

2. Дашкова Н.А., Логачев М.Ф. Акне: природа возникновения и развития, вопросы систематики и современные ориентиры в выборе терапии // Вестн. дерматологии и венерологии. 2006. № 4. С. 8–11.

## ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ ПОД «МАСКАМИ» ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Купреева А.Д.*

Научный руководитель: ассистент Куликова С.Ю.  
Кафедра дерматовенерологии  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** несмотря на успехи современной диагностики, ранняя постановка диагноза СКВ у детей является актуальной, т.к. на ранних этапах признаки системности заболевания отсутствуют и дебют заболевания протекает в виде различных клинических «масок».

**Цель исследования:** изучить основные триггеры и клинические характеристики СКВ, а также выявить «маски», под которыми может протекать данное заболевание [2].

**Материалы и методы:** проведена оценка 18 историй болезни пациентов с СКВ госпитализированных в клинику СПбГПМУ. Проанализировано: частота расхождения диагноза при поступлении и окончательного диагноза, изучены триггеры и клинические особенности дебюта СКВ.

**Результаты:** среди заболевших детей преобладали девочки, которые составили 88%, мальчики 22%. Проанализированы триггеры, спровоцировавшие дебют КВ: инсоляция — 28%, перенесенные инфекции — 67%, при этом инфекционные заболевания вирусной этиологии составили-56%, а бактериальной — 12%. С первых признаков заболевания диагноз СКВ был заподозрен лишь у 11% пациентов. Остальные пациенты наблюдались с различными диагнозами: ювенильный артрит-17%, инфекционные заболевания-50%, гематологические заболевания- 28%, коллагенозы(ЮДМ, ДКВ)– 11%, другие (отек Квинке, тромбоз глубоких вен) — 22%. У всех 18 пациентов наблюдались кожные проявления болезни: у 50% больных наблюдалась патогномоничная волчаночная «бабочка», в остальных случаях встречались другие изменения кожи. У этих пациентов описаны различные сосудистые изменения: синдром Рейно-17%, сетчатое ливедо-6%. Поражения слизистой оболочки у 39%, представлены в виде хейлита у 17%, афтозного стоматита 23%, энантемы слизистой оболочки мягкого неба 22%, гингивит у 11%.

**Выводы:** расхождение диагнозов наблюдалось в большинстве случаев. Во время анализа историй болезни у пациентов в дебюте уже проявлялась клиническая картина полисиндромного заболевания. Для корректной диагностики КВ необходимо учитывать наличие признаков поражения различных систем организма и соответствующих симптомов, а также, принимать во внимание отклонение от классического проявления первичного заболевания, что несет за собой пересмотр первичного диагноза.[2] Своевременное распознавание КВ под «масками» других заболеваний позволит оптимизировать диагностику и повысить эффективность лечения, избежав осложнений от неправильно поставленного диагноза.

### Литература

1. Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани. М.: Медицина, 2004. 640 с.
2. Педиатрия: клинические рекомендации. Системная красная волчанка / Под ред. А.А. Баранова. Москва, 2015.