

Клинический случай геморрагического васкулита с нетипичным началом заболевания

Бурляй Денис Альбертович, Бабко Александр Юрьевич, Григорян Эмма Степановна, Нечаева Анна Сергеевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Гордеева Ольга Борисовна

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва

НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», Москва

Актуальность. Геморрагический васкулит (ГВ), относящийся к дермальным васкулитам и проявляющийся неспецифическим воспалением стенок кровеносных сосудов разного калибра, является наиболее частой патологией у детей. По частоте встречаемости занимает 1-е место среди системных васкулитов.

Цель исследования. Описание клинического случая геморрагического васкулита с нетипичным началом.

Пациенты и методы. Мальчик, 14 лет, обратился к педиатру с жалобами на высыпания на ягодицах, нижних конечностях, болями в области правого голеностопного и правого локтевого суставов. Из анамнеза заболевания известно, что 3 нед назад был эпизод фебрильной температуры, которая на третий день купировалась самостоятельно, диспепсические проявления. Через 2 нед появились высыпания мелкоточечного характера, ярко-красного цвета, локализованные в области бедер. В дальнейшем беспокоили боли в животе, мышцах, артралгии. В клиническом анализе крови — показатели в пределах референсных интервалов (РИ), С-реактивный белок — 10,7 (РИ 0–5 мг/л), в общем анализе мочи — умеренная гематурия (эритроциты — 250/мкл), остальные показатели без изменений. При осмотре — в области ягодиц, задней поверхности бедер, на голенях обеих нижних конечностей множественные элементы: мелкие плотные папулы с гладкой поверхностью буровато-красного оттенка, без слияния, единичные везикулы с прозрачной жидкостью, ряд элементов, покрытых чешуйками с кровоточивостью. Консультирован дерматологом, выставлен диагноз: «Кожный васкулит?». Рекомендовано дополнительное обследование. Через двое суток вновь обратился к педиатру в связи с появлением отечности голеностопных суставов, стоп, левой кисти. При осмотре — единичные геморрагические элементы в обла-

сти голеностопных суставов и стоп. При ходьбе щадит левую нижнюю конечность. Болезненность при пальпации мышц конечностей. Лабораторное обследование: D-димер — 2,67 (РИ до 0,5 мкг/мл), фибриноген — 5,32 (РИ 2–4 г/л), агрегация тромбоцитов с тромбином — 73 (85–106 U), с АДФ — 54 (62–83 U), с арахидоновой кислотой 89 (86–102 U). По данным инструментального обследования (УЗИ брюшной полости) выявлены признаки небольшого увеличения размеров селезенки и поджелудочной железы. Выставлен диагноз: «D69.0 Аллергическая пурпура (болезнь Шенлейна – Геноха). Геморрагический васкулит, активность II–III степени, смешанная форма (синдромы кожный, суставной, абдоминальный, почечный), острое течение». Пациент был направлен на госпитализацию в стационар.

Результаты. Воспалительные поражения сосудов кожи и подкожной клетчатки (ангииты/васкулиты) занимают важное место среди дерматозов. ГВ относится к поверхностным аллергическим васкулитам, ограниченным кожей. Следует также учитывать проявления изолированного кожного лейкоцитокластического васкулита без признаков системного васкулита, что усложняет проведение дифференциальной диагностики. ГВ является вазопатией инфекционно-аллергической природы и характеризуется полиморфизмом клинических проявлений, а частые повторные заболевания интеркуррентными инфекциями способствуют высокому риску развития данной патологии.

Заключение. Данный случай показывает важность осторожности врачей, особенно первичного звена, в отношении развития сочетанной патологии после перенесенных вирусных инфекций. Одной из проблем в постановке диагноза ГВ являются стертость клинической картины на начальных этапах заболевания, а также возможные нетипичные кожные проявления.