

В группе пациентов с ХГН установлена положительная корреляционная зависимость от степени эритроцитурии уровня МДА в эритроцитах ( $R=0,67$ ,  $p=0,025$ ) и в плазме крови ( $R=0,91$ ,  $p=0,0002$ ).

Выводы:

При ОГН и ХГН отмечается повышение активности процессов ПОЛ.

Содержание ДК в эритроцитах при ХГН повышается по мере увеличения длительности заболевания.

Сохранение клинико-лабораторных проявлений ОГН более 3 месяцев характеризуется повышением уровня МДА в эритроцитах крови пациентов.

При хроническом течении заболевания установлена связь содержания первичных и вторичных продуктов ПОЛ с наличием гематурии разной степени при поступлении в стационар.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ДЕБЮТА И ЛЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ДЕТЕЙ**

*Лашковская Т.А.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Республика Беларусь

Системная красная волчанка (СКВ) – одно из наиболее тяжелых заболеваний из группы диффузных болезней соединительной ткани, характеризующееся образованием широкого спектра антител к собственным тканям и поражением практически всех органов и систем [1].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинического дебюта и терапии СКВ у детей, находившихся на лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в 2000-2010 годах.

Диагноз СКВ был выставлен 12 детям (5 мальчикам и 7 девочкам). На момент дебюта заболевания возраст детей с СКВ составил  $11,6 \pm 1,3$  года. У всех детей начало заболевания приходилось на весенне-летний период, продолжительность заболеваний составила к 2011 году  $8,2 \pm 1,1$  года.

Клинический дебют системной красной волчанки чрезвычайно разнообразен [1, 3]. Поражение кожи и ее придатков наблюдается у подавляющего большинства больных [4]. Эритематозные высыпания на лице в области скуловых дуг и переносицы (волчаночная «бабочка») отмечались у всех детей. У 4 детей диагностировано поражение красной каймы губ – люпус-хейлит. У 2 – имели место поражения слизистой оболочки полости рта, которые проявлялись эритематозными пятнами с четкими границами с эрозивным центром, а также петехиальной сыпью, локализованной в области твердого неба. У 4 девочек-подростков после пребывания на солнце

отмечалось появление сыпи на открытых участках тела в области «декольте». Капилляриты ладоней и подошвенной поверхности стоп выявлены у 6 детей. Единичные элементы геморрагической петехиальной сыпи на туловище и конечностях имели место у 5 подростков.

Поражение сердечно-сосудистой системы характерно для СКВ [1, 3]. При люпус-кардите поражаются все оболочки сердца. Для детей и подростков, в первую очередь характерно поражение миокарда (практически в 100% случаев); миоперикардит отмечается в 25-40% случаев, панкардит – в 46% [2, 3]. У половины пролеченных детей СКВ сопровождалась поражением сердца: у 4 диагностирован миокардит, у 2 – панкардит с сердечной недостаточностью IIА степени.

Поражение почек (волчаночный нефрит, люпус-нефрит) наблюдается в 70% случаев [2]. Клинически у детей встречаются различные варианты поражения почек: нефрит с нефротическим или нефритическим синдромом, изолированным мочевым синдромом [1, 2]. У 5 из наблюдаемых детей диагностирован люпус-нефрит: у 2 – нефротический синдром. Двум детям проведена нефробиопсия и выявлен диффузный пролиферативный гломерулонефрит (IV класс). У одного подростка в дебюте заболевания имел место изолированный мочевого синдром.

Артриты или артралгии наблюдаются у 80-95% больных [1, 3]. Для СКВ у детей характерно симметричное (реже асимметричное) поражение коленных, лучезапястных и межфаланговых суставов кистей; реже локтевых, плечевых и других суставов. Возможно наличие кратковременного чувства «утренней скованности», развитие умеренных контрактур [4]. Миалгии, реже слабость, преимущественно в симметричных проксимальных мышцах конечностей наблюдается более чем у половины больных СКВ [2, 3].

Артриты с поражением голеностопных и коленных суставов диагностированы у 4 детей с СКВ, у остальных – артралгии. Мышечная слабость в проксимальных отделах мышц нижних конечностей в дебюте СКВ отмечалась у одного подростка.

Поражение легких и плевры наблюдается у 30-50% детей с СКВ и проявляется обычно двусторонним чаще сухим плевритом, волчаночным пневмонитом и/или интерстициальной пневмонией. Крайне редко развивается тяжелый угрожающий жизни больного геморрагический альвеолит. У детей чаще всего встречаются бессимптомные формы течения волчаночного пневмонита, физикальные признаки поражения легких могут отсутствовать или быть весьма скудными [1, 3]. Поражение легких и плевры диагностировано у 4 пролеченных нами детей с СКВ.

Нервная система поражается у 50-80% больных СКВ [1, 3]. Возможны нарушения когнитивных функций (памяти, внимания, мышления), снижение интеллекта, эмоциональная лабильность, раздражительность, апатия, депрессия, головные боли, в том числе мигренозного характера. При высокой активности процесса могут развиваться психозы [1]. В 15-20% случаев возникают судорожные припадки, в 10-15% - полиневропатия

[3]. Вовлечение в процесс нервной системы наблюдалось у каждого четвертого подростка с СКВ.

Поражение желудочно-кишечного тракта возникает в 25-40% случаев и проявляется тошнотой, рвотой, дисфагией, болью в животе [3, 4]. Нередко выявляется поражение слизистой оболочки пищевода, желудка, 12-перстной кишки, иногда с образованием эрозий и язв. У 1/2-1/3 диагностируют умеренную гепатомегалию [1, 3, 4]. Поражение печени (люпус-гепатит) имел место у 2 детей, у 2 выявлены клинические и лабораторные признаки панкреатита.

У всех пролеченных детей с СКВ выявлялась генерализованная лимфаденопатия. Двое девочек-подростков до поступления в стационар в дебюте СКВ отмечали снижение прибавки массы тела.

Лечение детей с СКВ направлено на снижение активности патологического процесса, индукцию и поддержание клинико-лабораторной ремиссии, профилактику рецидивов [1, 3, 4].

При верификации диагноза СКВ всем детям в зависимости от степени тяжести были назначены глюкокортикоиды (преднизолон) в дозе 0,5-2 мг/кг/сут. Высокая степень активности СКВ потребовала проведения четырех подросткам пульс-терапии метилпреднизолоном в дозе 500-1000 мг/сут в течение 3 последующих дней.

Четыре ребенка в составе комплексной терапии СКВ наряду с глюкокортикоидами получали цитостатики (метотрексат – 10 мг/м<sup>2</sup> поверхности тела 1 раз в неделю, лейкеран в дозе 0,2 мг/кг/сут).

Все дети с СКВ получали препараты улучшающие микроциркуляцию (дипиридамол в дозе 3-5 мг/кг/сут, пентоксифиллин - 5-10 мг/кг/сут). Детям с люпус-нефритом, сопровождающимся вторичной артериальной гипертензией, назначались гипотензивные препараты (энам в дозе 0,1 мг/кг/сут, амлодипин – 5 мг/сут).

Учитывая длительную терапию глюкокортикоидами все пациенты с СКВ, принимали препараты кальция, калия, а также препараты, защищающие слизистую оболочку желудка и 12-перстной кишки (омепразол, гефал, де-нол).

Таким образом, лечение СКВ должно быть комплексным и длительным. В настоящее время 5 детей получают поддерживающие дозы преднизолона (5-15 мг/сут). Один ребенок умер в возрасте 15 лет от прогрессирующей хронической почечной недостаточности.

Больные с СКВ должны избегать пребывания на солнце, обучаться на дому. Им также противопоказано проведение профилактических прививок и назначение препаратов, влияющих на иммунитет (препаратов интерферона, других иммуномодуляторов).

Выводы:

Наиболее частыми клиническими проявлениями дебюта СКВ являются: люпус-дерматит, поражение сердца в виде миоперикардита, люпус-нефрит.

Лечение СКВ должно быть комплексным, требует длительной иммуносупрессивной терапии.

Литература:

1. Баранов, А.А. Детская ревматология: руководство для врачей / А.А. Баранов, Л.К. Баженова. – Москва: медицина, 2002. – 234 с.
2. Карташева, В.И. Волчаночный нефрит у детей / В.И. Карташева. – Москва, Медицина, 1999. – 189 с.
3. Педиатрия: клинические рекомендации / А.А. Баранов [и др.]; под ред. А.А. Баранова. – Москва, ГОЭТАР-Медия, 2006. – С. 156-180.
4. Педиатрия (Системная красная волчанка): клинические рекомендации / А.А. Баранов [и др.]; под ред. А.А. Баранова. – Москва, ГОЭТАР-Медия, 2005. – 20 с.

## **РОЛЬ АНТИКОАГУЛЯНТНЫХ ПРОТЕИНОВ С И S В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОЗДНИХ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ**

*Максимчик Н.И.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Республика Беларусь

По данным исследований, более чем 80% больных детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа имеют специфические сосудистые осложнения со стороны глаз, почек и нервной системы – диабетические ангиопатии [1].

Важную роль в развитии диабетических микроангиопатий играет состояние системы гемостаза, и, в частности, ее сосудисто-тромбоцитарное звено, осуществляющее первичный гемостаз, от которого во многом зависит состояние микроциркуляторного русла [2].

Целью работы было определение состояния антикоагулянтной системы крови по уровню С и S протеинов при сахарном диабете 1 типа у детей.

Материалы и методы:

Определение состояния антикоагулянтной системы проводилось у детей с сахарным диабетом 1 типа, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2008 по 2011 г.г. Обследовано 76 пациентов в возрасте от 4 до 16 лет (средний возраст больных в исследовании составил  $10,7 \pm 2,9$  лет), из них 35 девочек (средний возраст -  $11,3 \pm 1,8$  лет) и 41 мальчик (средний возраст -  $10,2 \pm 2,3$  лет) с длительностью заболевания от нескольких недель до 9 лет.