

2. Зорилова, И.В. Генетически обусловленные тромбофилические состояния как фактор риска ишемических нарушений мозгового кровообращения у пациентов молодого возраста / И.В. Зорилова, С.Н. Иллариошкин, О.Ю. Реброва // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2006. – № 18. – С. 17-25.

3. Mode of onset predicts etiological diagnosis of arterial ischemic stroke in children / K.R. Braun [et al.] // Stroke. – 2007. – № 38. – С. 298-302.

**УДК 616-002-053.2**

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ**

*Видерман О.Н., Асирян Е.Г.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

В практике каждого врача встречаются больные с лихорадкой неуточненного генеза. В последние годы список дифференциальных диагнозов этого состояния значительно расширился. Помимо инфекционных, аутоиммунных, паранеопластических причин лихорадки, важно помнить о новой группе заболеваний – аутовоспалительных синдромах (АВС).

АВС – достаточно разнородная группа редких, генетически обусловленных состояний, характеризующихся периодическими эпизодами системного воспаления и проявляющихся лихорадкой и полиморфной клинической картиной, нередко имитирующей ревматические и другие заболевания в отсутствие аутоиммунных или инфекционных причин [1,2].

Термин «аутовоспалительные синдромы» появился в 1999 г. благодаря американскому исследователю Дону Кастнеру [2]. С тех пор перечень аутовоспалительных заболеваний постоянно пополняется за счет вновь открываемых синдромов. На сегодняшний день описано более 25 различных АВС [1,2].

Симптомы многих аутовоспалительных заболеваний схожи между собой и с симптомами более частых приобретенных воспалительных синдромов (например, ревматоидного артрита) именно потому, что различные первичные дефекты имеют единое последствие – избыток продукции провоспалительных цитокинов, основным из которых является ИЛ-1. Это также объясняет тот факт, что селективные ингибиторы цитокинов воспаления (ФНО, ИЛ-1, ИЛ-6) эффективны при различных моногенных и полигенных АВС.

Своевременная диагностика АВС представляет сложную проблему. Это связано с редкостью этих заболеваний, недостаточными знаниями о них среди различных специалистов, а также с разнообразием клинической картины АВС [1,4].

В клинической картине этой группы заболеваний часто встречаются: лихорадка (рецидивирующая с различными интервалами), воспалительная лабораторная активность во время эпизодов обострения, а также и в промежутках между ними, кожные сыпи и поражения слизистых оболочек, поражения суставов (от артралгий до тяжелых артритов с выраженной деформацией), лимфопролиферация.

Окончательная верификация диагноза возможна только после проведения молекулярно-генетического исследования [1,3]. Поэтому важным является своевременное направление данных пациентов в соответствующие лаборатории. Практикующему врачу необходимо помнить о данной группе заболеваний. В данной статье приводится описание клинического случая АВС у пациентки нашего стационара.

Девочка В., в 2016г. возрасте 11 лет обратилась в ВОДКЦ с жалобами на повышение температуры тела до 39,2. Девочка родилась от 1 беременности, срочных родов с массой тела 3090, рост 52 см. Грудное вскармливание до 1 месяца, привита по календарю до 7 лет. Аллергоанамнез отягощен: у мамы бронхиальная астма. У девочки была выявлена лекарственная аллергия на антибиотики пенициллинового ряда и диклофенак. В анамнезе жизни были рецидивирующие ангины. Проведено обследование в стационаре ВОДКЦ: отмечалось повышение СРБ – 12мг/л, ревматоидного фактора – 78МЕ/л и повышение антинуклеарных антител АНА

(+++). В клинической картине наблюдалась лихорадка, артралгии, увеличение печени и селезенки. Был выставлен диагноз: Системное заболевание соединительной ткани, недифференцированное. Для уточнения диагноза была направлена в Центр Детской Онкологии, Гематологии и Иммунологии г. Минск. Были выявлены положительные тесты на SS-A, RO-52, отмечалось увеличение РФ до 78МЕ\л. На основании данных клинико-лабораторных обследований был выставлен диагноз: Аутовоспалительный синдром с наличием мутации NLRP 12 (гетерозиготное носительство). Синдром заболеваний соединительной ткани неуточненной этиологии (учитывая клинику, результаты аутоиммунных маркеров: SS-A (+++), RO-52 (++) , повышение антинуклеарного фактора). Рекомендовано при необходимости прием НПВП, гормональная терапия, иммуноглобулины, анакинра по показаниям). В течение 2 лет наблюдалась клиническая ремиссия. Родители девочки не обращались к педиатру, кардиоревматологу. В возрасте 14 лет обратилась в кардиоревматологическое отделение ВОДКЦ с жалобами на боли в суставах, повышение РФ-288МЕ\л. Была проведена пульс терапия метилпреднизолом. Боли в суставах прошли, но сохранялся высокий РФ-208 МЕ\л. Консультирована главным внештатным кардиоревматологом РБ (3.09.20г.). Рекомендован курс плаквенила 6,5 мг\кг с оценкой эффективности. Через 2 недели поступает снова в стационар (15.09.20г) с жалобами на боли в коленных суставах, слабость, повышение температуры тела до 37,3; РФ-138 МЕ\л. После курса метилпреднизолона наблюдалась положительная лабораторная динамика снижение – РФ-до 8 МЕ\л, исчезли боли в суставах. Повторная госпитализация с жалобами на боли в коленных суставах, мелких суставах кистей, слабость 11.11.20г. Лабораторные показатели: SS-A -76 (+++), RO-52 -100 (+++), ANA (+++). Был проведен курс метилпреднизолона, выписана в удовлетворительном состоянии. Рекомендована повторная госпитализация в стационар для решения вопроса об эффективности плаквенила и возможной коррекцией лечения другими иммуносупрессивными препаратами.

Изучение клинических примеров аутовоспалительных синдромов (АВС) имеет важную роль для практикующих врачей. В диагностике АВС ведущая роль – генетический анализ. Но наиболее существенным аспектом диагностики представляется осведомленность врачей первичного звена о наличии таких редких заболеваний. Потому что ранняя диагностика АВС является ключом к успешному лечению. Такие пациенты нуждаются в мультидисциплинарном подходе с участием различных специалистов.

#### **Литература:**

1. Клинические проявления и терапия криопирин-ассоциированных периодических синдромов (обзор литературы и собственные клинические наблюдения) / А. Л. Козлова [и др.] // Вопр. гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2014. – № 3. – С. 42–48.
2. Fietta, P. Autoinflammatory diseases: the hereditary periodic fever syndromes / P. Fietta // Acta Biomed. – 2004. – Vol. 75, N 2. – P. 92–99.
3. Периодические синдромы / О. В. Барабанова [и др.] // Трудный пациент. 2007. – Т. 5, № 2. – С. 21–24.
4. Как распознать пациента с аутовоспалительным синдромом: клинико-диагностические алгоритмы / М. М. Костик [и др.] // Соврем. ревматология. – 2013. – № 3. – С. 14–20.

**УДК 355.34-055.02:618.2]:612.621.31**

### **ВЫБОР МЕТОДА ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН-ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С УЧЕТОМ ЗДОРОВЬЯ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОФЕССИИ**

*Гимро О.Г., Дивакова Т.С.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Последнее десятилетие для большинства государств в мире характеризуется устойчивой тенденцией роста числа военнослужащих женщин и расширением списка занимаемых должностей. Встают вопросы акцентуации внимания на физиологических особенностях личного