

* * *

ПУТЬ К ДИАГНОЗУ: ОТ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА ДО СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Уваров А.А.¹, Числова Е.О.¹

Научный руководитель: проф. Е.И. Алексеева^{1,2}

¹Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: *дети; диагностика; системная красная волчанка; тромбоцитопения; диагностика; эритематозные высыпания; лечение*

Актуальность. Системная красная волчанка (СКВ) — аутоиммунное заболевание, обусловленное образованием органонеспецифических антител к антигенам ядер клеток и иммунных комплексов. Своевременная диагностика и раннее начало терапии определяют дальнейшее течение и прогноз заболевания.

Описание клинического случая. В ревматологическое отделение поступил мальчик 7 лет. В течение 11 мес у ребёнка 1 раз в 3–4 нед отмечались рецидивирующие тромбоцитопения, субфебрилитет, распространённые эритематозные высыпания на коже туловища, лица, нижних конечностей,

не сопровождающиеся зудом, купирующиеся самостоятельно с сохранением поствоспалительной гиперпигментации. Наблюдался педиатром, гематологом, дообследование не проводилось.

При обследовании выявлена тромбоцитопения $96 \times 10^9/\text{л}$, анемии, лейкопении, лимфопении нет, СОЭ, СРБ в пределах нормы, фильтрационная функция почек не снижена, протенинурии нет, гипокомплементемии, коагулопатии не отмечается. Ревматоидный фактор 10^9 МЕд/мл, антинуклеарный фактор (АНФ) 1/640, антитела к двуспиральной ДНК отрицательные, к SSA/Ro-антигену положительные, положительная прямая проба Кумбса. При МРТ выявлена спленоmegалия, синовит коленных, голеностопных суставов. Проведена биопсия кожи: изменения могут соответствовать лихеноидному варианту СКВ. Были выполнены колоноскопия, стеральная пункция, трепанобиопсия, молекулярно-генетическое обследование и исключены воспалительные заболевания кишечника, онкогематологические процессы, аутовоспалительные заболевания. Осмотрен офтальмологом, патологии не выявлено. Ребёнку выставлен диагноз: СКВ (поражение кожи, артрит, положительная реакция Кумбса, тромбоцитопения, положительный АНФ, антитела к SSA/Ro-антигену). Проведена пульс-терапия метилпреднизолоном 10 мг/кг/сут N3 с переходом на пероральный приём преднизолона 1 мг/кг/сут , инициирована терапия микофенолата мофетилом 600 мг/м^2 , курс ритуксимаба $375 \text{ мг/м}^2/\text{введение}$ N2. На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика в виде купирования кожного синдрома, нормализации уровня тромбоцитов, деpleции В-клеток.

Практическая значимость. Представленный случай демонстрирует необходимость осведомлённости педиатров об аутоиммунных заболеваниях у детей и значимость комплексного подхода при диагностике этих форм патологии для верификации диагноза и подбора эффективной терапии.

* * *