**ЛЕЧЕНИЕ ИМУНОГЛОБУЛИН А-ВАСКУЛИТА** **У ДЕТЕЙ: ЧТО НОВОГО?**

*Макеева Н.И.1, Одинец Ю.В.1, Головачева В.А.1, Поддубная И.Н.1, Прийма Ю.С.1, Белоусова Л.С.2, Одинец П.И.1, Койда М.Л.2, Вейнгольд Т.А.2*

1Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2

2КНП «Городская клиническая детская больница №16» Харьковского городского совета

Актуальность данного вопроса обусловлена высокой распространенностью IgA–васкулита у детей, особенно в возрасте от 3 до 15 лет (в 90% заболевают дети младше 10 лет), хотя встречается в любом, даже пожилом возрасте.

Цель исследования: усовершенствовать методы лечения IgA–васкулита у детей с помощью применения сульфасалазина, как базисного противовосполительного препарата.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано и проанализировано результаты применения сульфасалазина у 14 детей (6 мальчиков и 8 девочек) в возрасте от 6 до 18 лет, которые находились на обследовании и лечении в гематологическом отделении КНП "Городская клиническая детская больница №16" Харьковского городского совета по поводу IgA–васкулита, из них 5 детей было с рецидивирующей кожной формой и 9 детей – со смешанной (кожно-суставной) формой. Все дети, помимо режимных моментов (постельный режим, диета с исключением облигатных аллергенов), инфузионной терапии, приема сорбентов (атоксил, сорбогель), этиотропной терапии (антибиотики пенициллинового ряда, цефалоспорины, макролиды), получали сульфасалазин в дозе 40-60 мг/кг в сутки в два приема в течение 4-6 недель, с постепенным его снижением и отменой через 8-12 недель. Помимо общепринятых методов обследования, детям проведено исследование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови методом V. Hasrova [at al.] в модификации Ю.А.Гриневича та А.Н.Алферова (1978). Уровни IgA, IgM, IgG в сыворотке крови определяли методом G. Mancini (1965) с помощью реактивов ФГУП НПО «Микроген».

В результате исследования выявлено, что у всех детей после приема сульфасалазина отмечалась положительная динамика в виде улучшения самочувствия на 3-5 день терапии, купирования суставного синдрома на 3-5 день терапии, уменьшения частоты повторных кожных высыпаний и их объема и интенсивности на 2-3 недели терапии и полной ликвидации рецидивирующих кожных высыпаний на 4-5 неделе терапии. Достижение полной клинико-лабораторной ремиссии наблюдалось на 7-8 неделе лечения.

До начала терапии уровень лейкоцитов крови был 7,8 (6,3; 10,9)×109/л, на 8 неделе терапии снизился до 5,0 (4,3; 5,4)×109/л, уровень палочкоядерных нейтрофилов до лечения и после не изменился -1,0 (1,0; 1,0)%, а сегментоядерных нейтрофилов – 60 (48,0; 62,0)% и 49,5 (46,0; 54,0)% соответственно. Уровень СОЭ до лечения составил 20,0 (10,0; 27,0) мм/ч, на 8 неделе лечения – 6,0 (5,0; 10,0) мм/ч.

Уровень IgA в сыворотке крови до лечения составил 2,92 (2,81; 3,48) г/л, а на 8 неделе терапии - 1,70 (1,1; 2,0) г/л. Содержание IgМ до начала лечения был 2,14 (2,00; 2,60) г/л, на 8 неделе терапии - 1,55 (1,26; 2,40)г/л. При исследовании IgG в сыворотке крови детей выявлено, что до начала терапии уровень IgG составлял 14,45 (13,0; 15,8) г/л, на 8 неделе терапии снизился до 9,96 (8,0, 12,1)г/л. Уровень ЦИКов в сыворотке крови до лечения составлял 136 (100,0; 162,0)у.ед., на 8 неделе терапии наормализовался (67 (59,0; 74,0) у.ед.).

Побочных эффектов и осложнений после применения сульфасалазина при IgA-васкулите не наблюдалось.

Выводы. Сульфасалазин целесообразно применять в составе комплексной терапии при IgA–васкулите у детей.