

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЙ У ДЕТЕЙ

БЕРДОВСКАЯ А. Н., ЯРОЦКАЯ В. В., САМОСЮК Н. С.,
*ГУЗАРЕВИЧ В. Б.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней,
*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно,
Беларусь

Введение. Под тромбоцитопенией понимают снижение количества тромбоцитов ниже 150 000 в 1 мкл. Клинически данная патология проявляется повышенной склонностью к внутрикожным кровоизлияниям, носовыми кровотечениями, кровоточивостью десен, меноррагиями, кишечными кровотечениями, возникновение петехий в различных местах [1].

Увеличение частоты возникновения тромбоцитопений в детском возрасте обусловлено увеличением числа потребляемых медикаментов, химизацией быта, аллергизацией населения, увеличением хронических вирусных и бактериальных инфекций [2].

В случае значительного снижения тромбоцитов возрастает риск профузных кровотечений с развитием тяжелой постгеморрагической анемии. Основная причина смерти – внутричерепные кровоизлияния [3].

Цель. Анализ особенности клинико-лабораторных проявлений тромбоцитопений у детей Гродненской области.

Объект и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 124 историй болезни детей с тромбоцитопениями, госпитализированных в стационар УЗ «ГОДКБ» с 2010 по 2017 гг.

Результаты и их обсуждение. Мальчики составили 59%, девочки – 41%. Чаще тромбоцитопении диагностированы у дошкольников (26,2%), реже у детей младшего (22,1%) и старшего школьного возраста (6,4%). Новорожденные составили 0,9%, младенцы – 17,2%, дети преддошкольного возраста – 17,2%.

В 62% случаев тромбоцитопения клинически проявилась в виде сухой формы с генерализованной петехиальной сыпью (68%). Локально обнаруживались геморрагии следующих локализаций: на нижних (32%), либо верхних конечностях (9,3%), в области лица (2,6%), туловища (2,6%), слизистых (5,3%).

При «влажной» форме наблюдались носовые (76,5%), десневые (5,9%) и желудочно-кишечные кровотечения (5,9%).

83,6% поступили по направлению врачей амбулаторного звена, 14,8% обратились сами, 1,6% направлены врачами скорой помощи.

В 95,1% случаев тромбоцитопения являлась основным диагнозом, в 4,9% – сопутствующим. В ряде случаев отмечался отягощенный аллергологический анамнез в виде аллергического ринита (1,6%), атопического дерматита (4,1%), пищевой аллергии (27,0%), бронхиальной астмы (0,8%). В 9,8% детей имелся хронический очаг инфекции в виде хронического тонзиллита, аденоидита (6,5%).

В 30,4% случаев наблюдалась отягощенная наследственность по гематологической и онкологической патологии.

44% детей накануне заболевания перенесли инфекцию и получали антибактериальную (15,2%) терапию, либо нестероидные противовоспалительные средства (28,8%).

Лабораторная картина выявила следующие изменения: изолированная тромбоцитопения диагностирована в 40,1%. В остальных случаях сопутствовали следующие изменения: анемия – 27,1%, лейкоцитоз – 11,5%, лейкопения – 8,2%, нейтрофилез – 4,9%, нейтропения – 3,3%, относительный лимфоцитоз – 13,9%, моноцитоз – 4,9%, эозинофилия – 6,6%, ускоренная скорость оседания эритроцитов – 15,6%.

Степени тяжести тромбоцитопении при поступлении в стационар: тяжелая – 56%, средняя – 29%, легкая – 15%.

Все детей получали базисную терапию в виде ограничительного режима, гипоаллергенной диеты, устранения фактора, повлекшего заболевание. 42% детей назначены антигистаминные препараты, 39% – внутривенный иммуноглобулин, 21% – антибактериальная терапия, 16% –

глюкокортикоиды (из них 85% парентеральное и 15% энтеральное ведение препарата), 7% детей потребовалось введение тромбоконцентрата. Внутривенный иммуноглобулин вводился в средней дозе 0,4 мг/кг в течение 3-5 дней.

Среднее количество койко-дней составило $10,8 \pm 6,9$. При выписке из стационара в результате проведенного лечения у 87,5% детей наблюдалась положительная динамика. Остальным детям потребовалась консультация республиканских специалистов для уточнения тактики ведения.

Выводы:

1. В 95,1% случаев тромбоцитопения являлась основным диагнозом.

2. 40,1% детей имели изолированную тромбоцитопению, в 59,9% наблюдались другие изменения гемограммы в виде анемии, нейтропении, нейтрофилеза, моноцитоза, лимфоцитоза, ускорения скорости оседания эритроцитов.

3. 44% детей накануне манифестации настоящего заболевания перенесли инфекцию и принимали антибактериальные препараты или нестероидные противовоспалительные средства.

4. 39% детей потребовалась иммунокорректирующая терапия внутривенным иммуноглобулином, 16% глюкокортикоидами.

5. В 87,5% случаев за время, проведенное в стационаре, отмечалась положительная динамика.

Литература:

1. Исаева, Б. Э. Современные представления об идиопатической тромбоцитопении у детей / Б. Э. Исаева // Наука, новые технологии и инновации. – 2013. – № 3. – С. 65–69.

2. Клиническая манифестация иммунной тромбоцитопении у детей / С. А. Ходулева [и др.] // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2019. – № 1. – С. 150–155.

3. Масчан, А. А. Иммунно-опосредованные тромбоцитопении новорожденных: дифференциальный диагноз и принципы терапии / А. А. Масчан, А. Г. Румянцев // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2010. – Т. 9, № 3. – С. 13–18.