

Л.В. Пшенко, К.В. Хомченко
**РАННЯЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА, СИНДРОМЫ
В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

Кафедра пропедевтики детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

L.V. Pshenko, K.V. Khomchenko

**EARLY CLINICAL SYMPTOMATOLOGY, SYNDROMES IN THE CLINICAL
PICTURE OF HEMORRHAGIC VASCULITIS IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS**

Tutor: senior lecturer V.V. Dmitrachkov

Department of Propaedeutics of Pediatric Diseases

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В работе изучались варианты клинической манифестации геморрагического васкулита, синдромы в клинической картине ГВ. В результате исследования подтвердили, что чаще ГВ манифестирует с КоС, клиническая картина ГВ чаще определяется сочетанием КоС и СуС, реже присутствием развернутой симптоматики (присоединением БАС, ДиС, почечной симптоматики).

Ключевые слова: геморрагический васкулит, кожный синдром, болевой абдоминальный синдром, почечный синдром, суставной синдром.

Resume. The study examined variants of the clinical manifestation of hemorrhagic vasculitis, syndromes in the clinical picture of HV. As a result, studies have confirmed that HV manifests more often with CkS, the clinical picture of HV is more often determined by a combination of CkS and AS, less often by the presence of detailed symptoms (the addition of APS, DiS, renal symptoms).

Keywords: hemorrhagic vasculitis, skin syndrome, abdominal pain syndrome, renal syndrome, articular syndrome.

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.

Задачи:

1. Определить некоторые аспекты эпидемиологии геморрагического васкулита у детей.
2. Изучить варианты клинической манифестации геморрагического васкулита у детей и подростков на догоспитальном (амбулаторном) этапе диагностики.
3. Определить динамику развития клинической симптоматики ГВ и частоту встречаемости различных клинических форм ГВ, а также тяжесть его течения у детей.
4. Выявить, сочетанием каких клинических синдромов чаще определяется клиническая картина геморрагического васкулита 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 (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.

Результаты и их обсуждение. 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 – имелась 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 манифестирувал 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 началось 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 манифестирувал с отеком 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 артрапсия)(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. Чаще ГВ болеют мальчики. Главной причиной развития ГВ являются разнообразные инфекционные заболевания (чаще всего ОРВИ). ГВ чаще всего протекает остро, в смешанной форме, со средней степенью тяжести. 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 изолированных 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.

Литература

1. Клинико-диагностические критерии геморрагического васкулита у детей / Abdullaev, A. N. Litvinova, D. V. Cherednichenko, A. M. Ivanova, A. N. Абдуллаев, А. Н. Литвинова, Д. В. Чередниченко, А. М. Иванова, А. Н. / Урал: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2020 – 834-840 с.
2. Пурпур Шенлейна-Геноха : учебное пособие для обучающихся по направлению подготовки специалитета «Лечебное дело» / сост.: Е. В. Кочетова, М. С. Светлова, Н. В. Корякова. – Петрозаводск : Изд-во ПетрГУ, 2017. – 24 с.
3. Поражение почек при болезни Шенлейна - Геноха у детей / Г.А. Лыскина, Е.Г. Кикинская, Г.А. Зиновьева, Е.В. Фролова /Педиатрия. - 2005. - № 5. - 22-28 с.
4. Кривошеев О.Г. Системные сосудистые пурпурсы - клинико-этиологические варианты : автореферат дис. кандидата медицинских наук : 14.00.05. - Москва, 1999. - 18 с.
5. Синяченко О.В. Поражение суставов при пурпуре Шенлейна-Геноха / О.В. Синяченко, В.В. Герасименко, Е.Д. Егудина, О.Е. Чернышова, Д.В. Помазан // БСП. - 2016. - №4. - 31-36 с.