

Таблица 1 — Показатели вторичного гемостаза у детей с геморрагическим васкулитом

Группа	Медиана показателей коагулограммы (М ± m)				
	АЧТВ, с	протромбиновый индекс	фибриноген, г/л	тромбиновое время, с	МНО
Основная	31,58 ± 1,71	0,84 ± 0,02	3,76 ± 0,16	17,1 ± 0,54	1,09 ± 0,02
Контрольная	30,38 ± 1,6	0,95 ± 0,05	2,97 ± 0,5	13,5 ± 1,3	1,06 ± 0,08

Медиана значения АЧТВ составила $31,58 \pm 1,71$ с, что практически не отличается от аналогичного показателя контрольной группы — $30,38 \pm 1,6$ с ($p = 0,61$) и находится в пределах референсных значений. Частотный анализ уровня АЧТВ внутри исследуемой группы показал, что максимальное значение составило 73,8 с, а минимальное — 24 с. Удлинение АЧТВ зарегистрировано у 7 (15,9 %) детей, укорочение АЧТВ не зарегистрировано.

Отмечалось достоверное снижение ПТИ у детей основной группы, по сравнению с контрольной ($0,84 \pm 0,02$ и $0,95 \pm 0,05$ соответственно; $p = 0,045$). Снижение ПТИ ниже референсных значений выявлено у 10 (22,7 %) пациентов основной группы.

Минимальный показатель уровня фибриногена в основной группе составил 1,7 г/л, максимальный — 6,5 г/л при медиане $3,76 \pm 0,16$ г/л, превышающей аналогичный показатель в контрольной группе ($2,97 \pm 0,5$ г/л) ($p = 0,14$). Повышение уровня фибриногена отмечалось у 16 (36,4 %) пациентов.

Среднее значение тромбинового времени в основной группе составило $17,1 \pm 0,54$ с (максимальное — 29,5 с, минимальное — 14,2 с) и достоверно превысило аналогичный показатель в контрольной группе ($13,5 \pm 1,3$ с) ($p = 0,013$). При этом у 6 детей с геморрагическим васкулитом (13,6 %) наблюдалось удлинение данного показателя.

МНО было увеличено у 1 (2,7 %) ребенка, при этом среднее значение в основной группе практически не отличалось от аналогичного показателя в контрольной группе ($1,09 \pm 0,02$ и $1,06 \pm 0,08$ соответственно; $p = 0,72$).

Выводы

Таким образом, геморрагический васкулит чаще встречается у мальчиков (66 %). Состояние вторичного гемостаза при геморрагическом васкулите у детей характеризуется смешанными изменениями: гипокоагуляция по протромбиновому индексу и гиперкоагуляция по тромбиновому времени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исмаилов, К. И. Клинико-иммунологические особенности течения геморрагического васкулита у детей / К. И. Исмаилов, Ф. А. Мухаммаднабиева // Вестник Авиценны. — 2013. — № 1. — С. 105–110.
2. Верещагина, В. С. Клинико-анамнестические особенности и лечебная тактика геморрагического васкулита у детей Республики Мордовия / В. С. Верещагина, Е. О. Зауралова, Т. И. Раздолькина // Медицинский альманах. — 2018. — № 3 (54). — С. 65–68.
3. Детская гематология / под ред. А. Г. Румянцев, А. А. Масчана, Е. В. Жуковской. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 656 с.
4. Кувшинников, В. А. Геморрагический васкулит у детей: учеб.-метод. пособие / В. А. Кувшинников, С. Г. Шенец. — Минск: БГМУ, 2014. — 31 с.
5. Состояние вторичного гемостаза при геморрагическом васкулите у детей / С. А. Ходулева [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2010. — № 2 (24). — С. 11–16.

УДК 616.5-003.214-053.2-02-071 (476.2)

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Захарова Е. Д.

Научные руководители: к.м.н., доцент А. А. Козловский;
к.м.н., доцент С. А. Ходулева

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейна — Геноха) — системное иммунокомплексное заболевание с преимущественным поражением микроциркуляторного

русла кожи, суставов, желудочно-кишечного тракта и почек. Это одно из самых распространенных у детей заболеваний, относящихся к группе первичных системных васкулитов. Оно может возникать в любом возрасте, но чаще всего встречается у детей и подростков [1, 2].

Точные причины геморрагического васкулита до сих пор окончательно не выявлены. Ему могут предшествовать такие инфекционные заболевания, как вирусы простого герпеса 1-го и 2-го типа, вирус Эпштейна-Барр, стафилококковые или стрептококковые инфекции и др. [2, 3].

Геморрагический васкулит у детей чаще всего характеризуется повышением температуры тела и появлением одного или нескольких основных синдромов (кожный, суставной, абдоминальный и почечный) [4].

Цель

Определить этиологические факторы развития и клинико-лабораторные особенности геморрагического васкулита у детей, проживающих в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Нами проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни пациентов от 8 месяцев до 17 лет, находившихся на лечении в детском гематологическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» с диагнозом «геморрагический васкулит» с января 2018 г. по декабрь 2019 г.

Обработку данных, полученных в результате исследования, проводили с использованием программы «Statistica» 6.0 и «Excel 2010» (Microsoft, USA). Для параметрических количественных данных определяли среднее арифметическое значение (M) и ошибку средней арифметической величины (m). Для сравнения признаков был использован критерий Стьюдента t , достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследованных пациентов было 17 (34 %) девочек и 33 (66 %) мальчика. Средний возраст составлял $8,12 \pm 0,73$ лет (мальчиков — $7,67 \pm 0,85$ лет, девочек — $9,06 \pm 1,37$ лет ($p > 0,05$)).

Пик госпитализаций пациентов с геморрагическим васкулитом приходился на зимний период — 19 (38 %) пациентов, весной госпитализировано 13 (26 %) человек, осенью — 10 (20 %), летом — 8 (16 %).

Вирусно-бактериальную этиологическую причину заболевания удалось установить в 15 (30 %) случаях. При этом в 40 % случаев причина геморрагического васкулита выявлена с помощью серологических исследований на антитела к вирусу Эпштейна-Барр (Ig G к VCA — 73,7 % и IgG к NA — 26,3 %). Золотистый стафилококк был обнаружен в 26,7 % случаев, энтерококковая флора и *Staphylococcus haemolyticus* — по 13,3 % случаев, *Escherichia coli* — в 6,7 % случаев.

Кожный синдром геморрагического васкулита составил 40 % случаев, кожно-суставной — 36 %, кожно-суставно-абдоминальный — 16 %, кожно-почечный, кожно-абдоминальный, суставно-абдоминальный и комбинация всех четырех синдромов — по 2 % случаев. Кожный синдром геморрагического васкулита достоверно чаще диагностировался у девочек, по сравнению с мальчиками (52,9 и 33,3 % соответственно; $p < 0,02$). Кожно-суставной синдром заболевания у мальчиков встречался несколько чаще, чем у девочек (39,4 и 29,4 % соответственно; $p > 0,05$). Кожно-суставно-абдоминальный синдром геморрагического васкулита достоверно чаще отмечался у мальчиков, по сравнению с девочками (21,2 и 5,9 % соответственно; $p < 0,0001$). Кожно-абдоминальный синдром и заболевание с сочетанием четырех синдромов встречались только у мальчиков с частотой по 3 % случаев. Абдоминально-суставной и кожно-почечный синдром диагностировались только у девочек с частотой по 5,9 % случаев.

Выводы

Таким образом, геморрагический васкулит достоверно чаще встречается у мальчиков. Пик заболеваемости и обострений приходится преимущественно на зимне-весенний период. Можно предположить, что наиболее частой причиной заболевания является инфекция Эпштейна-Барр. Наиболее часто диагностируется кожный, кожно-суставной и кожно-суставно-абдоминальный синдромы. Среди девочек достоверно чаще встречается кожный синдром геморрагического васкулита, среди мальчиков — кожно-суставно-абдоминальный.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Верещагина, В. С.* Клинико-анамнестические особенности и лечебная тактика геморрагического васкулита у детей Республики Мордовия / В. С. Верещагина, Е. О. Зауралова, Т. И. Раздолькина // Медицинский альманах. — 2018. — № 3 (54). — С. 65–68.
2. *Детская гематология* / под ред. А. Г. Румянцев, А. А. Масчана, Е. В. Жуковской. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 656 с.
3. *Исмаилов, К. И.* Клинико-иммунологические особенности течения геморрагического васкулита у детей / К. И. Исмаилов, Ф. А. Мухаммаднабиева // Вестник Авиценны. — 2013. — № 1. — С. 105–110.
4. *Кувшинников, В. А.* Геморрагический васкулит у детей: учеб.-метод. пособие / В. А. Кувшинников, С. Г. Шенец. — Минск: БГМУ, 2014. — 31 с.

УДК 616.72-002-007.248

РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ

Каземи Д., Мосунова Э. А., Жирко Д. К.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Поражение суставов у детей является частой патологией. Реактивные артриты — это заболевания суставов, развивающиеся как реакция на какую-либо внесуставную инфекцию.

Цель

Проанализировать особенности течения реактивных артритов у детей.

Материал и методы исследования

Было проанализировано 66 карт стационарного пациента. Дети находились на стационарном лечении в учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница» с января по сентябрь 2019 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Все дети находились на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении с диагнозом реактивный артрит. Среди пациентов мальчиков и девочек было примерно поровну — 32 (48,5 %) и 34 (51,5 %). Средний возраст пациентов составил 7 лет. Чаще заболевание встречалось в возрастной группе от 3 до 12 лет — 39 (59,1 %). Большинство пациентов проживают в городе Гомеле — 40 (60,6 %) человек. У 7 (10,6 %) пациентов — отягощена наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, у 15 (22,8 %) отмечается аллергия на продукты питания и пыльцу растений.

Заболевание развилось на фоне полного здоровья у 29 (43,9 %) пациентов, после перенесенной ОРВИ у 24 (36,4 %) пациентов, у 4 (6,1 %) — после перенесенного острого тонзиллита. У 3 (4,5 %) детей суставной синдром появился на фоне атопического дерматита.

При поступлении 56 (84,8 %) пациентов предъявляли жалобы на боль и ограничение движений в суставах, хромоту. Чаще отмечалось поражение коленных суставов — 23 (34,84 %) и тазобедренных суставов — 22 (33,3 %). Лучезапястный сустав вовлекался в процесс у 10 (15,2 %) детей.