

### **Заключение**

Несомненно, проблема здоровья детей, рожденных вследствие применения ЭКО, является важной и малоизученной. Эти дети, по данным литературы, чаще рождаются незрелыми, с признаками внутриутробной инфекции, гипотрофии. В дальнейшем наиболее частое нарушение здоровья у этих детей – заболевания респираторного тракта.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Kurinczuk, J. J. Safety issues in assisted reproduction technology / J. J. Kurinczuk // Human reproduction. – 2003 – № 18 (5). – P. 925–931.
2. Катамнестическое наблюдение за уровнем здоровья и развития детей, рожденных методом ЭКО / Н. Х. Жамлиханов [и др.] // Здоровоохранение Чувашии. – 2021. – № 2. – С. 3–14.
3. Васильева, Е. И. Особенности состояния здоровья детей и матерей, использовавших технологию экстракорпорального оплодотворения / Е. И. Васильева, Н. А. Васильев // Студент года 2019 : сборник статей Международного научно-исследовательского конкурса : в 3 ч., Петрозаводск, 17 ноября 2019 года. – Петрозаводск : Международный центр научного партнерства «Новая Наука», 2019. – Ч. 1. – С. 232–237.
4. Hospital utilization, costs and mortality rates during the first 5 years of life: a population study of ART and non-ART singletons / G. M. Chambers [et al.] // Hum. Reprod. – 2014. – Vol. 29 (3). – P. 601–610.
5. Михеева, Е. М. Заболеваемость детей раннего возраста, родившихся с применением вспомогательных репродуктивных технологий / Е. М. Михеева, Н. И. Пенкина // Практическая медицина. – 2023. – Т. 21, № 6. – С. 27–31.

**УДК 616.72-002-053.4**

**А. И. Зарянкина, Н. А. Осмоловская**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **ТЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПОЛУЧАЮЩИХ МЕТОТРЕКСАТ/АДАЛИМУМАБ**

#### **Введение**

Ювенильный артрит – это тяжелое деструктивно-воспалительное заболевание суставов, развивающееся у детей в возрасте до 16 лет при исключении других ревматических заболеваний, приводящее к инвалидизации [1].

В 1997 г. в классификацию Всемирной антиревматической лиги (ILAR) введен термин «ювенильный идиопатический артрит» (ЮИА). ЮИА представляет собой гетерогенную группу заболеваний, начавшихся до шестнадцатилетнего возраста, неясной этиологии, ведущим проявлением которых является хронический, преимущественно прогрессирующий суставной синдром, длящийся более 6 нед. [2].

Основным клиническим проявлением ЮИА является артрит. У детей чаще поражаются крупные и средние суставы (тазобедренные, коленные, голеностопные, локтевые, лучезапястные), реже шейный отдел позвоночника, челюстно-височные суставы.

Медикаментозная лечение включает применение симптоматической и патогенетической терапии. Препараты симптоматической терапии: нестероидные противовоспалительные (НПВП) и глюкокортикостероиды (ГКС). Препараты патогенетической терапии: нецитотоксические (сульфасалазин, циклоспорин, лефлуномид), цитотоксические (метотрексат) и биологические агенты. НПВП и ГКС купируют боль, но не предотвращают прогрессирование процесса, деструкцию суставов.

Иммunosuppressивная терапия направлена на предотвращение прогрессирования деструктивного процесса в суставах, снижая риск развития инвалидизации.

На сегодняшний день «золотым» стандартом базисной противовоспалительной терапии ЮИА является применение метотрексата – наиболее часто используемой терапии.

В последние годы в педиатрическую ревматологию вводятся биологические агенты – препараты, действие которых направлено на специфические субстанции, участвующие в иммунологических процессах и развитии реакции воспаления.

Адалimumаб («Хумира») – рекомбинантное моноклональное антитело, пептидная последовательность которого идентична IgG1 человека. Селективно связываясь с ФНО, блокирует его взаимодействие с поверхностными клеточными p55 и p75 рецепторами и нейтрализует функции ФНО. Изменяет ответные биологические реакции, которые контролируются ФНО, включая изменения молекул адгезии, вызывающих миграцию лейкоцитов. Снижает показатели С-реактивного белка, СОЭ, сывороточных цитокинов (ИЛ-6), матриксных металлопротеаз 1 и 3 [3].

### **Цель**

Изучить клиничко-лабораторно-инструментальные данные детей с ЮИА, получающих иммуносупрессивную терапию препаратом метотрексата и биологическую терапию препаратом адалimumаба («Хумира»).

### **Материал и методы исследования**

Исследование проведено в У «Гомельская областная детская клиническая больница». Было проанализировано 29 медицинских карт стационарного пациента детей раннего возраста (первых трех лет жизни) с ЮИА, проходивших обследование и лечение в педиатрическом отделении № 2 (кардиоревматологический профиль) в период 2022–2023 гг.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В выборку вошли дети, получавшие в качестве базисной терапии метотрексат/адалimumаб («Хумира»). Метотрексат получали 24 пациента (82,7%), адалimumаб (хумира) – 5 детей (17,3%).

В группе детей, получающих метотрексат, в 58,3% (14 детям) случаев препарат был назначен сразу после установления диагноза, 10 детей (41,7%) первой линией терапии получали глюкокортикостероиды с последующим переходом на метотрексат. Из них 25,0% (6 пациентов) составили лица мужского пола, 75,0% (18 пациентов) – женского.

Анамнез заболевания показал, что в 79,2% случаев (19 детей) заболевание стартовало как ЮИА, в 20,8% случаев (5 детей) – как реактивный артрит.

Клиническая картина ЮИА при госпитализации характеризовалась: олигоартикулярным вариантом в 66,6% случаев (у 16 пациентов), полиартикулярным – в 29,2% случаев (у 7 пациентов), 1 пациент (4,2%) имел системный вариант. Серонегативный вариант ЮИА наблюдался в 87,5% случаев (у 21 пациента), серопозитивный – в 12,5% (у 3 пациентов).

Быстро прогрессирующее течение ЮИА отмечалось в 58,3% случаев (у 14 пациентов), медленно прогрессирующее – в 41,7% (у 10 пациентов).

Оценка степени активности клинических проявлений ЮИА показала: наличие первой степени активности – в 58,3% случаев (у 14 детей), вторая степень активности – в 29,2% (у 7 детей), третья – в 4,2% (у 1 пациента), у 2 детей (8,3%) была неактивная фаза заболевания.

Локальный статус характеризовался: выраженными признаками воспаления (ограничением движений, болезненностью при движениях, увеличением в объеме суставов,

контрактурами, хромотой, местным повышением температуры) у 12 детей (50,0%); 8 детей (33,3%) не имели местных признаков воспаления (движения в полном объеме, безболезненные, отсутствие контрактур и местного повышения температуры); 3 ребенка (12,5%) имели увеличенные в объеме суставы, без деформаций, болезненности и ограничений движений, без местного повышения температуры; у 1 пациента (4,2%) с системным вариантом отмечался местный отек, ограничение движений, мелкопятнистая сыпь на фоне повышения температуры тела.

В общем анализе крови у детей раннего возраста с ЮИА наблюдались следующие изменения: анемия – в 25,0% случаев (у 6 пациентов), лейкоцитоз – в 25,0% (у 6 пациентов), тромбоцитоз – в 16,7% (у 4 пациента), ускоренное СОЭ – в 33,3% случаев (у 8 пациентов).

Рентгенологическая стадия течения процесса отражена в таблице 1.

Таблица 1 – Рентгенологическая стадия ЮИА у детей, получающих метотрексат

Рентгенологическая стадия	0	1	2	3	4
Количество детей, чел.	5	14	5	0	0
Количество детей, %	29,2	58,3	29,2	0	0

В группе детей, получающих адалимумаб («Хумиру»), в 100,0% случаев предшествовало назначение глюкокортикостероидов/метотрексата. Лечение ЮИА в 80% случаев (4 чел.) началось с метотрексата, но на протяжении 6 мес. приема препарата эффекта не было. В связи с этим был проведен республиканский консилиум и назначен адалимумаб («Хумира»). У 20% (1 чел.) «Хумира» была в качестве основного препарата изначально.

Анализируемую группу составили 2 пациента (40,0%) мужского пола, 3 пациента (60,0%) – женского.

Анамнез заболевания показал, что в 60,0% случаев (3 детей) заболевание стартовало в виде ЮИА, в 40% случаев (2 детей) – как реактивный артрит.

Клиническая картина характеризовалась: олигоартикулярным вариантом в 60,0% случаев (у 3 пациентов), полиартикулярным – в 40,0% случаев (у 2 пациентов). Серонегативный вариант ЮИА наблюдался в 100,0% случаев (у 5 пациентов).

Быстро прогрессирующее течение ЮИА отмечалось в 100% случаев (у 5 пациентов).

Оценка степени активности клинических проявлений ЮИА показала: наличие первой степени активности в 40,0% случаев (у 2 детей), второй степени активности – в 40,0% (у 2 детей), третьей – в 20,0% (у 1 пациента).

Локальный статус характеризовался: выраженными признаками воспаления (ограничением движений, болезненностью при движениях, увеличением в объем суставов, контрактурами, хромотой, местным повышением температуры) у 1 ребенка (20,0%); 1 ребенок (20,0%) не имел местных признаков воспаления (движения в полном объеме, безболезненные, отсутствие контрактур и местного повышения температуры); 2 ребенка (40,0%) имели увеличенные в объеме суставы, без деформаций, болезненности и ограничений движений, без местного повышения температуры; у 1 пациента (20,0%) наблюдалась контрактура и наличие отека над суставом. В общем анализе крови у детей раннего возраста с ЮИА наблюдались следующие изменения: анемия – в 40,0% случаев (у 2 пациентов), лейкоцитоз – 20,0% (у 1 пациента), нейтрофилез – в 20,0% (у 1 пациента).

Рентгенологическая стадия течения процесса отражена в таблице 2.

Таблица 2 – Рентгенологическая стадия ЮИА у детей, получающих адалимумаб

Рентгенологическая стадия	0	1	2	3	4
Количества детей, чел.	1	3	1	0	0
Количества детей, %	20	60	20	0	0

### **Заключение**

Оценка клинико-лабораторно-инструментальных данных госпитализированных детей раннего возраста с ЮИА, принимающих в качестве базисной терапии метотрексат, показала, что госпитализируются дети преимущественно с олигоартикулярным вариантом, серонегативным процессом, 1 ст. активности, в половине случаев с местным обострением процесса, умеренными изменениями в общем анализе крови воспалительного характера. Метотрексат как базисная терапия ЮИА у детей показал высокую противовоспалительную активность. Для детей, не отвечающих на прием метотрексата, препаратом выбора является адалимумаб («Хумира»).

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Revision of the proposed classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: Durban, 1997 / R. E. Petty [et al.] // J Rheumatol. – 1998. – Vol. 25 (10). – P. 1991–1994.
2. Салугина, С. О. Нозологическая диагностика ювенильного артрита на разных этапах наблюдения / С. О. Салугина // Современная ревматология. – 2010. – № 3. – С. 22–28.
3. Ювенильные артриты: диагностика и лечение / Л. Н. Игишева [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. – 2017. – № 1 (68). – С. 48–61.

УДК 616.5-002-071.1-056.45-053.2

*А. И. Зарянкина, П. С. Садченко, Д. С. Ильюшенко*

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **РОЛЬ СЕМЕЙНОГО АЛЛЕРГОАНАМНЕЗА В РАЗВИТИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ**

#### **Введение**

С учетом значительного увеличения распространенности хронических аллергических заболеваний, в том числе атопического дерматита (АтД), большое внимание в развитии заболевания уделяется взаимодействию генетических факторов и факторов окружающей среды [1]. Влияние генетических факторов усиливается «западным стилем» жизни, связанным с загрязнением окружающей среды, экспозицией ингаляционных аллергенов, проживанием в городе, современными «стандартами жизни» (применение центральных отопительных систем, двойное остекление окон, наличие ковров и ковровых покрытий, кондиционеров), способствующими увеличению концентрации аллергенов и раздражающих веществ внутри помещений; частыми ОРИ; психологической обстановкой в семье [2]. Изменение образа жизни и факторов окружающей среды в сочетании с наследственной предрасположенностью влечет за собой изменение типичной картины течения АтД, что создает необходимость постоянной переоценки наиболее значимых направлений работы системы здравоохранения и ее адаптации к новым условиям на основании комплексной оценки медицинских, социальных и экономических последствий [3].