

СЕКЦИЯ ГЕМАТОЛОГИИ

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ: ОТ СИНДРОМА К ДИАГНОЗУ И ЛЕЧЕНИЮ

Сигунова Д. А., 6 курс, педиатрический факультет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Жукова Л.Ю.

Кафедра факультетской педиатрии

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность исследования: обусловлена необходимостью установления причины тромбоцитопении, приводящей к развитию кровоточивости петехиально-пятнистого типа у детей, для верификации диагноза и оптимизации терапии.

Цель: анализ причин возникновения тромбоцитопенического синдрома и эффективности его коррекции у детей Санкт-Петербурга в современных условиях.

Материал и методы: в исследование включено 196 детей (112; 57% мальчиков и 84; 43% девочек) в возрасте от 2 мес. до 17 лет 11 мес. с впервые выявленным геморрагическим синдромом петехиально-пятнистого типа, обусловленным тромбоцитопенией, экстренно госпитализированных в отделение общей гематологии ГБУЗ ДГБ 1 СПб в 2017-2019 гг. На основании общепринятых алгоритмов диагностики с учетом результатов общеклинических и специальных (морфологических, серологических, вирусологических, иммунологических, генетических) исследований нами сформировано две группы пациентов — с вторичными (синдромальными) ТП и иммунной тромбоцитопенией (диагноз исключения).

Результаты: иммунная тромбоцитопения (ИТП), верифицирована у 112(57%) больных. С учетом анамнеза заболевания (особенности дебюта, триггеры) у 85(43%) пациентов ИТП предположительно расценивалась как гетероиммунная (острое внезапное начало, стремительное прогрессирование геморрагического синдрома, наличие предшествующих острых респираторных инфекций или вакцинации, соотношение мальчики:девочки 2:1), у 27 (14%) как аутоиммунная (постепенная манифестация геморрагического синдрома, отсутствие явных триггеров заболевания, соотношение мальчики:девочки 1:4). Терапия первой линии (внутривенные высокодозные иммуноглобулины, кортикостероиды) оказалась эффективной у 94 (84%) больных ИТП, катamnестически все эти пациенты до настоящего времени сохраняют полную ремиссию заболевания. У 18 (16%) наблюдалось затяжное/хроническое течение ИТП, в ряде случаев требующее ревизии диагноза и модификации терапии. Вторичная ТП диагностирована у 84 обследованных (43% от общего числа больных). У большинства детей этой группы (73; 87%) триггерами заболевания явились специфические инфекции, из них 55(75%) выявлены моноинфекции, у 18(25%) микстовые вирусные инфекции. Были диагностированы специфические вирусные инфекции, обусловленные вирусами герпеса человека, парвовирусом В19 и ВИЧ. По показаниям в схемы терапии включали противовирусные препараты и гипериммунные внутривенные иммуноглобулины. У 11(13%) детей связь с инфекциями отсутствовала, верифицирована орфанная патология: лимфопролиферативные заболевания (3), синдром Эванса (2), анемия Фанкони (1), болезнь Гоше (1), наследственные тромбоцитопатии, сопровождающиеся тромбоцитопенией (4;синдром Вискотта-Олдрича, Х-сцепленная тромбоцитопения, синдром Бернара-Сулье, синдром МУН 9). Лечение пациентов проводилось в соответствии с характером основного заболевания.

Выводы: поиск причин развития тромбоцитопении необходим у каждого впервые выявленного больного для исключения прогностически неблагоприятных заболеваний и оптимизации терапии.

Литература

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению иммунной тромбоцитопенической пурпуры у детей. М., 2015 — 23 с.

2. Angel A. Justiz Vaillant; Nagendra Gupta. ITP-Immune Thrombocytopenic Purpura. StatPearls Publishing. 2020;
3. Gurpreet Singh, Deepak Bansal, Nicola A M Wright. Immune Thrombocytopenia in Children: Consensus and Controversies. Indian J Pediatr. 2020 Feb;87(2):150-157