

УДК 616.13/.14-002.151:616.15

**ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОГРАММЫ
ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ**

Захарова Е. Д., Ковалёва Ю. А.

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

к.м.н., доцент А. А. Козловский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Геморрагический васкулит (ГВ) — иммунокомплексное заболевание, характеризующееся повреждением микрососудов циркулирующими иммунными комплексами, с последующим множественным микротромбообразованием в сосудах кожи, суставов и внутренних органов. Среди геморрагических диатезов геморрагический васкулит занимает второе место и регистрируется с частотой 23–25 случаев на 100 тыс. детского населения [1, 2, 3]. Заболевание возникает в любом возрасте, но чаще у детей в возрасте от 2 до 8 лет.

Ведущим клиническим синдромом при геморрагическом васкулите является кожный, проявляющийся симметричной мелкопятнистой или пятнисто-папулезной геморрагической сыпью васкулитно-пурпурного характера различной интенсивности. Диагноз ГВ — исключительно клинический. Изменения в периферической крови при данном заболевании носят, как правило, не специфический характер [3, 4].

Цель

Оценить показатели гемограммы при инициальной диагностике геморрагического васкулита у детей.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 55 историй болезни пациентов в возрасте от 8 месяцев до 17 лет, находившихся на лечении в гематологическом отделении для детей ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» за период с января 2018 года по декабрь 2020 года с диагнозом геморрагический васкулит. В общем анализе крови оценивались показатели лейкоцитов, тромбоцитов и СОЭ, эритроцитов и гемоглобина. Обработку данных, полученных в результате исследований, проводили с использованием программы StatSoft «Statistica» 10.0 и «Excel» 2010 (Microsoft, USA). Рассчитывали средние величины (M) и их ошибки (m). Достоверность различий между группами оценивали с помощью критерия t Стьюдента. Статистически значимыми считались результаты при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследованных пациентов было 20 девочек (36,36 %) и 35 мальчиков (63,64 %). Средний возраст составил $8,18 \pm 5,07$ лет (мальчиков — $7,79 \pm 4,97$ лет, девочек — $8,85 \pm 5,3$ лет ($p > 0,05$)). Отмечена сезонность заболеваемости геморрагическим васкулитом: в зимний период госпитализировано 20 пациентов (35,09 %), весной — 16 (28,07 %), осенью — 12 (21,05 %) и летом — 9 (15,79 %). Данная сезонность госпитализаций может быть связана с частой заболеваемостью ОРВИ, прививками. Изолированная кожная форма геморрагического васкулита диагностирована в 41,82 % случаев ($n = 23$), кожно-суставная форма — 32,73 % ($n = 18$), смешанная форма — 21,81 % ($n = 12$), кожно-почечная и кожно-абдоминальная по 1,82 % случаев (по 1 случаю каждая). Последние две клинические формы являются наиболее тяжелыми.

Уровень гемоглобина у пациентов с ГВ варьировал в широких пределах от 92 до 155 г/л, среднее значение — $109,2 \pm 17,1$ г/л. У 15 пациентов с ГВ (26,3 %)

диагностирована анемия легкой степени тяжести: чаще при кожно-суставной форме — 9 случаев (50,0 %) по сравнению со смешанной — 4 (33,3 %) и изолированной кожной — 2 (8,0 %); во всех случаях $p < 0,05$. Анемия легкой степени тяжести встречалась у мальчиков в 27,0 % случаев ($n=10$), у девочек — в 25,0 % ($n=5$). Более низкие уровни гемоглобина наблюдались у детей при кожно-суставной и абдоминально-суставной формах заболевания — $108,7 \pm 16,6$ г/л и 112 г/л соответственно. Количество эритроцитов в периферической крови у всех пациентов не отличалось от нормальных показателей и составляло $4,62 \pm 0,37 \times 10^{12}/л$, данный показатель варьировал от $3,9$ до $5,68 \times 10^{12}/л$.

Среднее количество тромбоцитов в периферической крови в группе наблюдения не отличалось от нормальных значений и составило $292,88 \pm 110,33 \times 10^9/л$. Данный показатель варьировал от 132 до $672 \times 10^9/л$. Тромбоцитоз отмечался у 6 пациентов (10,91 %), что может быть связано с наличием инфекции, т. е. реактивный тромбоцитоз. Тромбоцитопения диагностирована только у 6 пациентов (10,81 %).

Среднее количество лейкоцитов в гемограмме пациентов с ГВ не отличалось от средних показателей у здоровых детей и составляло $8,53 \pm 3,4 \times 10^9/л$. Данный показатель варьировал от $3,84$ до $17,6 \times 10^9/л$. Лейкоцитоз диагностировался у 16 пациентов (28,07 %), что может свидетельствовать о бактериальной инфекции. Самый высокий показатель лейкоцитоза наблюдался при кожно-абдоминальной форме — $17,6 \times 10^9/л$. В сравнении с другими формами ГВ лейкоцитоз чаще наблюдался у пациентов с кожно-суставной формой (7 случаев, 38,89 %; $p < 0,05$). Лейкопения встречалась только у 3 пациентов (5,26 %) с изолированной кожной и кожно-суставной формами.

Показатель скорости оседания эритроцитов (СОЭ) варьировал от 3 до 44 мм/ч. Синдром ускоренного оседания эритроцитов был выявлен у 16 пациентов (28,07 %). Самое высокое значение СОЭ наблюдалось при кожно-почечной форме заболевания — 44 мм/ч.

Выводы

Сезонность заболеваемости и обострений ГВ у детей приходится на зимнее время, что связано с пиком заболеваемости острыми респираторными инфекциями и обострением хронических инфекций. Изолированная кожная форма заболевания диагностировалась в большинстве случаев (41,82 %). Со стороны показателей периферической крови для ГВ наиболее характерно наличие постгеморрагической анемии легкой степени тяжести. В тоже время при ГВ у детей в 28 % случаев наблюдался лейкоцитоз и увеличение СОЭ. Самый высокий показатель лейкоцитоза — при кожно-абдоминальной форме — $17,6 \times 10^9/л$, самое высокое значение СОЭ — при кожно-почечной форме заболевания — 44 мм/ч. Таким образом, к базовой терапии ГВ у детей целесообразно дополнительное назначение ферропрепаратов и антибиотиков, особенно при кожно-почечной и кожно-абдоминальной формах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исмаилов, К. И. Клинико-иммунологические особенности течения геморрагического васкулита у детей / К. И. Исмаилов, Ф. А. Мухаммаднабиева // Вестник Авиценны. — 2013. — № 1. — 105–110 с.
2. Верещагина, В. С. Клинико-anamnestические 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. Клинические рекомендации. Детская гематология / Под ред. А. Г. Румянцев, А. А. Масчана, Е. В. Жуковской. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 656 с.
4. Ходулева, С. А. Роль Д-димеров при оценке коагуляционного статуса у пациентов с геморрагическим васкулитом / С. А. Ходулева // Современные проблемы радиационной медицины: от науки к практике: материалы междунар. научно-практич. конф., Гомель, 19 июня 2020 г. / под общ. ред. А. В. Рожко. — Гомель: РНПЦ РМиЭЧ, 2020. — С. 180–181.