

УДК 61

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ,
СМЕШАННАЯ ФОРМА, АКТИВНОСТЬ 1 СТЕПЕНИ***

Дюсенова С. Б.

*Доктор медицинских наук, профессор
Медицинский Университет Караганды,
Казахстан, г. Караганда*

Мосалева Д. С.

*Студент
Медицинский Университет Караганды,
Казахстан, г. Караганда*

Шокутбаева Ф. Ж.

*Студент
Медицинский Университет Караганды,
Казахстан, г. Караганда*

Хаирболдинова К. М.

*Студент
Медицинский Университет Караганды,
Казахстан, г. Караганда*

Аннотация. В данной статье представлен клинический случай геморрагического васкулита у ребенка в возрасте 8 лет. Этот случай может иметь практическое значение в плане лечения больных с диагнозом болезнь Шенлейна-Геноха, так как по данным статистики Областной Детской Клинической Больницы города Караганда в период с 2014 по 2017 гг. число

диагностированных случаев остается относительно на прежних величинах, т.е. заболевание сохраняет свои позиции.

Ключевые слова: болезнь Шенлейна–Геноха; иммунокомплексное повреждение сосудов микроциркуляторного русла; гиперкоагуляция; геморрагический васкулит.

***CLINICAL CASE: HEMORRHAGIC VASCULITIS, MIXED FORM,
ACTIVITY 1 DEGREE***

Dyusenova S. B.

Doctor of medical sciences, professor

Karaganda Medical University,

Kazakhstan, Karaganda

Mosaleva D.S.

Student

Karaganda Medical University,

Kazakhstan, Karaganda

Shokutbayeva F.Zh.

Student

Karaganda Medical University

Kazakhstan, Karaganda

Khairboldinova K.M.

Student

Karaganda Medical University,

Kazakhstan, Karaganda

Abstract. This article presents a clinical case of hemorrhagic vasculitis in a child aged 8 years. This case may be of practical importance in terms of treating patients with a diagnosis of Shenlein-Genoch disease, as according to statistics from the Regional Children's Clinical Hospital of Karaganda between 2014 and 2017. the number of diagnosed cases remains relatively the same, i.e. the disease maintains its position.

Key words: Schönlein – Genoch disease; immunocomplex vascular damage of the microvasculature; hypercoagulation; hemorrhagic vasculitis.

Геморрагический васкулит - иммунопатологическое заболевание, характеризующееся системным васкулитом (поражаются мелкие сосуды: капилляры, венулы, артериолы с отложением в их стенках иммунных депозитов, состоящих преимущественно из иммуноглобулинов класса IgA) и проявляющееся симметричными, чаще мелкоточечными кровоизлияниями на коже, обычно в сочетании с болью и отечностью суставов, болями в животе, поражением почек [5, с.429].

Синонимы: аллергическая пурпура, анафилактоидная пурпура, пурпура Шенлейна–Геноха, геморрагический васкулит, капилляротоксикоз.

Этиология. Причины возникновения болезни остаются невыясненными. Болезнь Шенлейна–Геноха – это гиперергическая сосудистая реакция на различные факторы, чаще – инфекционные (стрептококк и другие бактерии, вирусы). В ряде случаев развитию болезни предшествуют вакцинация, воздействие пищевых и лекарственных аллергенов, укус насекомого, травма, охлаждение и т.д. Не исключена роль наследственных факторов[1, с.6]

Патогенез. В основе патогенеза лежит поражение сосудистой стенки низкомолекулярными комплексами антиген-антитело и активированным

комплементом. В результате патогенетических механизмов, возникают следующие эффекты: увеличивается проницаемость сосудистой стенки; развивается гиперкоагуляция; ухудшается реология крови; истощается антикоагулянтная система; возникает ишемия тканей. В сосудистой стенке возникают асептическое воспаление, деструкция, тромбоз микрососудов, разрыв капилляров, что сопровождается геморрагическим синдромом, приводя к появлению клинических симптомов БШГ[3, с.11].

Классификация.

1. Клинические формы (синдромы):

Кожная и кожно-суставная:

- простая;
- некротическая;
- с холодовой крапивницей и отеками.

Абдоминальная и абдоминально-кожная:

- с поражением других органов.

Почечная и кожно-почечная (в том числе и нефротическим синдромом).

Смешанные формы.

2. Варианты течения:

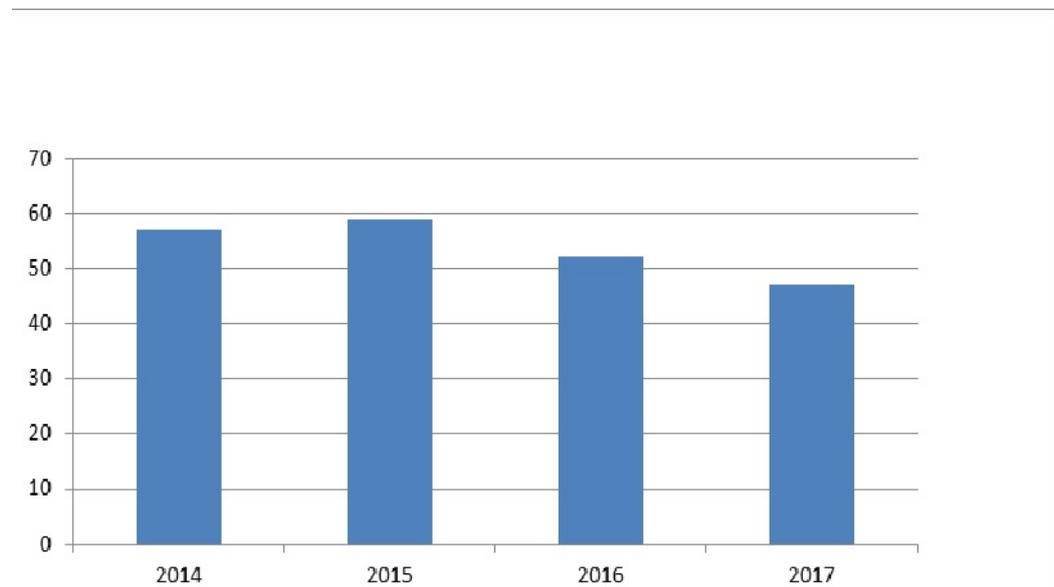
- молниеносное, острое, затяжное;
- рецидивирующее, хроническое, персистирующее с обострениями (частыми, редкими).

3. Степени активности:

- малая;
- умеренная;
- высокая;
- очень высокая [4, с.3]

Клиника. В клинической картине преобладающими могут быть кожные, суставные, абдоминальные или почечные проявления болезни. Кожные — наиболее частые — характеризуются папулезно-геморрагической сыпью на симметричных участках конечностей, ягодиц, туловища. При надавливании сыпь не исчезает. Поражение суставов в большинстве случаев сочетается с кожными проявлениями; возникают боли в крупных суставах, возможно нарушение их функции. Абдоминальные проявления чаще наблюдаются у детей. Больные жалуются на боль в животе, часто очень интенсивную. Могут быть кровавая рвота, понос с примесью крови или мелена. В тяжелых случаях бывают непроходимость кишечника, некроз кишки. Поражение почек при геморрагического васкулите клинически проявляется картиной острого или хронического гломерулонефрита, но чаще без артериальной гипертензии. Выявляются микро- или макрогематурия, протеинурия, цилиндрурия; у части больных развивается почечная недостаточность. Описанные проявления при острой и рецидивирующей формах геморрагического васкулита могут быть изолированными, либо встречаются в различной комбинации. Они исчезают обычно через несколько недель (суставные — через несколько дней), в течение которых кожная сыпь может волнообразно повторяться. В начале заболевания нередко отмечается лихорадка, иногда — нейтрофильный лейкоцитоз (редко эозинофилия), повышение СОЭ. Молниеносная форма геморрагического васкулита наблюдается преимущественно у детей через 1—3 недели после перенесенного вирусного или другого инфекционного заболевания. Характеризуется тяжелыми проявлениями генерализованного микротромбоваскулита с образованием некрозов в коже (особенно над крупными суставами), брюшине, стенках кишечника, что приводит к осложнениям (кровотечению, инвагинации или перфорации кишечника), которые могут стать причиной летального исхода [2, с.210].

По данным 2017 года в Карагандинской области болезнь Шенлейна-Геноха, в период с 2015 года по 2017 год, диагностирована у 215 детей (в 2014 – у 57, в 2015 – у 59, в 2016 – у 52, в 2017 – у 47 детей), что составило 17,6% от всех гематологических заболеваний, диагностированных в данный период. (Данные взяты из гематологического отделения Областной детской больницы г.Караганды)



Гистограмма №1. Случаи диагностированного геморрагического васкулита в гематологическом отделении ОДБ г. Караганды

Данное заболевание актуально в настоящее время. Как можно увидеть на предоставленной гистограмме в период 2014-2017 годы число диагностированных случаев остается относительно на прежних величинах, т.е. заболевание сохраняет свои позиции. Причинами может быть высокая восприимчивость детского организма к различным вирусным инфекциям, снижение реактивности организма, большой процент сенсibilизации к различным аллергенам, антибиотикорезистентность, хронические заболевания.

Приводим историю болезни ребенка с диагнозом: Геморрагический васкулит. Кожно-суставная форма с абдоминальным синдромом. Активность 1 степени.

Больной С. 8 лет поступил в гематологическое отделение с жалобами: на боли в суставах, геморрагические высыпания, отек и деформация коленных и голеностопных суставов, субфебрильную температуру, снижение аппетита, слабость. Дебют заболевания через неделю после перенесенной вирусной инфекции.

При объективном осмотре на нижних и верхних конечностях отмечаются петехиальная, мелкопятнистая сыпь, симметричная, в области голени по задней поверхности единичные крупные ярко розовые пятна на плотном основании, мелкие геморрагии на подошвах, вокруг голеностопного сустава. Также отмечается отек и деформация коленных суставов, больше слева; отек и деформация голеностопных суставов, больше правого; отек и деформация правого локтевого сустава. Активные движения в суставах ограничены, кожа над ними не изменена. В зеве яркая гиперемия задней стенки глотки, миндалин, небных дужек, миндалины увеличены до 2 размера, рыхлые. По внутренним органам без патологии. Периферические лимфатические узлы, печень, селезенка не увеличены.

Лабораторно в гемограмме ускорение СОЭ до 15 мм/ч, лейкоцитоз до $12.1 \times 10^9/\text{л}$. Тромбоциты $338 \times 10^9/\text{л}$ (норма, что исключает тромбоцитопеническую пурпуру).

Было проведено патогенетическое и симптоматическое лечение:

-с антикоагулянтной целью назначен Гепарин в дозе 500 ЕД/кг 4 раза в день, через каждые 6 часов, подкожно.

-с целью улучшения микроциркуляции и реологии крови назначен Декстран 10%- 10 мл/кг, 1 раз в день, внутривенно капельно.

- с антиагрегантной целью Курантил 25 мг 3 раза в сутки перорально.

- с противовоспалительной и обезболивающей целью Диклоген 2 мг/ кг, 2 раза в день, внутримышечно.

На фоне данной терапии состояние стабилизировалось, суставной и кожно-геморрагический синдромы купировались. На 13-е сутки манифестация абдоминального синдрома. Больной жаловался на внезапные, острые, схваткообразные боли в области вокруг пупка. Приступы купировались анальгетической терапией.

В дальнейшем течение заболевания часто протекало с рецидивами кожно-геморрагического и абдоминального синдромов. Новые элементы геморрагических высыпаний появлялись на различных участках кожи.

23-е сутки заболевания. Учитывая тяжесть течения заболевания: частые рецидивы кожно-геморрагического синдрома, несмотря на интенсивное лечение, с целью купирования иммунно-патологического процесса был назначен преднизолон из расчета 2 мг/кг совместно с препаратами Панангин по 298 мг 3 раза в день, Алмагель 15 мл за 30 минут до приема преднизолона.

На фоне гормонотерапии отмечалась клиническая стабилизация состояния, регрессировали кожно-геморрагический и абдоминальный синдромы. Состояние больного улучшилось. Контрольные анализы в норме. Больной выписан на 48-е сутки в удовлетворительном состоянии.

За период нахождения в стационаре было несколько эпизодов рецидива кожно-геморрагического синдрома. Новые элементы сыпи возникали на новых участках кожи. Причиной этому может быть погрешности в диете и нарушения постельного режима. Наблюдение за больным показало, что применение преднизолона у больных с рецидивирующим течением геморрагического васкулита приводит к положительному результату за небольшой промежуток времени. Удалось добиться клинической стабилизации и регресса кожно-геморрагического и абдоминальных синдромов. Также предотвращено появление тяжелых осложнений (нефрит Шенлейна – Геноха).

Заключение:

Резюмируя вышеизложенное, можно прийти к выводу, что:

- в возникновении геморрагического васкулита большое значение принадлежит как экзогенным, так и эндогенным факторам. И при наличии сенсibilизации организма и генетической предрасположенности любой этиологический фактор может стать решающим в развитии болезни Шенлейна – Геноха. В основе патогенеза геморрагического васкулита лежат: гиперпродукция низкомолекулярных иммунных комплексов; активация комплемента; повышение проницаемости сосудов; повреждение эндотелия сосудов; активация тромбоцитов и гиперкоагуляция; развитие микротромбоваскулита.

- геморрагическому васкулиту предшествует продромальный период. Обычно за 1- 4 недели до заболевания больной переносит вирусную или бактериальную инфекцию (ангину, ОРВИ) или аллергическое воздействие (прием медикаментов, прививку, обострение аллергического заболевания).

- для кожного синдрома геморрагического васкулита характерно волнообразное течение. Могут появляться новые высыпания при нарушении постельного режима, после погрешности в диете. Обычно таких волн бывает от 3 до 5.

- поражение суставов проявляется одновременно с кожным синдромом или через несколько дней после него. Изменения в суставах держатся несколько дней (до 5-ти дней), затем проходят, не оставляя деформаций.

- абдоминальный синдром встречается у половины больных. Боль связана с кровоизлияниями в кишечник (субсерозный слой) и брыжейку, возникает внезапно, имеет схваткообразный характер без четкой локализации. Чаще боли вокруг пупка, реже бывают в правой подвздошной области, что может имитировать аппендицит или кишечную непроходимость. Абдоминальный синдром может рецидивировать. К рецидивам обычно

приводит погрешность в диете. Длительность абдоминального синдрома различна (от 2-3 волн до 10). Обычно рецидив болей сочетается с новыми высыпаниями на коже.

Предотвратить данное заболевание можно своевременной диагностикой и лечением различной вирусной и бактериальной инфекции, своевременной санацией очагов инфекции, повышением реактивности организма.

Библиографический список:

1. Баранов А.А. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с болезнью Шенлейна-Геноха. - 2015 г., с. 6
2. Ефремова О.А., Губарева Н.А. Эффективность применения свежемороженой плазмы при лечении геморрагического васкулита // Научные ведомости. – 2011. - №4. – С. 210
3. О.С. Третьякова Пурпура Шенлейна- Геноха у детей. Клинико-диагностические подходы// «Дитячий лікар». – 2011 - №5 (12)' С. 11
4. Омарова К.О., Абдилова Г.К., Манжуова Л.Н, Булабаева Г.Е., Нургалиев Д.Ж., Макалкина Л.Г. Клинический протокол диагностики и лечения Республики Казахстан «Геморрагический васкулит у детей» Казахстан - 2017 г. - с. 3
5. Шабалов Н.П. Детские болезни: учебник для вузов. 6-е изд., перераб. и доп., в двух томах, Т. 2. — СПб.:Питер, 2009. — с. 429.

Оригинальность 74%