

Остальные симптомы удовлетворяют условиям второго УЗ, а соответственно обладают меньшей информативностью:

На одного подростка группы УЗП приходится в среднем ( $M \pm \sigma$ )  $4,4 \pm 3,5$  симпатикотонических симптома и  $6,2 \pm 3,0$  парасимпатических, а в группе ГП в полтора раза выше —  $6,3 \pm 4,5$  и  $9,5 \pm 3,7$  соответственно. Статистическая значимость одноименных различий по тесту Kruskal — Wallis  $\leq 0,001$ .

Структура вариантов ИВТ ( $p = 0,02$ ) у подростков обеих групп: эйтония — 0 – 30 %, парасимпатикотония — 3,6–15%, симпатикотония — 35,7–25% и смешанный тип — 30,7–60,0% соответственно.

**Заключение.** Структура встречаемости, уровень значимости симптомов исходного вегетативного тонуса у подростков отличны от таковых у детей младшего и среднего школьного возраста.

Оценка исходного вегетативного тонуса у старшекласников должна проводиться по таблицам А. М. Вейна.

Различия между госпитализированными подростками и группой условно здоровых представлены числом симптомов, частотой и интенсивностью их выраженности. У 85% условно здоровых подростков выявлены признаки СВД.

Выявленные симптомы первого уровня значимости являются, по существу, маркерами дезадаптивного состояния и манифестируют клинику переутомления, являются показанием для неотложного лечения.

Научный руководитель,  
профессор, д.м.н

Ю.Г.Кузмичев

Крача А. А., Ревенко Н. Е.

#### ПАРАМЕТРЫ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Департамент Педиатрии, Кишиневский Государственный Медицинский Университет им. «Николае Тестемицану», Республика Молдова, (Директор – Профессор, Нинел Ревенко)

При ювенильном идиопатическом артрите (ЮИА) производство свободных радикалов кислорода превышает антиоксидантный барьер клеток.

**Целью данного исследования** было определение уровня прооксидантных и антиоксидантных параметров при различных вариантах ЮИА.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 150 детей с ЮИА (диагноз установлен в соответствии с критериями ILAR 1997) [мальчики – 98 (65,3%), девочки – 52 (34,7%)]. Средний возраст детей с ЮИА был  $134,22 \pm 4,71$  месяцев. Продолжительность заболевания составляла в среднем –  $36,19 \pm 3,22$  месяцев. Прооксидантные и антиоксидантные параметры были определены у 90 детей с ЮИА.

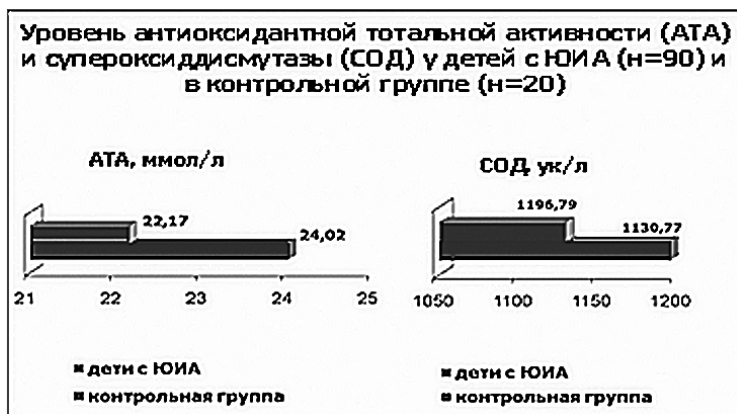
**Результаты.** Анализ детей с ЮИА в соответствии с клинической формой выявил следующее: системная форма была диагностирована у 18 детей (12,0%), полиартикулярная – у 59 детей (39,3%), олигоартикулярная – у 61 детей (40,7%), артрит в ассоциации с псориазисом – у 2 детей (1,3%), артрит в сочетании с энтезитами – у 9 детей (6,0%), другие артриты – у 1 ребёнка (0,7%).

Уровень прооксидантной тотальной активности в целом по группе у детей с ЮИА составлял в среднем  $18,62 \pm 1,95$   $\mu\text{мол/л}$  (в норме –  $5,78 \pm 0,78$   $\mu\text{мол/л}$ ), уровень малондиальдегиды –  $21,15 \pm 0,9$   $\mu\text{мол/л}$  (в норме –  $10,15 \pm 1,27$   $\mu\text{мол/л}$ ),  $p < 0,001$ .

Уровень супероксиддисмутазы в целом по группе у детей с ЮИА составлял в среднем  $1130,77 \pm 29,21$  уе/л (в норме –  $1196,79 \pm 50,10$  уе/л), антиоксидантной тотальной активности –  $22,17 \pm 1,76$  ммол/л (в норме –  $24,02 \pm 1,25$  ммол/л), каталазы –  $29,79 \pm 2,2$   $\mu\text{мол/с.л}$  (в норме –  $50,41 \pm 2,78$   $\mu\text{мол/с.л}$ ), церулоплазмин –  $177,03 \pm 7,31$  мг/л (в норме –  $198,38 \pm 17,08$  мг/л),  $p < 0,05$ .

В зависимости от клинической формы, при системной форме уровень прооксидантной тотальной активности ( $30,85 \pm 6,74$   $\mu\text{мол/л}$ ) и малондиальдегиды





(23,29±2,16 ммол/л) определён выше по сравнению с полиартикулярной формы (прооксидантная тотальная активность – 16,29±2,65 ммол/л, малондиальдегида – 20,52±1,53 ммол/л) и олигоартикулярной формы (прооксидантная тотальная активность – 14,74±2,44 ммол/л, малондиальдегида – 20,11±1,19 ммол/л),  $p < 0,05$ .

В зависимости от клинической формы, при системной форме уровень супероксиддисмутазы (1068,64±65,18 уе/л), антиоксидантной тотальной активности (13,36±2,86 ммол/л), каталазы (20,78±4,44 ммол/с.л) и церулоплазмينا (182,72±24,42 мг/л) определён на много ниже по сравнению с полиартику-

лярной формы (супероксиддисмутазы – 1143,30±51,10 уе/л, антиоксидантная тотальная активность – 21,84±2,44 ммол/л, каталаза – 31,83±3,71 ммол/с.л, церулоплазмин – 174,83±10,28 мг/л) и олигоартикулярной формы (супероксиддисмутазы – 1159,81±43,81 уе/л, антиоксидантная тотальная активность – 26,26±3,38 ммол/л, каталаза – 32,78±3,6 ммол/с.л, церулоплазмин – 176,91±11,72 мг/л),  $p < 0,01$ .

#### Выводы:

1. У детей с ЮИА отмечено значительное увеличение прооксидантных параметров и снижение антиоксидантных параметров, что отражает выраженный оксидативный процесс и снижение эндогенного антиоксидантного барьера у пациентов с ЮИА.

2. В зависимости от клинической формы, при системной форме отмечено высокий уровень прооксидантных параметров и низкий уровень антиоксидантных параметров по сравнению с полиартикулярной и олигоартикулярной формы, что отражает более интенсивный оксидативный процесс и более низкий антиоксидантный эндогенный барьер при системной форме по сравнению с другими клиническими формами ЮИА.

Лагутеева Н.Е., Сависько А.А., Шестопапов А.В.

### МОДЕЛЬ РАСЧЕТА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИХ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

*Кафедра пропедевтики детских болезней Ростовского Государственного Медицинского Университета, Россия*

Длительная безрецидивная выживаемость у детей с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) в настоящее время составляет более 92%. В связи с этим актуальным является своевременная диагностика осложнений, основанная на выявлении их ранних признаков, что в свою очередь позволяет своевременно начать активную превентивную терапию и предупредить развитие угрожающих жизни состояний.

Анализ клинической характеристики и частоты встречаемости основных синдромов у детей с ОЛЛ в динамике полихимиотерапии (ПХТ) показал, что, несмотря на улучшение общего состояния пациентов к моменту окончания интенсивного курса ПХТ (улучшение самочувствия, уменьшение выраженности анемического, геморрагического, лимфопролиферативного, инфекционного синдромов), сохраняются симптомы кардиоваскулярных нарушений. Выявленные симптомы в сочетании с ЭКГ-изменениями и эхокардиографическими признаками нарушения релаксации миокарда левого желудочка свидетельствуют о вовлечении в патологический процесс миокарда. При этом вклад в развитие поражения миокарда, вероятно, вносят как опухолевый процесс, так и проводимая полихимиотерапия, а также сопроводительная терапия, включающая гемотрансфузии. Множественные трансфузии эритроцитарной массы, применяемые для коррекции анемии у детей с ОЛЛ, неблагоприятно влияют на результаты лечения, вызывают нарушение метаболизма железа.

В связи с вышеизложенным, была определена цель настоящей работы: разработать модель расчета персонализированного риска развития ранних нарушений функции миокарда у пациентов с ОЛЛ в процессе ПХТ для оптимизации тактики проведения среди них превентивных мероприятий, направленных на снижение вероятности формирования кардиальных осложнений и развития угрожающих жизни состояний.

**Материалы и методы.** Под динамическим наблюдением находились 43 ребенка с впервые установленным диагнозом ОЛЛ в возрасте от 2 до 15 лет, проходивших обследование и лечение в детском отделении клиники Рост ГМУ и Центре детской онкологии и гематологии с химиотерапией ГБУ РО «Областная детская больница».