

## **СВОЕОБРАЗИЕ ДЕБЮТА И ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул*

**Котовщикова Т.А., Ледяева А.Е., Малюга О.М.**

Научный руководитель: Скударнов Е.В., д.м.н., профессор

## **PECULIARITIES OF THE ONSET AND COURSE OF REACTIVE ARTHRITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

*Altai State Medical University, Barnaul*

**Kotovshchikova T.A., Ledyayeva A.E., Malyuga O.M.**

Supervisor: Skudarnov E.V., M.D., Professor

---

### **Введение**

Реактивный артрит (РеА) является одной из актуальных проблем современной педиатрической ревматологии, составляющей 53,7% всех воспалительных заболеваний суставов у детей. В настоящее время РеА относят к воспалительным негнойным заболеваниям суставов, развивающимся вследствие иммунных нарушений, чаще после кишечной или урогенитальной инфекции. Значимость проблемы состоит в том, что патогенез развития заболевания уточнен не до конца. Есть предположения, что он связан с перекрестной реакцией антител к ряду микроорганизмов (феномен микробной мимикрии). Согласно данному феномену белки клеточной стенки ряда кишечных бактерий и хламидий имеют структурное сходство с отдельными участками молекулы HLA-B27. Авторами установлено, что перекрестное реагирование может препятствовать осуществлению адекватного иммунного ответа, способствуя персистированию и хронизации инфекции.

В практической работе врачам провести дифференциальную диагностику РеА от других видов артритов часто бывает трудно, так как в дебюте заболевания все они имеют общую клиническую картину с преобладанием суставного

синдрома, а правильная и своевременная диагностика заболевания важна и необходима для назначения соответствующего лечения.

**Цель исследования:** провести анализ и выявить особенности дебюта и течения реактивных артритов у детей разных возрастных групп.

### **Материалы и методы**

Проведен анализ 85 историй болезни детей с артритами, которые находились на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении КГБУЗ «АККЦОМД». Из них 27 (31%) детей находились на лечении с диагнозом реактивный артрит, остальным 58 больным (69%) по результатам обследования был поставлен диагноз ЮИА. Все дети с диагнозом РеА были разделены на группы по возрасту: дошкольники (2г-6 лет), младший школьный возраст (7-11 лет), старший школьный возраст (12-17 лет).

Диагноз реактивный артрит детям был выставлен на основании комплексного обследования и критериев реактивного артрита согласно клиническим рекомендациям от 2015 года. Обследование включало в себя лабораторные и инструментальные методы: оценивались показатели, характеризующие активность воспалительного процесса (лейкоциты, СОЭ, СРБ), проводились иммунологические исследования крови (ЦИК, HLA-B27, РФ, антитела к ДНК, АНФ, АСЛО, криоглобулины), с целью выявления «триггерных» факторов был проведен иммуноферментный анализ крови, позволяющий выявить АТ к различным вирусам и паразитам, взяты мазки из зева и носа (выявление очагов хронической инфекции), проведено ультразвуковое и рентгенологическое исследование суставов с целью выявления функциональной недостаточности суставов.

### **Результаты и обсуждение**

Нами проведено обследование детей в возрасте от 2,5 лет до 17 лет. Установлен средний возраст больных на момент обследования, который составил -  $10,16 \pm 0,78$  лет. Анализ детей по полу и возрасту свидетельствовал о небольшом преобладании среди заболевших девочек (52%), доля мальчиков же составила 48%. Чаще заболевание выявлялось у детей старшего школьного возраста (44%). Также установлено, что 67% детей с диагнозом РеА являются городскими жителями и 33%-сельскими. У большинства детей с РеА (70 %) )

течение заболевания носило острый характер, рецидивирующее течение наблюдалось у 30%. В дебюте заболевания жалобы общего характера в виде повышения температуры тела наблюдались у 22%. Жалобы на утреннюю скованность предъявляли лишь 5 % детей, при этом скованность носила кратковременный характер (до 1 часа). Ведущим же клиническим проявлением был суставной синдром, который у всех характеризовался отечностью и артралгией, с преобладанием моноартикулярного варианта поражения суставов (63%), олигоартикулярный вариант выявлен у 30% детей и лишь у 7% детей полиартикулярный вариант. Следует также отметить, что моноартикулярный вариант чаще встречался в старшем школьном возрасте (75%), а олигоартикулярный в дошкольном возрасте (67%). Воспалительные изменения у больных чаще всего локализовались в суставах нижних конечностей, а именно, не зависимо от пола и возраста, в патологический процесс у 70% детей были вовлечены коленные суставы, у 26 % детей голеностопные, у 19% детей тазобедренные, и у 11% мелкие суставы кистей и стоп. У 55% процентов больных при обследовании выявлен очаг хронической инфекции – это, по нашему мнению, могло являться триггерным фактором РеА, что ранее отмечали и другие исследователи [1,2]. Проведены посевы из носа и зева, в результате обнаружены: у 20 % *St. aureus*, у 33% - *St. viridans*, у 27% - *St. Epidermidis*, у 6% - *St. epidermolis*, у 6% - *Enterococcus faecium*. У остальных 8% - посевы не проводились.

При поступлении всем детям были проведены лабораторные обследования, благодаря которым можно судить о степени активности заболевания. В результате у 22% отмечалось повышение СОЭ, уровень С - реактивного белка и АСЛО повышены у 18%. По результатам УЗИ пораженных суставов и объективно у 55% больных выявлен синовит, что является одним из часто встречающихся клинических симптомов.

### **Выводы**

Таким образом, по результатам проведенной работы, особенностями реактивных артритов у детей явились — средний возраст возникновения заболевания  $10,16 \pm 0,78$  лет, преобладание среди заболевших лиц женского пола и группы старшего школьного возраста. Анализ проведенного исследования

позволил нам у большинства больных установить связь начала заболевания с предшествующей инфекцией. В дебюте заболевания у всех на первое место выступали жалобы на болезненность и отечность пораженного сустава. У 2/3 обследованных заболевание носило острый характер, в клинике преобладал суставной синдром, представленный моноартритом коленных суставов с относительно доброкачественным течением и умеренной лабораторной активностью.

### Список литературы:

1. Дагбаева Д. В., Жолобова Е.С., Чистякова Е. Г. Реактивные артриты у детей — диагностика и лечение. Медицинский научно-практический портал. 2007г.
2. Скударнов Е.В., Малюга О.М., Зенченко О.А., Баюнова Л.М., Журавлева Н.А. Реактивные артриты у детей. *Журнал инфектологии*. 2020;12(2)S1:115.
3. Шестак В.П., Скударнов Е.В., Шорина И.А. Клинико-лабораторная характеристика ювенильных артритов у детей Алтайского края. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2020;65(4):362-363.

---

#### **Как цитировать:**

Котовщикова Т.А., Ледеява А.Е., Малюга О.М. (2022). Своеобразие дебюта и течения реактивных артритов у детей и подростков. *Scientist*, 19 (1), 105-108.

---