

Пшенико Л.В., Хомченко К.В.

РАННЯЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА, СИНДРОМЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель: ст. преп. Дмитрачков В.В.

Кафедра пропедевтики детских болезней

с курсом повышения квалификации и переподготовки

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Геморрагический васкулит - наиболее часто встречающийся системный васкулит, распространенность которого в мире составляет 140 случаев на 1 миллион человек в год, 23-25 случаев на 100 тысяч детского населения.

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

Материалы и методы. Группу наблюдения (ГрН) составили 30 детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в различных отделениях УЗ «4-я ГДКБ» г. Минска (1 – 16 лет) с диагнозом ГВ. В ГрН – 21 мальчик и 9 девочек. Смешанная форма ГВ определена у 20 человек, простая – у 10 детей. Легкое течение ГВ у 10 детей, средней тяжести – 18, тяжелое у 2 пациентов. Проведен анализ жалоб, результатов физикального обследования, карт стационарного пациента.

Результаты и их обсуждение. 17 пациентов накануне ГВ перенесли какое-либо инфекционное заболевание (ОРВИ, ОКИ, пневмония, ветряная оспа). У 1 ребенка причиной развития ГВ выступал психологический стресс. У 3 пациентов был отягощен аллергоанамнез. У 12 пациентов ГВ развился без четко означенной причины. При сборе анамнеза установлено, что у 24 пациентов ГВ на амбулаторном этапе манифестировал сыпью на коже - кожный синдром (КоС). Характер сыпи менялся с развитием клиники ГВ: от ярко-розовой папулезной (единичных элементов) до присоединения геморрагического компонента. У 1 пациента сыпь сопровождалась зудом. У 3 детей заболевание амбулаторно начиналось с болевого абдоминального синдрома (БАС). 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. На момент поступления в стационар КоС отмечен у всех детей. Васкулитно-пурпурные высыпания преимущественно обнаруживались на коже ног (голени, стопы, область голеностопных суставов, бедра, ягодицы) – (29 пациентов), рук, туловища и спины. Суставной синдром (артрит или артралгии) (СуС) имел место при поступлении уже у 14 детей. Чаще поражались голеностопные суставы (ГСС) и голени (10 пациентов). БАС в стационаре был констатирован уже у 7 пациентов, боли носили приступообразный характер, слабые или средневыраженные, не связанные с приемом пищи. У 3 детей БАС сопровождался диспептическим синдромом (ДиС) (рвота, стул с кровью, запоры). Почечный синдром диагностирован у 2 пациентов. Клиника ГВ у детей определялась: изолированным КоС – 33,3%; у 9 человек сочетанием КоС+СуС, БАС чаще диагностирован в сочетании с КоС (у 2 человек), но чаще при наличии у пациентов развернутой симптоматики (т.е. наличием трех, четырех, пяти синдромов в разных сочетаниях: КоС+СуС+БАС+ДиС+почечный) – 5 пациентов.

Выводы. У детей и подростков ГВ чаще манифестирует с КоС, клиническая картина 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.