

ID: 2017-06-8-T-14606

Тезис

Соколова В.М., Байтман Т.П., Богова В.С., Шерстнев Д.Г.

Первичная иммунная тромбоцитопения: особенности течения у беременных. Описание клинического случая

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра профпатологии, гематологии и клинической фармакологии

Научный руководитель: д.м.н. Шелехова Т.В.

Актуальность. Первичная иммунная тромбоцитопения (ИТП) – это заболевание, представляющее собой изолированную иммуноопосредованную тромбоцитопению возникающую и/или сохраняющуюся без каких-либо явных причин, с геморрагическим синдромом различной степени выраженности или без него. В ее развитии лежат нарушения в иммунной системе, проявляющиеся в дефектах распознавания собственных рецепторов тромбоцитов и их предшественников мегакариоцитов, выработке к ним аутоантител. ИТП частый диагноз у женщин детородного возраста. Беременность и роды могут спровоцировать рецидив заболевания.

Цель и задачи: провести анализ особенностей течения ИТП у беременных и вариантов ее лечения.

Материал и методы. В работе представлен результат ретроспективного анализа терапии беременной женщины с синдромом тромбоцитопении.

В данной работе приводится клинический случай течения ИТП у пациентки 18 лет.

Описание клинического случая. Пациентка С. 21.11.1998 г. р. Диагноз идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура установлен в 2012 г. Терапия ГКС с достижением полного ответа. В 2016 году во время беременности, прогрессия заболевания. Резистентность к ГКС. Терапия ВВИГ с кратковременным эффектом. 12.12.2016 года – первые срочные роды. С 09 января 2017 года, появление обильных кровянистых выделений из половых путей.

12.01.2017г. пациентка была госпитализирована в реанимацию № 2 ОКБ с маточным кровотечением, в ОАК (эритроциты $1,35 \times 10^{12}/л$, Hb – 35 г/л, тромбоциты $3 \times 10^9/л$, лейкоциты $18,3 \times 10^9/л$). В условиях реанимации ОКБ проводилось лечение: гемотрансфузии эритроцитарной массы, тромбоконцентрата, СЗП, введение ВВИГ, терапия ГКС. 20 января 2017 пациентка выписана с минимальным кожно-геморрагическим синдромом, отсутствием маточного кровотечения.

Консультация гематолога от 30.01.2017: ОАК (эритроциты $3,3 \times 10^{12}/л$, Hb – 100 г/л, тромбоциты $15 \times 10^9/л$, лейкоциты $12,3 \times 10^9/л$). Учитывая резистентность к первым линиям терапии ИТП, рекомендовано по жизненным показаниям проведение терапии ромипластимом в дозировке 250мкг п/к 1р/сут. каждые 7 дней.

Выводы. При ИТП беременность сопряжена с повышенным риском для матери и ребенка, о чем следует предупреждать пациентов. Женщинам с диагнозом ИТП необходимо пройти адекватное обследование до беременности, планировать ее наступление в период ремиссии, постоянно наблюдаться в кабинете гематолога. При необходимости проводить коррекцию терапии.

Ключевые слова: иммунная тромбоцитопения, беременность