

## ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

© *Иванова Валерия Эдуардовна, Мамченкова Элина Викторовна*

Научный руководитель: к.м.н., доцент Солодкова И.В., к.м.н., доцент Дубко М.Ф.  
Кафедра госпитальной педиатрии.  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Контактная информация:** Иванова Валерия Эдуардовна, студентка 6 курса, педиатрический факультет.  
E-mail: leraivanova968@gmail.com  
Мамченкова Элина Викторовна, студентка 6 курса, педиатрический факультет.  
E-mail: sudnikovaevspb@mail.ru

**Ключевые слова:** дети, тромбоз глубоких вен.

**Актуальность исследования:** большинство педиатров могут признаться, что слово «тромбоз», как и слова «инфаркт» и «инсульт» трудно ассоциируются с детским возрастом. Частота тромбозов среди детей не превышает 1–5 случаев на 100000 детской популяции в год [4]. Частота тромбозов у детей первых 6 месяцев жизни 5:100000 новорожденных [1, 2]. Частота венозных тромбозов у детей после года 0,7–1,9:100000 в год; из них до 30% бессимптомных [3]. Учитывая высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, связанных с тромбозом и трудности своевременного выявления патологии, делают вопрос ведения пациентов с тромбозом особенно актуальным.

**Цель исследования:** 1) изучить наличие нарушения липидного обмена у детей с подтвержденным диагнозом тромбоза глубоких вен; 2) изучить наличие признаков воспаления; 3) выявить наличие признаков анемии.

**Материалы и методы:** истории болезни 60 пациентов в возрасте от 1 года до 18 лет с диагнозом «Тромбоз глубоких вен». Были проанализированы гендерные характеристики, основные и сопутствующие заболевания пациентов, локализация тромбоза, результаты лабораторных методов исследования.

### Результаты:

1. Мальчики 9 человек, девочки=15 человек. Соотношение девочек и мальчиков 1,6: 1,0 соответственно. Средний возраст=14,9 (5,3–20) лет.
2. Нарушения липидного спектра у 1 (холестерин более 5,1).
3. Анемия не выявлена ни у кого (уровень гемоглобина у всех детей выше 110 г/л).
4. Снижение MCV у 6 детей (25%). Снижение MCH у 6 детей (25%). У 5 детей из 6 (83,3%) снижены оба эти показателя.
5. У 5 детей (20,8%) отмечаются признаки воспалительной реакции по лабораторным данным (СОЭ, СРБ, а2 фракция). У 4 детей (16,6%) признаки латентного дефицита железа совпадают с воспалительной активностью.

### Выводы:

1. Гипотеза о нарушении липидного обмена у детей с тромбозом не нашла своего подтверждения
2. 25% детей с тромбозом имеют признаки железодефицитного эритропоэза, следовательно врачам при лечении детей нужно расширить круг обследования железистого комплекса.
3. Более 20% детей имеют признаки лабораторного воспалительного ответа, которые не могут быть объяснены интеркуррентной инфекцией или хроническим очагом инфекции.
4. Не отмечается преимущественно локализации тромбоза, в исследовании встречается тромбоз глубокой вены бедра, поверхностной вены голени, подключичной вены и т.д.

### Литература

1. Клинические рекомендации. Детская гематология / под ред. А.Г. Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 656 с.: ил.
2. Хасанова, Н. А. Предиктивные возможности шкал оценки риска венозных тромбозомболических осложнений у онкологических пациентов / Н. А. Хасанова // Forcipe. — 2021. — Т. 4. — № S1. — С. 864–865. — EDN KOYYDP.

3. Schulman S., Konstantinides S., Yu Hu, Tang L.V. Venous thromboembolic diseases: diagnosis, management and thrombophilia testing Evidence review A NICE Guideline // *Thrombosis and Haemostasis*. — 2020. — No.120. — P. 1143–1146.
4. Nowak-Gottl U., Junker R., Kreuz W., et al. Risk of recurrent venous thrombosis in children with combined prothrombotic risk factors // *Blood*. — 2001. — Vol. 97. — P. 858–862.