я кафедра
детских болезней

Городская детская клиническая инфекционная больница, г. Минск

Болезнь Кавасаки признана ведущей причиной приобретенных заболеваний сердца у детей. В Республике Беларусь до сих пор это заболевание недостаточно известно широкому кругу врачей, отсутствует четкая схема наблюдения за пациентами с болезнью Кавасаки после выписки из стационара.

Целью работы явилась оценка эффективности и регулярности наблюдения за пациентами с болезнью Кавасаки на амбулаторном этапе и разработка схемы диспансеризации.

Нами за период с мая 2009 г. по июнь 2012 г. наблюдался 21 пациент с болезнью Кавасаки. Все пациенты, проходившие лечение в ГДИКБ, были выписаны из стационара на амбулаторный этап со следующими рекомендациями: контроль общего анализа крови; доплерокардиография; аспирин в дозе 5 мг/кг/сутки курсом до 6 недель с последующей коррекцией дозы.

Диспансерное наблюдение удалось проследить у 13 пациентов. Выявлено, что наблюдение на амбулаторном этапе проводилось бессистемно. 3 пациента после выписки из стационара на амбулаторном этапе не наблюдались, 3 - регулярно наблюдались кардиоревматологом каждые 3 месяца в течение года, в первые полгода им ежемесячно проводился ОАК, дважды в год проводилась

ЭХО-КГ с доплерокардиографией. Из 7 пациентов, наблюдавшихся более полугода, только у 3 ежемесячно проводился ОАК в первые полгода.

Таким образом, не все пациенты с БК, выписанные из стационара на амбулаторный этап, наблюдались кардиоревматологом, кратность осмотров и проведения исследований была различной.

Предлагаем следующую схему диспансерного наблюдения: 1) первый диспансерный осмотр пациента проводится через месяц после выписки из стационара для коррекции дальнейшей терапии аспирином в зависимости от показателей ОАК (тромбоциты, СОЭ) и доплерокардиографии; 2) в последующем ежемесячное исследование общего анализа крови первые полгода (до нормализации тромбоцитов); 3) проведение доплерокардиографии 1 раз в 3 месяца у пациентов с выявленными изменениями в коронарных сосудах и 1 раз в полгода у пациентов без изменений на протяжении одного года; 4) наблюдение у кардиоревматолога каждые 3 месяца в течение года. План дальнейшего диспансерного наблюдения пациентов определяется степенью риска развития отдаленных осложнений болезни Kawasaki.

Литература

1. Лыскина Г.А. Системные васкулиты. Детская ревматология. Рук. для врачей // Под. ред. Баранова А.А., Баженовой Л.К. М.: Медицина.-2002.- С.221-270.