

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА У ДЕТЕЙ

Хлебовец Н.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Тромбоцитопеническая пурпура относится к геморрагическим диатезам с нарушением тромбоцитарного звена гемостаза и обусловлена уменьшением количества тромбоцитов крови (ниже минимальной нормы – $100 \times 10^9/\text{л}$), что может привести к кровоизлияниям, угрожающим жизни.

Наиболее частой причиной развития тромбоцитопении является иммунная деструкция тромбоцитов под действием, ауто-, алло- или лекарственно-индуцированных антител – иммунная тромбоцитопеническая пурпура (ИТП).

Длительное время основу терапии ИТП составляли глюкокортикоиды (ГК). На современном этапе для лечения ИТП еще используют внутривенный иммуноглобулин (ВВИГ), который позволяет быстрее повысить уровень тромбоцитов в крови [1, 2].

Цель. Изучение клинической характеристики и результатов лечения ИТП у детей за последние 2 года в сравнение с предыдущими шестью годами.

Методы исследования. Нами наблюдались пациенты, госпитализированные в УЗ «ГОДКБ» с января 2015 г. по декабрь 2016 г. включительно, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом ИТП. Изучались клинические проявления, данные лабораторного обследования, лечебные мероприятия.

Результаты и их обсуждение. В течение последних 2 лет госпитализировано 37 детей с ИТП, в том числе в 2015 г. лечилось 20 (54,0%) пациентов, в 2016 г. – 17 (45,9%) в возрасте от 5 месяцев до 17 лет.

Детей первого года жизни было 2 (5,4%), до 6 лет – 20 (54,0%), от 6 до 12 лет – 4 (10,8%), старше 12 лет – 11 (29,7%). Городских детей было – 34 (91,8%), сельских – 3 (8,1%), мальчиков – 26 (70,2%), девочек – 11 (29,7%).

Нами ранее проводились аналогичные исследования по изучению ИТП за период января 2009 года по декабрь 2014 года [3]. Сравнивая полученные данные с исследованиями 2009–2014 годов установлено, что если за предыдущие 6 лет госпитализировано 74 пациента, то за 2 последних года – 37 детей – это говорит об увеличении ИТП за последние 2 года. Как и прежде, чаще болели мальчики (57,0% в предыдущие годы и 72,0% в последние 2 года), половина детей была в возрасте до 6 лет (53,0% и 54,0% соответственно). Однако, за последние 2 года отмечается рост количества детей в старшей возрастной группе: если за предыдущие 6 лет наблюдалось 14 (19%) детей старше 12 лет, то за последние 2 года – 11 (29,7%) пациентов.

Основная масса пациентов поступала с жалобами на наличие геморрагической сыпи у 27 (73,0%) детей, которая проявлялась в виде петехиальной сыпи у 8 (21,6%) пациентов, экхимозов у 9 (24,3%), петехии +

экхимозы у 10 (27,0%). Помимо этого, у 3 (8,1%) пациентов были гематомы, кровоизлияние на слизистую полость рта и склеру – у одного (2,7%) ребенка, носовые кровотечения – у 4 (10,8%) детей. Без клинических проявлений поступали в стационар 4 (10,8%) ребенка в связи со снижением тромбоцитов. На плановое обследование без предъявления жалоб поступило 6 (16,2%) детей с уровнем тромбоцитов от $50 \times 10^9/\text{л}$ до $140 \times 10^9/\text{л}$.

У 7 (18,9%) детей состояние было расценено как тяжелое в связи с обилием геморрагической сыпи и низким уровнем тромбоцитов ($1\text{--}20 \times 10^9/\text{л}$), у 24 (64,8%) – средней тяжести, у 6 (16,0%) – удовлетворительное.

Лабораторные данные показали, что у 37 (100%) выявлена тромбоцитопения, в том числе ниже $20 \times 10^9/\text{л}$ – у 9 (24,3%), $20\text{--}70 \times 10^9/\text{л}$ – у 18 (48,6%), $70\text{--}150 \times 10^9/\text{л}$ – у 10 (27,0%) детей.

У 29 (78,4%) пациентов в анамнезе выявлена пищевая аллергия, из них у 4 (10,8%) пищевая и медикаментозная аллергия.

Хронические очаги инфекции диагностированы у 6 (16,2%) детей, в т.ч. хронический тонзиллит – у 4 (10,8%), кариес – у одного (2,7%), гайморит – у одного (2,7%).

Все дети получали этамзилат натрия. В виде монотерапии он использовался у 17 (45,9%) детей. ВВИГ применялся у 18 (48,6%), 2 (5,4%) ребенка получали иммуноглобулин в сочетании с ГК. Изолировано ГК получали 2 (5,4%) ребенка.

У 17 (45,9%) детей, которые поступили планово для обследования, а также с жалобами на мелкоточечную сыпь геморрагического характера, необильные экхимозы с уровнем тромбоцитов $40\text{--}150 \times 10^9/\text{л}$, удовлетворительным общим состоянием или средней степени тяжести, использовался этамзилат натрия в виде монотерапии. Улучшение состояния и повышение уровня тромбоцитов отмечалось у 12 (32,4%) пациентов к концу 1 недели, у 5 (13,5%) к концу 2 недели терапии.

В группе пациентов с тяжелым состоянием и состоянием средней тяжести, обильной геморрагической сыпью в виде петехий и экхимозов, носовыми кровотечениями, кровоизлияниями в склеру и слизистую полости рта, уровнем тромбоцитов $1\text{--}20 \times 10^9/\text{л}$ применялся ВВИГ у 20 (54,0%) детей. Иммуноглобулин вводился внутривенно: 1 раз – у 7 (18,0%) детей, 2 раза – у 2 (5,4%) детей, 3 раза – у 5 (13,5%), 4 раза – у 6 (16,2%) детей. Кратность введения ВВИГ зависела от скорости повышения тромбоцитов. Необходимо отметить, что за последние 2 года нами использовался ВВИГ чаще, чем за предыдущие 6 лет. Так, если за предыдущие 6 лет ВВИГ вводился в среднем 3–6 раз в год, то за последние 2 года частота введения составила 7 и 11 раз соответственно.

У 5 (13,5%) детей с жалобами на точечную геморрагическую сыпь и экхимозы, на головную боль, слабость, повышенную утомляемость, уровнем тромбоцитов $15\text{--}20 \times 10^9/\text{л}$ назначались ГК внутривенно в течение 5 дней с последующим приемом преднизолона внутрь. Повышение тромбоцитов в данной группе детей было спустя 6–7 дней.

У 29 (78,4%) детей с пищевой и медикаментозной аллергией применялись антигистаминные препараты (фенкарол, фенистил), из них 14 (37,8%) пациентам кроме антигистаминов назначался ВВИГ или ГК.

Наследственная предрасположенность прослеживалась у 3(8,1%) детей. Все эти дети госпитализировались повторно: два ребенка дважды, один – трижды.

Повторно госпитализировались 12 (32,4%) детей, из них 10 (27,0%) – дважды, а 2 (5,4%) – трижды. При поступлении у них были выражены клинические проявления и низкий уровень тромбоцитов, а также пищевая аллергия, хронический тонзиллит, гайморит, кариозные зубы и у части пациентов наследственная предрасположенность.

В РНПЦ ДОГиИ переведены 7 (18,9%) пациентов, в связи с сохранившимися обильными высыпаниями и тромбоцитопенией, невзирая на проводимую терапию.

Выводы.

1. ИТП встречается в половине случаев в возрасте до 6 лет, чаще среди мальчиков.

2. За последние годы имеется тенденция к росту заболеваемости ИТП, в том числе среди детей старше 12 лет, однако уменьшилось количество детей с глубокой тромбоцитопенией менее $20 \times 10^9/\text{л}$ (41,0% и 24,3% соответственно).

3. Отягощающими факторами являются наследственная предрасположенность, аллергия и хронические очаги инфекции, способствующие рецидивированию заболевания.

4. В терапии ИТП участилось использование ВВИГ с хорошим терапевтическим эффектом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петров, В. Ю. Внутривенные иммуноглобулины – препараты выбора в терапии иммунной тромбоцитопенической пурпуры у детей / В. Ю. Петров // Педиатрия. – 2016. – Т. 95, № 4. – С. 36–41.

2. Retrospective Analysis of Clinical Response in Children with Severe Immune Thrombocytopenia Undergoing Treatment with Intravenous Immune Globulin // A. Verma [et al.] // Blood. – 2015. – Vol. 126. – P. 4652.

3. К вопросу о идиопатической тромбоцитопенической пурпуре у детей / Н. И. Хлебовец [и др.] // Актуальные вопросы детской хирургии: сб/ материалов VII Республ. научно-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 30-летию каф. детской хирургии / отв. ред. В. И. Ковальчук. – Гродно: ГрГМУ, 2015. – С. 343–345.