

УДК 616.16–002.151–053.1(075.9)

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА

О.А. Ким, Р.Т. Джекесова

КГКП «Областная детская больница», г. Павлодар

Резюме

Описывается случай тяжелого течения геморрагического васкулита (ГВ) у девочки 10 лет. Особенности данного случая были манифестация ГВ с абдоминального синдрома с поздним появлением кожной пурпуры, тяжелое течение заболевания с высокой активностью нефрита. Длительная терапия преднизолоном позволила добиться ремиссии нефрита Шенлейна – Геноха. Ключевые слова: дети, геморрагический васкулит.

Тұжырым

ГЕМОРРАГИЯЛЫҚ ВАСКУЛИТТІҢ АУЫР АҒЫМЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ

Қыз балада 10 жылдар (гвалар) геморрагиялық васкулиттің ауыр ағымының жағдайы суреттеледі. Осы жағдайдың ерекшеліктерімен тері пурпурін кешірек пайда болуы бар абдоминалды синдромнан гваларының манифестациясы, нефриттің биік белсенділігімен ауруды ауыр ағымдар болды. Преднизолонмен ұзақ терапия Шенлейн-Геноханың нефриттің ремиссиясына қол жеткізуге мүмкіндік берді. Сөздің Ключевоеелері: балалар, геморрагиялық васкулит.

Summary

CASE OF SEVERE DURATION OF HEMORRHAGIC VASCULITIS

Clinical case of severe hemorrhagic vasculitis in 10 years old girl is presented. Special features of this particular case are manifestation from abdominal syndrome with deferred appearance of skin purpura, severe disease with high activity of nephritis. Long-term pulse therapy using prednisolon resulted in remission of Schonlein-Henoch nephritis. Key words: children, hemorrhagic vasculitis.

Введение

Геморрагический васкулит (ГВ или болезнь Шенлейна–Геноха) относится к группе системных васкулитов при котором поражаются мелкие сосуды (капилляры, венулы, артериолы). ГВ – наиболее часто встречающийся, преимущественно у детей, системный васкулит. Его частота у детей 13 случаев на 100 000 детского населения. В основе патогенеза ГВ лежит иммунокомплексный процесс с участием IgA и комплемента, которые, осаждаваясь на стенке капилляров, вызывают воспалительную реакцию, сопровождающуюся повышенной проницаемостью, экссудацией и диapedезом эритроцитов. Тяжесть в начале заболевания связана в основном с абдоминальным синдромом, который обусловлен нарушениями микроциркуляции в стенке кишечника и брыжейке, отеком и геморрагиями в стенке кишки. Абдоминальный синдром развивается примерно у половины больных ГВ и протекает с коликоподобными болями, иногда очень интенсивными и мучительными. В отдаленной перспективе прогноз заболевания зависит от вовлечения в процесс почек, которое отмечается в той или иной степени почти у 2/3 больных. Трудность диагностики ГВ может быть обусловлена отсроченным появлением сыпи, когда первыми проявлениями заболевания могут быть абдоминальный и/или суставной синдромы.

Приводим историю болезни ребенка, у которого особенности клинических проявлений ГВ вызывали трудности диагностики на начальных этапах вследствие позднего появления пурпуры. Кристина К., 10 лет, поступила в соматическое отделение ОДБ с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту. За неделю до поступления начала жаловаться на слабость, боли в животе, рвоту. Заболевание первоначально расценено как обострение хронического гастрита, так как девочка 6 месяцев назад лечилась по поводу гастрита со схожей симптоматикой. Амбулаторно были назначены метронидазол, антациды на фоне диеты. Однако боли в животе сохранялись, на 3-й день болезни девочка было госпитализирована в соматическое отделение. При поступлении в отделение определялась болезненность

при пальпации в эпигастрии, левом подреберье. По данным ЭФГДС – геморрагический гастрит. На 5-й день от момента заболевания появились отечность и болезненность голеностопных суставов. На 9-й день от начала заболевания появилась симметричная геморрагическая пятнисто-папулезная сыпь, местами сливного характера с элементами некрозов вокруг коленных и голеностопных суставов, на ягодицах, вокруг локтевых суставов. Отмечались ангионевротические отеки на волосистой части головы, предплечьях. При этом сохранялись боли в животе, отмечено появление разжиженного стула темно-коричневого цвета. В анализе крови обращали на себя внимание резкий лейкоцитоз ($18,2 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом влево и гипертромбоцитоз ($620,0 \times 10^9/\text{л}$), нормохромная анемия 92 г/л. Анализ мочи был без отклонений от нормы

Таким образом, у ребенка имели место типичные клинические и лабораторные проявления смешанной формы геморрагического васкулита с кожным, суставным и абдоминальным синдромом. Особенностью данного случая было отсроченное появление сыпи – только через 9 дней после появления первых жалоб. Тяжесть состояния была обусловлена повторными волнами обильных высыпаний с геморрагическими высыпаниями и некрозами в области стоп, голеней, ягодиц, рецидивирующими резко болезненными ангионевротическими отеками мягких тканей, а также не прекращающимися болями в животе по типу колик и явлениями колита. Пациентка получала стандартную для ГВ терапию – гепарин под кожу 250, затем 300/ЕД/кг/сутки, курантил 150 мг/сут, внутривенно инфузии глюкозо-новокаиновой смеси, реополиглюкина, но-шпы. Несмотря на крайне высокую активность геморрагического васкулита, анализы мочи оставались нормальными. Однако на 5-й неделе на фоне уменьшения сыпи и улучшения состояния по заболеванию, присоединились симптомы нефрита с высокой активностью – макрогематурия, протеинурия до 3 г/сут, умеренная лейкоцитурия. Дополнительные исследования позволили исключить диагноз СКВ. С момента манифестации нефрита была назначена терапия преднизолоном в дозе 2 мг/кг.

Постепенная положительная динамика отмечена только через 1,5 мес от начала лечения – протеинурия уменьшилась до 0,4 г/л, нормализовался уровень общего белка и альбуминов в сыворотке крови. Спустя 1 мес ремиссия нефрита была неполной: сохранялась незначительная протеинурия 0,045 г/л и эритроцитурия до 5-6 в п.з.

Самочувствие оставалось удовлетворительным, кожные высыпания и абдоминальный синдром не рецидивировали.

За время амбулаторного лечения после выписки из стационара, девочка постоянно получала курсы антиагрегантов (курантил, тромбо-асс). Последнее обследование проведено спустя 10 месяцев после манифестации ГВ. Самочувствие удовлетворительное. Гематурия отсутствовала.

Выводы:

Таким образом, можно выделить следующие особенности данного случая геморрагического васкулита:

1. Начало заболевания – с абдоминального синдрома и появление сыпи только на 9 день заболевания, чем были обусловлены трудности дифференциальной диагностики.

2. Достаточно позднее (на 5-й неделе от дебюта заболевания) присоединение поражения почек, высокой степени активности.

Литература

1. Лыскина Г.А., Зиновьева Г.А. Некоторые аспекты развития, течения и лечения болезни Шенлейна–Геноха у детей. Педиатрия. 2010; 6.

2. Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы. — М., 1988. — 528 с.