

«МАНИФЕСТНАЯ» СИМПТОМАТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Л.В.Пшенко, К.В.Хомченко, В.В.Дмитрачков

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Беларусь*

Цель настоящего исследования: изучение вариантов клинической манифестации геморрагического васкулита (ГВ) у детей и подростков и некоторых его клинических особенностей у детей и подростков.

Материал и методы. Группу наблюдения (ГрН) составили 30 детей и подростков, находившихся на стацлечении в различных отделениях УЗ «4-я ГДКБ» г. Минска (1 – 16 лет) с диагнозом ГВ. В ГрН – 21 мальчик (70%) и 9 девочек (30%): 1 ребенок грудного возраста (3,3%), раннего возраста – 2 ребенка (6,7%), дошкольного – 6 детей (20%), младшего – 8 пациентов (26,7%) и старшего школьного – 13 (43,3%) возраста. Острое течение ГВ у 66,7%, затяжное у 13,3%, рецидивирующее у 20% пациентов. Смешанная форма ГВ определена у 20 человек (66,7%), простая – у 10 детей (33,3%). Легкое течение ГВ у 10 детей (33,3%), средней тяжести – 18 (60%), тяжелое у 2 пациентов (6,7%). Проведен анализ жалоб, результатов физикального обследования, карт стационарного пациента.

Обсуждение результатов. В 56,7% случаев (17 пациентов) дети накануне ГВ перенесли какое-либо инфекционное заболевание. Из них: ОРИ – 14 детей (91,7%), или о. кишечную инфекцию (ОКИ), о. пневмонию, ветряную оспу (по 1 случаю). У 1 ребенка (3,3%) причиной развития ГВ выступал психологический стресс. У 3 пациентов был отягощен аллергоанамнез (10%): у 1 – имела пищевая аллергия в анамнезе (шоколад, сладкое, мед); у 1 – инсекталлергия; а у еще 1 ребенка – медаллергия на антибиотики пенициллинового ряда. В 40% случаев ГВ развился без четко означенной причины, на фоне полного кажущегося здоровья (причину родители и /или дети указать не смогли – 12 пациентов). У всех детей на момент поступления отмечен кожный синдром (КоС). Васкулитно-пурпурные высыпания преимущественно обнаруживались на коже ног – 96,7% (29 пациентов: чаще в области голеней (24 ребенка – 82,8%)), на стопах и в области голеностопных суставов 22 ребенка (75,9%), на бедрах (+ область коленных суставов) у 10 человек (34,5,6%). Реже геморрагии встречались в области ягодиц – 3 детей (10%). Сыпь также отмечалась на коже: рук – 12 детей (40%), туловище – 9 пациентов (30%) – чаще на животе (особенно в нижних отделах) – 5 детей (55,6%), на спине и боковых поверхностях туловища у 2 человек (22,2%). При

сборе анамнеза установлено, что у 24 пациентов (80%) ГВ манифестировал сыпью на коже. Характер сыпи менялся с развитием клиники ГВ: от ярко-розовой папулезной (единичных элементов) до присоединения геморрагического компонента с распространением элементов на коже. У 1 пациента сыпь сопровождалась зудом. У 3 детей (10%) заболевание начиналось с болевого абдоминального синдрома (БАС). Всего БАС констатирован у 7 пациентов (35% всех случаев со смешанной формой ГВ). Чаще боли в животе носили приступообразный характер (85,7%), слабые или средневыраженные, не связанные с приемом пищи (71,4%). Дети с БАС указывали на наличие болезненности при пальпации (Э) в эпигастрии+околопупочной области (ОПО) (42,9% – 3 пациента); только в Э 2 ребенка (28,6%); в ОПО и в правом подреберье по 14,3%. У 3 детей БАС сопровождался диспептическим синдромом (ДиС) (42,9%): у 2 детей – рвотой (у 1 из них сочетанием рвоты+стул с кровью), причем у 1 пациента рвота явилась манифестом ГВ. Наличие стула с кровью, как признака переносимого гемоколита отмечено при поступлении у 2 пациентов (28,6% от всех детей с БАС), у одного из них этому предшествовала склонность к запорам. Почечный синдром диагностирован у 2 пациентов в ГрН (10% от всех случаев смешанной формы ГВ). У 2 пациентов ГВ манифестировал с отека в области суставов стоп, голеней и кистей рук+боли в мышцах рук и ног, затем у 1 пациента появилась рвота и только несколько позже – геморрагическая сыпь, позволяющая заподозрить развитие у ребенка ГВ. Суставной синдром (артрит или артралгии) (СуС) при ГВ имел место у 14 детей (46,7%, 70% от случаев смешанной формы ГВ). Чаще поражались голеностопные суставы (ГСС) и голени (10 пациентов – 78,8%), из них у 5 детей страдали только ГСС и голени, а у 50% поражение ГСС сочеталось с вовлечением в процесс иных суставов (Су) (в разных сочетаниях): ГСС+Су кистей рук (СКР), ГСС+ предплечья, ГСС+коленные суставы (КоС); ГСС+КоС+СКР, ГСС+ локтевые Су+КоС. Всего случаев поражения КоС – 35,7% (5 человек), в сочетании с лучезапястными Су – 3%. Клиника ГВ у детей определялась: изолированным КоС (простая форма ГВ) – 33,3%; у 9 человек (30%), сочетанием КоС+СуС, БАС (7 пациентов) чаще диагностирован в сочетании либо с КоС (у 2 человек – 28,6%), но чаще – при наличии у пациентов развернутой симптоматики (т.е. наличием трех или четырех, пяти синдромов в разных сочетаниях: КоС+СуС+БАС+ДиС+почечный) – 71,4% (5 пациентов). Выводы. У детей и подростков ГВ чаще манифестирует с КоС, КК ГВ чаще определяется сочетанием КоС и СуС, реже присутствием развернутой симптоматики (присоединением БАС, ДиС, почечной симптоматики). Наличие БАС

констатировано более чем у трети пациентов со смешанной формой ГВ (35%). В некоторых случаях ГВ манифестирует с изолированными БАС, ДиС или СуС и только затем, через несколько дней появляется КоС, характерный для ГВ. Такой вариант течения заболевания затрудняет диагностику ГВ на догоспитальном этапе.

**Материалы
XXXII Конгресса детских
гастроэнтерологов России
и стран СНГ
«Актуальные проблемы
абдоминальной патологии у детей»**

Москва, 18–20 марта 2025 г.

Под общей редакцией проф. С.В.Бельмера

Москва, 2025