

С. А. Ходулева¹, И. П. Ромашевская², А. Н. Демиденко², Д. К. Новик²,
Г. Ю. Борщина¹, Т. И. Киреева², О. В. Жук²

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель,
Беларусь

²ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель,
Беларусь

Геморрагический васкулит (синонимы: геморрагический иммунный микротромбоваскулит, болезнь (пурпура) Шенляйн-Геноха, анафилактическая пурпура) – относится к группе приобретенных геморрагических диатезов из ряда иммунокомплексных васопатий инфекционно-аллергической природы.

Встречается геморрагический васкулит у лиц любого возраста, но пик заболеваемости приходится на возрастные группы 4-7 и 12-14 лет, при этом мальчики болеют в 2 раза чаще, чем девочки. Уровень заболеваемости составляет 13,5 - 20,0 случаев на 100 000 детского населения в год (Козарева Т. И., 2007).

В основе патогенеза геморрагического васкулита лежит повреждение стенки микрососудов низкомолекулярными циркулирующими иммунными комплексами, с последующим ее асептическим воспалением, дезорганизацией и множественным микротромбообразованием в сосудах кожи, суставов и внутренних органов.

Ведущим диагностическим критерием геморрагического васкулита является наличие типичной геморрагической сыпи на коже (кожный синдром) в сочетании или без с другими синдромами (суставной, абдоминальный, почечный и др.). Многообразие клинических проявлений в дебюте заболевания, особенно при отсутствии кожного синдрома, зачастую является причиной более поздней диагностики. При этом проведение своевременной адекватной комплексной терапии необходимо для снижения риска развития осложнений и рецидивов.

Целью работы являлась оценка клинических проявлений геморрагического васкулита у детей с учетом клинической формы заболевания, степени тяжести и варианта течения.

Проведен анализ клинических характеристик геморрагического васкулита у детей в возрасте от 2 до 16 лет, находившихся на лечении в гематологическом отделении для детей на базе Республиканского научно-практического центра радиационной медицины и экологии человека за период январь 2005 г. – январь 2009 г. Всего было обследовано 42 ребенка, из них мальчики – 22, девочки – 20, средний возраст пациентов составил $10 \pm 2,4$ года. Чаще болели дети в возрасте 7–11 лет (45,2 %, $n = 19$) и 12–16 лет (42,8 %, $n = 18$). В обследуемой группе дети в возрасте 2–6 лет составили только 12 % ($n = 5$).

Основным диагностическим критерием заболевания явилось наличие в клинике кожно-геморрагического синдрома по васкулитно-пурпурному типу кровоточивости. В нашем наблюдении у всех детей (100 % случаев) был выявлен кожный синдром (ритига-сипрех), изолированная кожная форма заболевания диагностирована у 38 % ($n = 16$) детей. При этом кожная форма отмечена у 62,5 % детей возрастной группы 7–11 лет, 37,5 % – в возрастной группе 12–16 лет ($n = 6$). Наличие почечного синдрома в сочетании с кожным, почечно-кожная форма, отмечены у 21,5 % детей ($n = 9$). Почечный синдром отмечался в возрасте 12–16 лет (66,7 %, $n = 6$) и 7–11 лет (33,3 %, $n = 3$). При диагностике почечного синдрома учитывалось наличие микрогематурии, протеинурии и цилиндрurie. У всех пациентов почечный синдром присоединился к кожному в среднем через 2 недели от начала заболевания (от 1 до 6 недель). Абдоминально-кожная форма диагностирована в 21,5 % случаев ($n = 9$) у детей в возрасте 7–11 лет ($n = 5$) и 12–16 лет ($n = 4$). При этом у 3 детей заболевание дебютировало с абдоминальным синдромом и у одного ребенка (в возрасте 7 лет) абдоминально-кожная форма заболевания осложнилась инвагинацией кишечника, что потребовало экстренного оперативного вмешательства. Кожно-суставная форма отмечена у 19 % обследованных детей ($n = 8$), из них 5 детей (62,5 %) в возрасте 2–6 лет. Суставной синдром проявлялся поражением голеностопных (75 %, $n = 6$) и коленных (25 %, $n = 2$) суставов. Вовлеченности других суставов в патологический процесс в нашем наблюдении не было выявлено. Следует отметить, что у 50 % детей ($n = 4$) суставной синдром предшествовал кожным проявлениям.

Степень тяжести процесса определялась по общепринятым критериям. Легкая: общее состояние мало нарушено, температура тела нормальная или субфебрильная, немногочисленные геморрагические высыпания на коже конечностей, летучие боли в суставах, абдоминальный и почечный синдромы отсутствуют. Средняя степень тяжести: общее состояние среднетяжелости, температура тела повышена до 38°C , жалобы на общую слабость, головную боль, выражен кожный и/или суставной синдромы со всеми признаками воспаления, умеренно выраженный абдоминальный синдром. В периферической крови лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы

плевко, эозинофилия, ускорение СОЭ до 20-40 мм/час. Тяжелая степень: состояние тяжелое, рвота с кровью, частый стул, выражен суставной, абдоминальный и почечный синдромы, кожный носит сливной, некротический характер. Легкая и средняя степени тяжести геморрагического васкулита у заболевших детей выявлены в 48 % (n = 20) и 40,5 % (n = 17) соответственно, тяжелая степень тяжести – в 11,5 % (n = 5).

Острое течение определялось при длительности заболевания до 2 месяцев, подострое – от 2 до 6 месяцев, хроническое – свыше 6 месяцев. У большинства детей заболевание имело острое и подострое течение (66,7 %, n = 28), приблизительно у 1/3 больных – хроническое течение (33,3 %, n = 14). При этом все дети с хроническим течением были в возрастной группе 12-16 лет.

Проведенный анализ клинических проявлений геморрагического васкулита показал, что наиболее склонны к заболеванию геморрагическим васкулитом дети в возрасте от 7 до 11 лет (45 %). У большинства детей заболевание имело острое течение (66,7 %), чаще диагностировались изолированная кожная форма (38 %), легкая и средняя степени тяжести заболевания (88,5 %). У 16,6 % (n = 7) обследуемых детей заболевание дебютировало с суставного (n = 4) и абдоминального синдромов (n = 3). У всех детей в возрасте 2-6 лет диагностировалась только кожно-суставная форма заболевания. Наиболее подвержены хронизации процесса дети старше 12 лет, что необходимо учитывать при назначении базисной терапии, выборе адекватной дозы антикоагулянтов и необходимости присоединения на ранних этапах к основному лечению глюкокортикостероидов.