

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

© Писарева А.Д., Матвиенко Е.В., Кривдина Н.Д., Хмелевская И.Г., Разинькова Н.С.

Кафедра педиатрии Курского государственного медицинского университета, Курск

E-mail: dvoinyh.nina@yandex.ru

В статье рассматриваются особенности течения реактивного артрита у детей. Выделены этиологические факторы, такие как кишечные, урогенитальные и респираторные инфекции. Чаще всего реактивный артрит был диагностирован у девочек дошкольного возраста. Более чем в 65% случаев у детей в анамнезе выявлены острые респираторные инфекции, хронические очаги инфекции, такие как тонзиллит, ангина, кариес. У трети обследованных детей отмечалась семейная отягощенность по ревматическим заболеваниям. Установлено, что у большинства пациентов заболевание носило острый характер. Среди клинических проявлений чаще всего встречались поражения тазобедренных и коленных суставов по моноартикулярному типу, сопровождающиеся выраженной интенсивностью болевого синдрома и умеренной лабораторной активностью. У всех пациентов в дебюте заболевания суставной синдром характеризовался умеренной отечностью сустава.

Ключевые слова: реактивный артрит, инфекция, коленные суставы, сиаловые кислоты.

FEATURES OF THE COURSE OF REACTIVE ARTHRITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AT PRESENT STAGE

Pisareva A.D., Matvienko E.V., Krivdina N.D., Khmelevskaya I.G., Razinkova N.S.

Department of Pediatrics of Kursk State Medical University, Kursk

The article considers the features of the course of reactive arthritis in children. Etiological factors such as intestinal, urogenital and respiratory infections have been identified. Most often, reactive arthritis was diagnosed in pre-school girls. In more than 65% of cases, children have a history of acute respiratory infections, chronic foci of infection, such as tonsillitis, quinsy, and caries. A third of the children surveyed had a family history of rheumatic fever. It was found that in most patients the disease had acute character. Among the clinical manifestations the most common lesions of the hip and knee joints were monoarticular type, in all patients in the onset of the disease the joint syndrome was characterized by moderate edema of the joint.

Keywords: reactive arthritis, infection, knee joints, sialic acids.

Проблема реактивного артрита (РеА) является одной из наиболее актуальных в современной педиатрической ревматологии. Распространенность различных вариантов заболевания за последние годы увеличилась с 0,3 до 0,7 на 1000 детского населения [4].

Данная патология относится к XIII классу – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также включена в группу инфекционных артропатий, этиологическим фактором которых являются различные микробиологические агенты [2]. Существует многообразие этиологических факторов и предикторов [6, 8], приводящих к развитию этого заболевания. Так, согласно современным представлениям, наиболее часто болезнь развивается после кишечной и урогенитальной инфекции, которая обусловлена такими этиологическими факторами как энтеробактерии (*Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Salmonella enteritidis*, *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei*), а также острой либо персистирующей урогенитальной инфекцией (*Chlamydia trachomatis*) [7].

Инфекции респираторного тракта (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) нередко яв-

ляются причинами развития данной патологии. В связи с этим многие авторы используют в своей клинической практике термин «постреспираторный» РеА [1, 3, 5]. Существует также мнение, что в детском возрасте респираторные агенты являются наиболее частым причинным фактором возникновения РеА, чем урогенитальные или энтероколитические [9].

Реактивные артриты, клиническая картина которых очень разнообразна и является в первую очередь отражением этиологического инфекционного фактора, в ряде случаев представляют большие трудности для диагностики.

Существующие клинические рекомендации и клиничко-лабораторные подходы не позволяют проводить объективную раннюю диагностику этой патологии. Только динамическое наблюдение и обследование позволяет правильно верифицировать диагноз [2, 11].

Проблема реактивных артритов по многим вопросам остается нерешенной и это, в первую очередь, связано с особенностями дебюта болезни, неспецифичностью клинических проявлений [10], которые нередко очень схожи с другими ревматическими заболеваниями, сопровождаю-

щимися артритом, однако имеют более неблагоприятное течение и прогноз.

Целью исследования явилось выявление особенностей течения реактивных артритов у детей и подростков в различные возрастные периоды.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 21 пациент в возрасте 3-16 лет с установленным диагнозом реактивный артрит (13 девочек и 8 мальчиков).

Все дети были разделены по возрасту на 3 группы: дошкольный возраст (1-6 лет – 52,3%), младший школьный возраст (7-11 лет – 23,8%), старший школьный возраст (12-16 лет – 23,8%).

У всех исследуемых оценивались показатели, характеризующие воспалительный процесс (количество лейкоцитов, СОЭ, уровень сиаловых кислот, серомукоид, С-реактивный протеин). Для идентификации «триггерных» факторов был использован иммуноферментный анализ крови, позволяющий определить антитела класса IgM и IgG к микоплазме, уреоплазме, хламидиям, вирусу простого герпеса, цитомегаловирусу, вирусу Эпштейн Барр.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ Microsoft Office, Statgraphics Plus 5.0. Для оценки достоверности отличий использовался t-критерий Стьюдента. Критический уровень значимости для проверки статистических гипотез при сравнении групп принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе проведенного анализа установлено, что средний возраст больных на момент обследования составлял $8,11 \pm 0,32$ года. Чаще встречались дети дошкольного возраста (52,3%) с четким преобладанием девочек (61,9%, $p < 0,01$). Возраст дебюта заболевания варьировал от 1 до 16 лет и в среднем составил $8,75 \pm 0,42$ года.

Преморбидный фон больных характеризовался рядом неблагоприятных факторов: отягощенным акушерским анамнезом (примерно у 1/4 пациентов), частыми острыми респираторными заболеваниями и повторными ангинами (65,4% и 53,8% соответственно), наличием хронического тонзиллита и кариеса (64,8% и 46,2% соответственно). Необходимо подчеркнуть, что у 1/3 обследованных детей отмечалась семейная отягощенность по ревматическим заболеваниям суставов. Обращал на себя внимание тот факт, что не только родственники второй линии родства болели реактивным артритом ($42,53 \pm 3,18\%$),

но и достаточно высокий удельный вес ($21,50 \pm 2,43\%$) родственников первой линии наследования (родители пациентов) имели в анамнезе эту патологию. Следует отметить, что у абсолютного большинства больных артрит развивался через 1-4 недели после перенесенной кишечной и/или острой назофарингеальной инфекции.

В зависимости от триггерного фактора было выделено три основных варианта реактивных артритов у обследуемых детей: постреспираторные (вызванные *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*), которые встречались у 34,2%, артриты после носоглоточных инфекций – у 19,1% и урогенитальные – у 14,2%. Достаточно часто имела место персистенция вирусов. Так, у $41,3 \pm 0,32\%$ лиц были обнаружены антитела к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа, несколько реже ($30,1 \pm 0,47\%$) – к цитомегаловирусу и лишь у $19,02 \pm 0,69\%$ исследуемых к вирусу Эпштейн-Барр. Следует отметить, что практически у 1/3 больных имело место сочетание внутриклеточной бактериальной инфекции с вышеописанными вирусными агентами.

Особенностью условий возникновения РеА стали также частые случаи травм пораженных суставов у 23,1% детей и предшествующая вакцинация у 9,4% пациентов.

В общей группе больных с РеА у подавляющего большинства заболевание носило острый характер (от 2 недель до 3 месяцев – 78,8%, $p < 0,01$). Рецидивирующее течение наблюдалось у 21,2% обследованных детей и достоверно чаще наблюдалось у детей дошкольного возраста (40,8%). Это позволяет расценивать данную возрастную категорию как группу риска по рецидивированию РеА.

Ведущим клиническим проявлением данной патологии был суставной синдром с преимущественно олиго- (47,6%) и моноартикулярным (42,8%) поражением суставов. Следует отметить, что моноартикулярный вариант достоверно чаще встречался в младшей возрастной группе ($p < 0,01$), в то время как олигоартикулярный – в старшей. Полиартикулярное поражение диартрозов наблюдалось у 9,5% детей. Воспалительные изменения наиболее часто локализовались в коленных (80,9%) и тазобедренных (19,1%) суставах. При этом в средней и старшей возрастной группе наиболее часто поражались именно коленные диартрозы ($p < 0,01$), в то время как у детей дошкольного возраста – тазобедренные ($p < 0,05$). Кроме того, в патологический процесс также вовлекались голеностопные (14,2%), значительно реже мелкие суставы кистей и стоп (4,7%). У 4,2% детей и подростков артрит дебютировал с поражения лучезапястных суставов, и это вызы-

вало необходимость проведения дифференциальной диагностики с ревматическим процессом. Определено, что независимо от половой принадлежности во всех возрастных периодах преобладающей была частота поражения суставов нижних конечностей.

В ходе проведения исследования установлено, что жалобы общего характера наиболее часто встречались в группе больных дошкольного возраста ($p < 0,01$) и у лиц женского пола ($p < 0,05$). Утренняя скованность отмечена у 61,9% обследуемых и практически у половины из них она носила кратковременный характер, а затруднения при ходьбе у 14,2% детей.

Все дети, больные РеА, предъявляли жалобы на артралгии различной степени интенсивности. Согласно визуально-аналоговой шкале боли алгии чаще всего носили умеренный характер ($p < 0,05$), возникали в течение дня, а также во время активных и пассивных движений в пораженных суставах. Следует отметить, что интенсивность суставного болевого синдрома была достоверно выше у детей дошкольного возраста и лиц женского пола ($p < 0,01$).

Согласно данным проведенного исследования установлено, что у всех пациентов в дебюте заболевания суставной синдром характеризовался умеренной отечностью сустава, преимущественно за счет периартикулярных тканей, у 20,3% детей отмечалось локальное повышение температуры над пораженным диартрозом.

Оценивая данные рентгенологического обследования, у 93,2% пациентов патологические изменения не определялись, что может свидетельствовать о доброкачественном течении заболевания. И только у незначительного количества детей определялся региональный остеопороз и то лишь при рецидивирующем течении патологического процесса.

Что касается показателей острой фазы воспаления, то они у 58,7% детей находились в пределах возрастной нормы. Клинические проявления артрита сопровождались лабораторной активностью преимущественно в группе детей дошкольного возраста ($p < 0,05$). Так, средние показатели С-реактивного протеина составили $22,03 \pm 0,87$. Часто определялось незначительное повышение уровня сиаловых кислот и гликопротеина ($49,21 \pm 8,13\%$ и $31,48 \pm 3,28\%$ соответственно). У трети пациентов выявлялась повышенной концентрация серомукоида.

Таким образом, на основании проведенного клинико-лабораторного исследования больных с РеА установлено, что у подавляющего большинства заболевание носило острый характер ($p < 0,01$). У детей дошкольного возраста суставной синдром представлен моноартикулярным ва-

риантом ($p < 0,01$) с преимущественным вовлечением в патологический процесс тазобедренных суставов ($p < 0,05$), сопровождающийся выраженной интенсивностью болевого синдрома ($p < 0,01$) и умеренной лабораторной активностью. В средней и старшей возрастных группах преобладал олигоартрит ($p < 0,01$) с поражением коленных суставов ($p < 0,01$).

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Агабабова Э.Р., Бунчук Н.В., Шубин С.В., Урумова М.М., Солдатова С.И., Бадокин В.В. Критерии диагноза реактивных артритов (проект) // Научно-практическая ревматология. – 2003. – № 3. – С. 82-83. [Asababova E.R., Bunchuk N.V., Shubin S.V., Urumova M.M., Soldatova S.I. Reactive arthritides diagnostic criteria (project). Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2003; (3): 82-83. (in Russ.)].
2. Аснер Т.В., Калягин А.Н. Урогенные реактивные артриты: современные аспекты диагностики и лечения // Современная ревматология. – 2010. – № 4. – С. 11-15. [Asner T.V., Kalyagin A.N. Urogenic reactive arthritis: current aspects of diagnosis and treatment. Sovremennaya revmatologiya. 2010; (4): 11-15 (in Russ.)].
3. Мешков А.П. Диагностика и лечение болезней суставов. – М.: Медицинская книга, 2003. – 180 с. [Meshkov A.P. Diagnosis and treatment of joint diseases. М.: Meditsinskaya kniga; 2003: 180 (in Russ.)].
4. Кадурина Т.И., Аббакумова Л.Н. Оценка степени тяжести недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей // Мед. вест. Север. Кавказа. – 2008. – Т. 2, № 10. – С. 15-20. [Kadurina T.I., Abbakumova L.N. Estimation of the severity of the nondifferentiated connective tissue dysplasia in children. Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza. 2008; 2 (10): 15-20 (in Russ.)].
5. Лебец И.С., Шевченко Н.С., Матвиенко Е.В., Нелина И.Н., Кашкалда Д.А., Лetyаго А.В. Механизмы формирования остеоартроза у подростков // Украинский ревматологический журнал. – 2007. – Т. 30, № 4. – С. 3-6. [Lebets I.S., Shevchenko N.S., Matvienko O.V., Nelina I.M., Kashkalda D.A., Letyago A.V. Mechanisms of development of osteoarthritis in adolescents. Ukrainskiy revmatologicheskii zhurnal. 2007; 30 (4): 3-6 (in Ukr.)].
6. Матвиенко Е.В. Характеристика показателей иммунной системы у подростков, больных остеоартрозом, на фоне гипермобильного синдрома // Педиатрия, акушерство и гинекология. – 2006. – № 1. – С. 62-69. [Matviyenko E.V. Characteristics of the indices of the immune system in adolescents with osteoarthritis, against the background of hypermobile syndrome. Pediatriya, akusherstvo i ginekologiya. 2006; (1): 62-69 (in Russ.)].
7. Ревматические болезни. Руководство для врачей / под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. – М.: Медицина, 1997. – 520 с. [Rheumatic diseases. A guide

- for doctors. V.A. Nasonova, N.V. Bunchuk editors. М. : Meditsina; 1997: 520 (in Russ.).
8. Шевченко Н.С., Лебец И.С., Нелина И.Н., Кашкалда Д.А., Матвиенко Е.В., Летяго А.В. Патогенетическая значимость воспаления при остеоартрозе у подростков с инициальными стадиями заболевания // Украинский ревматологический журнал. – 2010. – Т. 39, № 1. – С. 50-54. [Shevchenko N.S., Lebetz I.S., Nelina I.N., Kashkalda D.A., Matvienko E.V., Letjago A.V. Pathogenetic role of the inflammation in osteoarthritis adolescents patients with initial disease stages. Ukrainskiy revmatologicheskij zhurnal. 2010; 39 (1): 50-54 (in Russ.)].
 9. Assier E., Boissier M.C., Dayer J.M. Interleukin-6: from identification of the cytokine to development of targeted treatments // Joint Bone Spine. – 2010. – Vol. 77, N 6. – P. 532-536. – DOI: 10.1016/j.jbspin.2010.07.007.
 10. Lacoste M.G., Cargnelutti D.E., Tamashiro H., Di Genaro M.S. Reactive arthritis with conjunctivitis, urethritis and diarrhea in a child: immunological study of potential bacterial trigger // Clin Exp Rheumatol. – 2008. – Vol. 26, N 2. – P. 381-382.
 11. Moorthy L.N., Gaur S., Peterson M.G., Landa Y.F., Tandon M., Lehman T.J. Poststreptococcal reactive arthritis in children: a retrospective study // Clin Pediatr (Phila). – 2009. – Vol. 48, N 2. – P. 174-182. – DOI: 10.1177/0009922808330107.