

Кротова Т.Н.

**ВНУТРИВЕННЫЕ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ В ТЕРАПИИ ИММУННОЙ
ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДЕТЕЙ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Зайцева Е.С.

1-ая кафедра детских болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Первичная иммунная тромбоцитопения (ИТП) является самой частой иммунной гемопатией. У детей частота регистрации впервые диагностированной ИТП составляет 4-6 на 100тыс. детей в год. из них около 30% развивают персистирующую ИТП, а 5-10% - хроническую ИТП. Заболевание сопряжено с риском жизнеугрожающих кровотечений, снижает качество жизни пациента и требует сложного и дорогого лечения.

Цель: изучить клинико-лабораторные проявления, пусковые факторы, динамику уровня тромбоцитов на фоне проводимой терапии у пациентов детского возраста с ИТП.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 51 стационарной карты детей (27 девочек и 24 мальчиков), наблюдавшихся в онкогематологическом отделении №4 РНПЦ ДОГиИ в 2024 году с ИТП. Средний возраст пациентов 8,8 лет (от 26 дней до 17 лет).

Результаты и их обсуждение. Анализ всех случаев госпитализации показал, что основной жалобой была петехиальная геморрагическая сыпь, экхимозы. У трети пациентов отмечены носовые кровотечения, у девочек подростков маточные кровотечения, что привело к анемии. Пусковым фактором в половине случаев послужили респираторные инфекции. Согласно классификации выделяли 3 формы ИТП в зависимости от течения: впервые выявленная (длительностью до 3 месяцев) – 35% случаев, персистирующая (от 3 до 12 месяцев) – 40%; хроническая (более 12 месяцев) – 25%. На момент госпитализации у 85% пациентов отмечена тяжелая тромбоцитопения, менее $30 \times 10^9/\text{л}$. (в среднем 12). У большинства детей с ИТП уровень СОЭ, ЦРБ соответствовали норме. Полный ответ на 1-ю линию терапии внутривенным иммуноглобулином (ВВИГ) в дозе 2 г/кг., с восстановлением в течение 2 суток уровня тромбоцитов более $100 \times 10^9/\text{л}$, был только среди детей с впервые выявленной ИТП. Общая эффективность в достижении тромбоцитарного ответа при использовании ВВИГ составила 80%. Отсутствие повышения количества тромбоцитов в ответ на ВВИГ указывает на необходимость исключения вторичного характера ИТП и установления причины.

Частое рецидивирование или отсутствие ответа при персистирующем и хроническом течении ИТП потребовало проведение 15 пациентам 2-й линии иммуносупрессии пульс-терапии метилпреднизолоном 30мг/кг, что позволило стабилизировать и удерживать уровень тромбоцитов более $50 \times 10^9/\text{л}$., а также дать отсрочку脾эктомии.

Выводы.

1. Основные клинико-лабораторные проявления ИТП: петехиальная сыпь, носовые, маточные кровотечения, обусловленные тяжелой тромбоцитопенией менее $30 \times 10^9/\text{л}$, спровоцированной респираторной инфекцией.

2. Значимое повышение количества тромбоцитов в ответ на ВВИГ подтверждает иммунную природу ИТП и делает ненужным выполнение костномозговой пункции пациентам с впервые диагностированной ИТП.

3. Отсутствие повышения количества тромбоцитов в ответ на ВВИГ указывает на необходимость поиска других альтернативных причин тромбоцитопении и направлений лечения.

4. У пациентов, которые ранее получали специфическую терапию ИТП, нужно оценить тромбоцитарный ответ и его длительность для оценки эффективности проведенного лечения и планирования дальнейшей тактики терапии.