



ЖУРНАЛ
КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

№1 /31/ 2021

**РЕСПУБЛИКАНСКАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ПАНДЕМИЯ COVID-19: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ»
ДЛЯ РЕЗИДЕНТОВ, МАГИСТРАНТОВ, ДОКТОРАНТОВ, ПОСВЯЩЕННАЯ
30-ЛЕТИЮ НЕЗАВИСИМОСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**ONLINE КОНФЕРЕНЦИЯ И КОНКУРС НАУЧНЫХ РАБОТ,
ПРИУРОЧЕННЫХ КО «ДНЮ НАУКИ»**

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ:
СЕГОДНЯ И ЗАВТРА», ПОСВЯЩЕННАЯ 30-ЛЕТИЮ НЕЗАВИСИМОСТИ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И 20-ЛЕТИЮ ФАКУЛЬТЕТА «СТОМАТОЛОГИЯ»**

**МЕЖВУЗОВСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ONLINE КОНФЕРЕНЦИЯ НА ТЕМУ:
«КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»**



**ЖУРНАЛ КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Джайнакбаев Н.Т., д.м.н., профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Дерябин П.Н.
Дуйсенов Н.Б.
Есентасва С.Е.
Ешимбетова С.З.
Жангабылов А.К.
Иманбаева Ж.А.
Искакова М.К.
Лигаи З.Н.
Мадыров В.М.
Маншарипова А.Т.
Миербеков Е.М.
Оракбай Л.Ж.
Рахимов К.Д.
Тегисбаев Е.Т.
Шокарева Г.В.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Алчинбаев М.К.
Баймаханов Б.Б.
Баттакова Ж.Е.
Ботабекова Т.К.
Ведждет О.З. (Турция)
Локшин В.Н.
Маринкин И.О. (Россия)
Муминов Т.А.
Нигматуллаева М.Н. (Узбекистан)
Николенко В.Н. (Россия)
Тухвотшин Р.Р. (Киргизия)
Шарипов К.О.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

Казахстан, г. Алматы, 050004
ул. Турекулова, 71
Казахстанско-Российский медицинский университет
Тел.: +7 727 250 83 72
«Актуальные проблемы теоретической
и клинической медицины»

СОБСТВЕННИК

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РЕГИСТРАЦИИ

HN№12178-ж от 29.12.2011 г.

ТИРАЖ

300 экз.

ПЕРИОДИЧНОСТЬ

1 раз в 3 месяца



СОДЕРЖАНИЕ

№1 /31/ 2021

К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ АГРЕССИИ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА КАК ФАКТОРА СУИЦИДОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ Джайнакбаев Н.Т., Ешимбетова С.З., Тоқсанбай Қ.М., Шатагулова Э.Ю., Цыганова В.О. _____ 8	COVID-19-ДЫҢ ЖҮРЕК ПЕН ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫРЛАРЫНА ӘСЕРІ Молдағалиева Д.Ж., Байтілесова Д.М., Нурғожаева Д., Құсайын Ә., Әшім Д. _____ 53
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕБЮТА COVID-19 С ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Ешимбетова С.З., Абетова А.А., Акназаров С.А., Мизанбаев Д.М., Тусупова С.Р., Станбаев Д.К. _____ 12	СОЗДАНИЕ НОВЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В БАКАЛАВРИАТЕ И МАГИСТРАТУРЕ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ ПРОЕКТА LMQS (ЭРАЗМУС+) Джайнакбаев Н.Т., Маншарипова А.Т., Макашев Е.П., Ли А.П., Кусаинова А.С., Шокарева Г.В., Оразаева Ф.Г., Иманбаева Ж.А., Оракбай Л.Ж., Вдовцев А.В., Дуйсенов Н.Б., Аумолдаева З.М., Сыздыкова А.Б., Тулеуова А., Бакирова Б.А., Лян Ж.А., Валиулина М.Б., Жунусова С.К. _____ 55
ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА У ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ПАНДЕМИИ COVID-19 (КРАТКИЙ ОБЗОР) Нурмуканова Д.О., Слажнёва Т.И. _____ 20	COVID-19 ВИРУСЫНЫҢ ЕРЛЕРДІҢ РЕПРОДУКТИВТІ ЖҮЙЕСІНЕ ӘСЕРІ Молдағалиева Д.Ж., Ерлан А.Е., Кенженова З.М., Камбарова А.У. _____ 57
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ- ШКОЛЬНИКОВ, ОСТАВИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) Джайнакбаев Н.Т., Оракбай Л. Ж., Тұрлы Н.Б. _____ 22	КЛИНИКА COVID-19 У БЕРЕМЕННЫХ. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ В ИНФЕКЦИОННЫХ СТАЦИОНАРАХ ГОРОДА ШЫМКЕНТА Шаймерденова Г.Г., Абуова Г.Н., Жумабекова С.Ж., Калдыбекова Ж.С. _____ 59
COVID 19 – XXI ҒАСЫРДЫҢ ЖАҢА ИНФЕКЦИЯСЫ Ахметжанова Д.О., Омарова Н.Е., Садыкова Е.Е. ____ 24	ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ COVID-19 Полукчи Т.В., Абуова Г.Н., Славко Е.А., Сарыпбекова Л.Л., Касымова Т.В. _____ 62
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) Иманбаева Ж.А., Чакчабаева Г.Ж. _____ 32	КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ COVID-19 Толыбекова А.А., Сагидолдина Л.К., Амрина Л.К., Чернова О.А. _____ 65
НАРУШЕНИЕ АКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ СУБПОПУЛЯЦИЙ Т-КЛЕТОК ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ COVID-19 Кан С.А., Остапчук Е.О. _____ 36	ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ Айтманбетова А.А., Камалиева М.Р. _____ 68
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ КАЗАБАХА-МЕРРИТТА (СКМ) Балмагамбетова Г.Н., Лисогор С. А., Шмонин В.М. ____ 41	ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПРИ COVID-19 (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) Байзак М.А., Байдаулетова Ж.Г., Мерикен Н.С., Жумагулова З.Е., Эшанкулов Б.М., Ауезханов Б.М., Куандыкова А.А., Амангелды Г.Б. _____ 72
МЕХАНИЗМ ВОЗДЕЙСТВИЯ КОРОНАВИРУСА НА СЕРДЦЕ Молдағалиева Д.Ж., Асан Г., Тлеуханова Ж.Т., Муқанбет Л.К., Тлеукенова А.Ж. _____ 44	МУЛЬТИСИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С SARS-COV-2 Қамидолла Е.С., Нургалиева Ж.Ж., Ержанова Е., Бугыбай А.А., Жұмағұлова С.М. _____ 76
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 Шамрай В.Ю., Абилямажинова Г.Д., Махмұтова А.М. _ 47	
COVID-19 ЖӘНЕ ОНЫҢ ЖҮРЕККЕ ӘСЕР ЕТУ МЕХАНИЗМІ Молдағалиева Д.Ж., Байтілесова Д.М., Жексенбек Н.А., Жайлауов Ш.Б. _____ 51	

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ КАЗАБАХА-МЕРРИТТА (СКМ)

Балмагамбетова Г.Н., Лисогор С.А., Шмонин В.М.

ГКП на ПХВ «Центр перинатологии и детской кардиохирургии», Алматы, Р.К
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Алматы, Р.К

Введение.

В практике встречаются гемангиомы скелетных мышц гигантских размеров, состоящие из тонкостенных капилляров, инфильтрирующих целую конечность. Возможна локализация их в коже туловища, головы, шеи, реже во внутренних органах, из которых чаще встречаются в печени и в головном мозге, описаны единичные случаи расположения в селезенке. Гемангиомы обладают способностью к инфильтрирующему росту, в связи с чем склонны к рецидивам.

В г. Алматы, в ноябре 2011 года был открыт Центр перинатологии и детской кардиохирургии, куда поступают беременные женщины группы высокого риска по перинатальной и материнской смертности. Центр полностью оснащен современным медицинским оборудованием. За 9 лет работы данного центра произошло 65717 родов. Всего родилось 67453 ребенка. Из них только у одного новорожденного был диагностирован СКМ. Частота встречаемости у детей, по литературным данным, составляет 1:1500. [1].

Ключевые слова: коагулопатия потребления, тромбоцитопения, гемангиома.

Актуальность: Синдром Казабаха - Мерритта в детской практике встречается крайне редко. Клинические проявления многообразны, что затрудняет своевременную диагностику и лечение данного заболевания.

Цель. Привлечь внимание педиатров неонатологов и педиатров к своевременной диагностике редких гематологических синдромов.

Материалы и методы. Проведено расширенное обследование ребенка и тщательная дифференциальная диагностика с другими сосудистыми аномалиями.

Результаты. На основании оценки анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования установлен диагноз СКМ.

Временная шкала

1. 7:35 05/11/2019г. Рождение ребенка.

2. Выявлено образование мягких тканей левой верхней конечности, левой нижней конечности и грудной клетки слева.

3. Переведен в ОРИТН на аппаратную ИВЛ.

4. Реализация ДВС синдрома в виде профузного легочного и желудочного кровотечения, геморрагических высыпаний на коже.

5. Клинико-лабораторные исследования.

6. Инструментальные дополнительные методы исследования.

7. Консилиумы, консультации профильных специалистов.

Выводы. Постановка диагноза СКМ требует проведения расширенного обследования ребенка и тщательной дифференцировки с другими сосудистыми аномалиями.

Цель. Описание клинического случая врожденного синдрома Казабаха - Мерритта, диагностированного в Центре перинатологии и детской кардиохирургии.

Информация о пациенте: Пациент К., новорожденный, мальчик, родился в Центре перинатологии и детской кардиохирургии (ЦПиДКХ, Алматы, Казахстан) с предварительным диагнозом: ВПР лимфатической системы. Онкогематологическая патология.

Клинические данные. В первые часы жизни у ребенка произошла реализация ДВС синдрома в виде профузного легочного и желудочного кровотечения, геморрагических высыпаний на коже. За период пребывания в стационаре, у новорожденного неоднократно отмечался ДВС синдром в виде коагулопатии потребления. С рождения и до момента перевода в специализированный стационар ребенок находился на аппаратной ИВЛ, на частичном парентеральном питании.

По лабораторным данным у новорожденного отмечались: лейкоцитоз, лимфоцитоз, анемия тяжелой степени (снижение гемоглобина до 66 г/л), тромбоцитопения (снижение до $7 \cdot 10^9$ /л), гипергликемия, повышенный уровень азотистых шлаков, гипопроотеинемия, резкое повышение белка острой фазы воспаления (до 83 мг/л), выраженная гипербилирубинемия за счет непрямой фракции (до 595 ммоль/л), нарушения коагуляционного гемостаза. Ребенку проведены следующие инструментальные методы обследования: рентгенография органов грудной клетки (РДС, ВУП), органов брюшной полости (без особенностей); УЗИ головного мозга (гипоксически-ишемические изменения), УЗИ органов брюшной полости (незначительное увеличение печени, пе-

8. Основной клинический диагноз.

9. Перевод ребенка в ОРИТН ЦПиДХ.

10. Лечение преднизолоном и атенололом.

11. Перевод в отделение онкогематологии НЦиДХ.

12. Проведено 6 курсов химиотерапии (винкристин, циклофосфамид)

13. Психосоматическое развитие ребенка не страдает. Значительная регрессия опухоли. Нормализация показателей тромбоцитов. Косметический эффект не достигнут.

14. Выписан домой, переведен на амбулаторное лечение преднизолоном и атенололом (под контролем онкогематолога).

рипузырный умеренный отек желчного пузыря), УЗИ мягких тканей (не исключается лимфедема), ЭХО КГ (незначительный ДМЖП, ООО, ОАП). Новорожденный неоднократно консультирован невропатологом, детским хирургом, гематологом, онкогематологом, диагноз подтвержден.

Диагностика. Учитывая предварительный диагноз: «ВПР лимфатической системы. Онкогематологическая патология», с целью исключения лимфедемы, ангиобластомы и других ассоциированных патологий проведен ряд консультаций, а так-

же инструментальных и лабораторных исследований.

Клинико-лабораторные исследования.

Инструментальные дополнительные методы исследования

Рентгенографии плечевого пояса, верхних и нижних конечностей от 05.11.2019г.: Определяется множественные асимметричные аномалии развития конечностей, увеличение верхней конечности в объеме, наличие тени мягкотканного компонента на уровне левой плечевой кости дистальнее

Общий анализ крови.

	WBC	RBC	HGB	HCT	MCV	MCH	MCHC	PLT	Lymph%
12:52 05.11.2019г.	18,0	1,42	55,0	14,7	103,0	38,9	37,7	19	64,8
04:00 07.11.2019г.	11,5	2,12	76,0	20,2	95,3	36,0	37,8	14	58,9
21:03 07.11.2019г.	16,2	1,91	69,0	18,3	95,9	36,3	37,8	20	65,8
09:58 08.11.2019г.	16,7	1,82	66,0	17,6	96,9	36,6	37,8	14	64,8
16:16 09.11.2019г.	15,9	2,69	92	25,9	96,4	34,4	35,7	15	60,8
05:47 11.11.2019г.	11,2	4,81	144	40,4	84,0	29,9	35,6	7	53,3

Биохимический анализ крови.

	ALT	AST	Bilirubine total	Bilirubine direct	Glucose	Creatinine	Urea	Total protein	CRP
05:28 07.11.2019г.	0,57	1,31	89,6	6,4	5,46	56,1	3,08	44,0	2,6
07:10 11.11.2019г.	0,36	1,16	320,2	10,5	8,60	59,0	4,30	41,1	9,9
11:16 05.11.2019г.	2,09	4,00	488,5	170,0	15,63	33,9	14,73	41,0	19,9

Коагулограмма

	PT	PTI	INR	APTT	BT
19:37 06.11.2019г.	10,7	103	0,94	27,5	2,52
11:27 09.11.2019г.	14,3	77	1,27	28,1	2,00
07:03 11.11.2019г.	17,6	63	1,59	50,1	1,76

перетяжки, и нижней конечности – на уровне левой бедренной кости, увеличение в объеме мягких тканей, за счет отека подкожно-жировой клетчатки, вследствие лимфостаза.

Рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости от 05.11.2019г.: Легкие расправлены, завуалированы. Легочные поля повышенной пневматизации, эмфизематозные. Легочный рисунок усилен, обогащен в прикорневой зоне, перибронхиальная инфильтрация легочной ткани. Конфигурация сердца изменена. Тень сердца в поперечнике значительно расширена в обе стороны, полости увеличены. Купола диафрагмы четкие, синусы свободные. Желудок увеличен в объеме, вздут. Пневматизация кишечника повышена, петли кишечника вздутые, за счет пневматоза кишечника.

УЗИ ОБП от 05.11.2019г.: Заключение: Незначительное увеличение размеров печени. Перипузырный умеренный отек желчного пузыря.

УЗИ мягких тканей от 05.11.2019г.: Заключение: Не ис-

ключается лимфедема. (Лимфатическое поражение ПЖК).

УЗИ головного мозга от 05.11.2019г.: Заключение: Гипоксически-ишемические изменения.

Эхокардиография от 05.11.2019г.: Заключение: ОАП. ООО. (Визуализация затруднена).

Рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости от 11.11.2019г.: На ИВЛ. ИТ на уровне Th-1. Легкие расправлены, завуалированы. Определяется инфильтрация легочной ткани в прикорневых зонах. Легочные поля повышенной пневматизации. Легочный рисунок усилен, обогащен за счет сосудистого компонента. Корни асширены тяжистые. Тень сердца в поперечнике не расширена, полости не увеличены, сосуды полнокровные. Купола диафрагмы на уровне 6-7-х ребер, четкие, синусы свободные. Пневматизация кишечника понижена. Тень гастральной трубки, дистальным концом в проекции желудка.

Консилиумы, консультации профильных специалистов

Консилиум в составе д.м.н., проф. Жубанышевой К.Б., д.м.н., проф. Божбанбаевой Н.С. от 05.11.2019г.: Заключение: Происхождение выраженной отечности верхней части туловища и опухолевидное образование в левом предплечье у новорожденного, возможно обусловлено пороком развития не только лимфатического русла в виде лимфедемы, но и лимфоидных органов. Не исключается и генерализация неуточненной внутриутробной инфекции. Но при этом клиническая картина ДВС, выраженная тромбоцитопения и тяжелый анемический синдром с рождения ребенка характерны для течения синдрома Казабаха-Мерритта.

Осмотр неонатального хирурга от 05.11.2019г.: Заключение: Не исключается синдром Казабаха-Мерритта. Показания к хирургическому лечению на момент осмотра нет. Прогноз неблагоприятный. Лечение посиндромное.

Осмотр гематолога от 05.11.2019г.: Предварительный диагноз: Синдром Казабаха-Мерритта. Ангиобластома? Для исключения миело-пролиферативных заболеваний необходима костно-мозговая пункция.

Лечение: За время пребывания в стационаре ребенку неоднократно была проведена плазма-гемотрансфузия, трансфузия тромбоконцентрата, проводилась антибактериальная, кардиотоническая терапия, гормонотерапия, лечение неселективными бета-адреноблокаторами.

На 6-е сутки жизни, учитывая выраженную гипербилирубинемия (Bi 595 ммоль/л), проведена операция заменного переливания крови, а также была проведена костномозговая пункция (грануляцитарный росток сохранен, эритроцитарный росток раздражен с признаками дисэритропоэза, тромбоцитарный росток угнетен, встречались единичные макрофаги, гистиоциты и остеобласты).

На 9-й день жизни ребенок в тяжелом состоянии, на аппаратной ИВЛ, был переведен в Научный Центр Педиатрии и Детской хирургии г. Алматы для дальнейшего обследования и лечения.

Обсуждение: синдром Казабаха-Мерритта характеризуется - кровоизлияниями, появляющимися в области гемангиом или по соседству с ними, интенсивным ростом, нарушением свертываемости крови и тромбоцитопенией. Клинические проявления синдрома Казабаха-Мерритта варьируемы: от анемии и тромбоцитопении до более серьезных осложнений, таких как желудочно-кишечные, легочные кровотечения, которые нередко осложняются ДВС синдромом. В литературе было представлено несколько случаев различной локализации гемангиом. На основании вышеизложенного необходимо отметить, что синдром Казабаха-Мерритта – очень редкое детское заболевание, которое может проявиться в течении 6 месяцев после рождения и имеет крайне переменные клинические проявления. Начало заболевания и его клиническая картина могут не быть идиосинкретическими и, несмотря на очень интенсивную терапию, лечение может быть очень сложным и не всегда приводит к ремиссии. Прогноз пациентов с синдромом Казабаха-Мерритта – неблагоприятный ввиду отсутствия стандартного протокола этого редкого заболевания, что требует дальнейшего исследования.

Заключение: Представленный клинический случай вызывает огромный интерес в связи со своей редкостью и демонстрирует трудности в диагностике и лечении новорожденных с синдромом Казабаха-Мерритта. Наш клинический пример еще раз доказывает, что СКМ характеризуется не только крайне агрессивным течением, но и благоприятным прогнозом при своевременной диагностике и лечении. Полученные результаты обследования необходимо учитывать

при оценке эффективности проводимой терапии и ее коррекции в динамике. Для постановки диагноза требовалось тщательное обследование, включая: общеклинические обследования (ОАК, БХАК, КГ), инструментальные дополнительные методы исследования (рентгенография органов грудной клетки, органов брюшной полости, верхней левой конечности, нижней левой конечности, УЗИ головного мозга, органов брюшной полости, мягких тканей, ЭХО КГ, доплерография сосудов верхних конечностей), консилиумы и консультации профильных специалистов.

В данном случае не требовалась биопсия опухоли для постановки диагноза.

Список литературы.

1. Современная педиатрия 7(95)/2018, Случай синдрома Казабаха—Меррит у ребенка, Н.И. Макеева, Ю.В. Одинец, И.Н. Поддубная, С.147.

КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ: КАЗАБАХ-МЕРРИТТ СИНДРОМЫ (СКМ)

Балмағамбетова Г. Н., Лисогор С. А., Шмонин В. М.

ШЖҚ, "Перинатология және балалар кардиохирургиясы орталығы" МҚК, Алматы, Р. К. "Қазақстан-Ресей медицина университеті" ҰҚУ, Алматы, Р. К

Кіріспе. Іс жүзінде үлкен мөлшердегі Қанқа бұлшықеттерінің гемангиомалары бар, олар бүкіл аяқ-қолды инфильтрациялайтын жұқа қабырғалы капиллярлардан тұрады. Оларды дененің, бастың, мойынның терісінде, көбінесе ішкі органдарда локализациялау мүмкін, олардың ішінде бауыр мен мида жиі кездеседі, көкбауырда орналасудың окшауланған жағдайлары сипатталған. Гемангиомалар инфильтрациялық өсу қабілетіне ие, сондықтан олар рецидивтерге бейім. Алматы қаласында 2011 жылғы қарашада Перинатология және балалар кардиохирургиясы орталығы ашылды, оған перинаталдық және аналық бойынша жоғары қауіпті топтағы жүкті әйелдер түседі, олардың тек бір ғана жаңа туған нәрестесінде СКМ диагнозы қойылған. Әдеби мәліметтерге сәйкес, балалардағы кездесу жиілігі 1:1500 құрайды

Түйінді сөздер: тұтыну коагулопатиясы, тромбоцитопения, гемангиома.

CLINICAL CASE: THE SYNDROME OF KASABACH-MERRITT (SCM)

Balmagambetova G. N., Lisogor S. A., Shmonin V. M.

GKP na PHV "Center of Perinatology and Pediatric Cardiac Surgery", Almaty, R. K.

Kazakhstan-Russian Medical University, Almaty, R. K.

Introduction. In practice, there are giant skeletal muscle hemangiomas, consisting of thin-walled capillaries that infiltrate the entire limb. It is possible to localize them in the skin of the trunk, head, neck, less often in the internal organs, of which they are more often found in the liver and in the brain, isolated cases of location in the spleen are described. Hemangiomas have the ability to infiltrate growth, and therefore are prone to relapses. In Almaty, in November 2011, the Center for Perinatology and Pediatric Cardiac Surgery was opened, which admits pregnant women at high risk for perinatal and maternal mortality. The center is fully equipped with modern medical equipment. During the 9 years of operation of this center, 65,717 births occurred. Total The Center for Perinatology and Pediatric Cardiac Surgery has been opened, where pregnant women are admitted. A total of 67,453 children were born. Of these, only one newborn was diagnosed with SCM. The frequency of occurrence in children, according to the literature data, is 1:1500. [1].

Key words: consumption coagulopathy, thrombocytopenia, hemangioma.



КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ОСНОВАН В 1992 ГОДУ