

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Вербовой, А. Ф.* Ожирение и сердечно-сосудистая система / А. Ф. Вербовой, А. В. Пашенцева, Л. А. Шаронова // Клиническая медицина. – 2017. – № 95. – С. 31–35.
2. *Шумилов, П. В.* Детская кардиология : учебник / под ред. П. В. Шумилова, Н. П. Котлуковой. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – С. 57–66.

УДК 616.5-002.524-08-053.2

Н. В. Жукова, Е. В. Зайцева

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ДЕТЕЙ

Введение

Системная красная волчанка (СКВ) является актуальной проблемой детской ревматологии не только из-за тяжести этого заболевания, прогноз которого остается серьезным, несмотря на современные методы лечения, но и вследствие трудностей ее диагностики [1]. СКВ – это системное аутоиммунное заболевание с потерей иммунологической толерантности и продукцией аутоантител, главным образом направленных против антигенов ядра клетки [2].

СКВ – наиболее часто встречающаяся патология из группы системных заболеваний соединительной ткани. СКВ поражает преимущественно девушек и молодых женщин, что составляет примерно 80% пациентов с данным заболеванием. СКВ редко начинается у детей в возрасте до 5 лет жизни, подъем заболеваемости отмечается с возраста 8–9 лет, а пик приходится на возраст 14–25 лет (средний возраст дебюта – 11–12 лет) [3, 4]. Этиология СКВ до сих пор остается во многом неизвестной и определяет трудности диагностики и лечения.

Цель

Изучение частоты заболеваемости СКВ и особенностей клинического течения данного заболевания в детском возрасте.

Материал и методы исследования

Были проанализированы 37 историй болезни детей, страдающих СКВ и находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении ГОДКБ с января 2020 по ноябрь 2023 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

В период с 2020 года до 2023 года в кардиоревматологическом отделении ГОДКБ с диагнозом СКВ пролечено 12 детей, в возрасте от 10 до 17 лет. Из них 9 (75,0%) женского пола, 3 (25,0%) – мужского. 4 (33,3%) пациента находились на лечении однократно, 2 (16,7%) – дважды, 1 (8,3%) – трижды, 2 (16,7%) – четырежды, 1 (8,3%) пациент был пролечен 5 раз, 2 (16,7%) пациента – 6 раз. В нашей работе распределение пациентов по полу указывает на преобладание девочек над мальчиками в соотношении 3:1. Большинству детей диагноз СКВ был выставлен в возрасте 12–15 лет и старше – 8 (66,7%), младше 12 – 4 (33,3%) детям. Лишь у одного ребенка удалось выявить наследственную предрасположенность по системным заболеваниям соединительной ткани: СКВ у прабабушки по материнской линии.

Всем детям оценивалось физическое развитие, которое было средне-гармоничным у 5 (41,7%); у 4 (33,3%) детей был обнаружен дефицит массы тела, у 3 (25,0%) – ее избыток.

У всех детей СКВ начиналась с жалоб на общую слабость, быструю утомляемость при выполнении физических нагрузок, с повышения температуры до субфебрильных и фебрильных цифр, повышения артериального давления, катаральных явлений; у 4 (33,3%) пациентов дебютом заболевания являлась «волчаночная бабочка»; 3 (25,0%) детей поступили с жалобами на боли в спине и суставах. Одна девочка обратилась впервые с жалобами на разрушение зубов и выпадение волос (на затылке).

У 11 (91,7%) детей были выявлены поражения кожи и слизистых. Среди кожных проявлений наиболее типичной была «волчаночная бабочка», которая наблюдалась в 8 (72,7%) случаях. У 7 (58,3%) пациентов были выявлены дискоидные эритематозные очаги с гиперемией. В 3 (27,3%) случаях отмечалась очаговая алопеция. У всех детей отмечалась фотосенсибилизация. Поражение слизистых были зафиксированы у 6 (54,5%) пациентов, в виде хейлитов и стоматитов.

У 3 (25,0%) пациентов был выявлен перикардит. Нарушениями ритма и проводимости (синусовая тахикардия, предсердная или желудочковая аритмия, частичная или полная атриовентрикулярная блокада) страдали 8 (66,7%) детей.

У половины пациентов отмечалось вовлечение в процесс почек. Почечный синдром при СКВ проявлялся люпус-нефритом – 4 (66,7%) случая, характеризовавшийся выраженной протеинурией, гематурией, также лейкоцитурией и лимфоцитурией – 2 (33,3%) случая.

Среди повреждений опорно-двигательного аппарата наиболее часто встречался суставной синдром – у 6 (50,0%) детей. Проявлением этого синдрома являлись артралгии, миалгии, а также наличие артрита, характеризующегося симметричным поражением преимущественно коленных, лучезапястных суставов и межфаланговых суставов кистей. Компрессионные переломы тел грудных и поясничных позвонков отмечались у 2 (16,7%) пациентов.

Поражение ЦНС наблюдалось в 5 (41,7%) случаях. Которое проявлялось головной болью, головокружением, повышенной возбудимостью, раздражительностью, плаксивостью и нарушением сна.

Нарушением функции зрения страдали 7 (58,3%) детей. Наиболее часто встречалась катаракта на один глаз – 4 (57,1%) случая, реже катаракта обоих глаз – 2 (28,6%) случая, единственный (14,3%) случай приходился на пациента с миопией слабой степени и астигматизмом.

На фоне длительного приема кортикостероидов у 4 (33,3%) пациентов развился медикаментозный синдром Иценко-Кушинга, который характеризуется лунообразным лицом, гипотонией мышц, ожирением, остеопорозом, появлением стрий на бедрах и животе, экхимозами, акне и аменорей у девочек.

У 3 (25,0%) детей был выявлен синдром Шегрена, проявляющийся сиалоаденитом и снижением функции слюнных желез во всех случаях, гиполакримией – 2 (66,7%) случая. Рецидивирующий паротит по данным анамнеза имелся только у одного (33,3%) пациента.

Выводы

1. Клиническая картина СКВ характеризуется полисиндромностью.
2. Дебют заболевания в большинстве случаев отмечался в подростковом возрасте.
- 3 У всех детей заболевание начиналось с повышения температуры, проявления симптомов интоксикации, снижения массы тела.
4. Наиболее частыми синдромами явились: кожный, суставной и почечный.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шумилов, П. В. Детская кардиология: учебник / под ред. П. В. Шумилова, Н.П. Котлуковой. – М. :МЕД-пресс-информ, 2018. – С. 231–235.

2. Беляева, Л. М. Педиатрия. Курс лекций / Л. М. Беляева. – М.: Мед. лит., 2011. – С. 366–374.
3. Kamphuis, S., Silverman E.D. Prevalence and burden of pediatric-onset systemic lupus erythematosus. *Nat. Rev. Rheumatol.* – 2010. – № 6(9). – P. 538–546.
4. Clinical and laboratory characteristics and long-term outcome of pediatric systemic lupus erythematosus: a longitudinal study / L. T. Hiraki [et al]. // *J Pediatr.* – 2008. – № 152(4). – P. 550–556.

УДК 616.33/.34-053.2:616.5-002

Д. С. Ильюшенко, П. С. Садченко

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Введение

В соответствие с современными концепциями о механизмах развития атопического дерматита (АтД), важное значение придается состоянию пищеварительной системы. Объяснение совместной патологии кожи и пищеварительного тракта связано с общим эмбриональным происхождением, структурными и функциональными особенностями, а также схожестью нейрогуморальной и эндокринной регуляции и однородностью экзогенных факторов, которые являются триггерами развития заболеваний как кожи, так и пищеварительной системы [1].

Особенности анатомо-физиологического развития ЖКТ в разные возрастные периоды, недостаточность некоторых барьерных функций приводят к поглощению недостаточно переваренных пищевых компонентов и приводят к чувствительности организма к различным видам аллергенов. Аллергический процесс сопровождается нарушением переваривания и всасывания в кишечнике, повреждением эпителия и повышением проницаемости слизистой оболочки, что приводит к увеличению потока антигенов в системный кровоток [2].

Цель

Оценить патологию желудочно-кишечного тракта у детей с АтД в зависимости от возраста и тяжести течения АтД.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе педиатрического отделения № 3 У ГОДКБ г. Гомеля. Проведен ретроспективный анализ 70 историй болезни детей с АтД, находившихся на стационарном лечении за период 2023 года. Медиана возраста составила 9 лет. Мальчиков в анализируемой группе было 29 (41,5%), девочек – 41 (58,5%). Ретроспективный анализ историй болезни включал особенности течения АтД, сопутствующие заболевания пациентов и их распространенность.

Верификация диагноза проводилась в соответствие с Клиническим протоколом «Диагностика, лечение и профилактика атопического дерматита», Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 08.08.2014 № 829 [3].

Согласно рабочей классификации атопического дерматита, предложенной Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов (2002 г.), по возрастному периоду выделено три группы: младенческая – 7 (10,0%) детей в возрасте от 1 месяца до 2 лет, детская – 37 (52,8%) детей в возрасте от 2 до 11 лет, подростковая – 26 (37,2%) детей старше 12 лет.