

2. Механизмы действия и биологические эффекты низкоинтенсивного лазерного излучения / Н.И. Нечипуренко [и др.] // Медицинские новости. – 2008. – №12. – С. 7-21.

3. Морфометрия и электрофоретическая подвижность эритроцитов больных бронхиальной астмой при лечении внутривенным лазерным облучением крови / Т.Г. Сарычева и др. // Клиническая лабораторная диагностика. – 2009. – №3. – С. 13-14.

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ДЕТЕЙ

Бердовская А.Н.<sup>1</sup>, Гузаревич В.Б.<sup>2</sup>, Самосюк Н.С.<sup>1</sup>, Яроцкая В.В.<sup>1</sup>

*Гродненский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
Гродненская областная детская клиническая больница<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Потребление медикаментов, широкое распространение предметов бытовой химии, аллергизация населения, наличие очагов хронической инфекции и переносимые вирусно-бактериальные инфекции детьми сохраняют актуальность тромбоцитопений [1, 3]. Снижение количества тромбоцитов ниже  $150 \times 10^9/\text{л}$  позволяет выставить диагноз тромбоцитопении. Клинически значимой она становится при уровне  $100 \times 10^9/\text{л}$  [2].

В случае значительного снижения тромбоцитов возрастает риск профузных кровотечений с развитием тяжелой постгеморрагической анемии. Основная причина смерти – внутрисердечные кровоизлияния [1, 2].

**Цель.** Дать клинико-диагностическую характеристику тромбоцитопений у детей Гродненской области.

**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 95,1% случаев тромбоцитопения являлась основным диагнозом. Пациенты имели манифестную влажную или сухую форму. В 4,9% диагноз был сопутствующим. В этом случае диагностика основывалась на лабораторных показателях.

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%).

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

4. В 87,5 % случаев отмечалась положительная динамика.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дифференциальная диагностика тромбоцитопений / А. Л. Меликян [и др.] // Онкогематология. – 2017. – № 1. – С. 78–87.

2. Тромбоцитопении / С. А. Васильев [и др.] // Акушерство, гинекология, репродукция – 2014. – № 2. – С. 112–125.

3. Шейбак, Л. Н. Тромбоцитопении у новорожденных детей // Проблемы здоровья и экологии. – 2017. – № 1. – С. 20–25.