УДК 616.72-002.1-022

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Н.С. Гулидова, Е.В. Матвиенко, Н.Д. Кривдина, Н.С. Разинькова, И.Г. Хмелевская, Т.А. Миненкова

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра педиатрии

Реактивный артрит в большинстве случаев ассоциирован с внутриклеточной инфекцией, характеризуется асимметричным воспалением преимущественно суставов нижних конечностей с энтезопатиями и бурситами. В патологический процесс могут вовлекаться орган зрения, кожные покровы и сердечно-сосудистая система. В исследовании приняли участие 82 больных реактивным артритом (51 девочка и 31 мальчик) в возрасте от 12 месяцев до 16 лет, средний возраст детей (6,1 ± 0,24) лет. Проводилось определение методом иммуноферментного анализа крови специфических антител класса IgM и IgG к *chlamidia trachomatis, chlamidia pneumonia, mycoplasma pneumonia, mycoplasma hominis, ureaplasma urealiticum*, вирусу простого герпеса, цитомегаловирусу, вирусу Эпштейн–Барр.

Ключевые слова: реактивный артрит, суставы, микоплазменная инфекция, микс-инфекция, вирус простого герпеса.

DOI 10.19163/1994-9480-2019-2(70)-78-80

CLINICAL DYNAMICS OF REACTIVE ARTHRITIS IN CHILDREN

N.S. Gulidova, E.V. Matvienko, N.D. Krivdina, N.S. Razinkova, I.G. Khmelevskaya, T.A. Minenkova

FSBEI HE «Kursk State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation, department of pediatrics

Reactive arthritis in most cases is associated with intracellular infection, characterized by an asymmetric inflammation of mainly the joints of the lower extremities with enthesopathies and bursitis. In the pathological process can be involved body sight, skin and cardiovascular system. The study involved 82 patients with reactive arthritis (51 girls and 31 boys) aged 12 months to 16 years, the average age of children (6,1 ± 0,24) years. A specific immunoglobulin IgM and IgG antibody test for *chlamidia trachomatis*, *chlamidia pneumonia*, *mycoplasma pneumonia*, *mycoplasma hominis*, *ureaplasma urealiticum*, herpes simplex virus, cytomegalovirus, and Epstein-Barr virus was determined by the enzyme immunoassay.

Key words: reactive arthritis, joints, mycoplasmal infection, mix infection, herpes simplex virus.

Одной из актуальных проблем современной педиатрии является достаточно распространенное ревматическое заболевание – реактивный артрит (РеА), которое составляет 53,7 % всех патологий суставов у детей [1].

Реактивный артрит – иммуновоспалительное заболевание суставов, обусловленное инфекционным очагом в кишечном или урогенитальном тракте, имеющее характерную клиническую картину с поражением суставного аппарата и нередко принимающее рецидивирующее хроническое течение [2, 3].

Большую роль в возникновении артрита имеет состояние макроорганизма – снижение иммунитета, сопутствующая патология. В группе риска находятся дети с наличием в генотипе гена HLA B27. Признаки реактивного воспаления сустава легко можно принять за начало тяжелого системного заболевания, и наоборот [4].

В настоящее время, согласно данным ряда исследователей, определено, что реактивный артрит, ассоциированный с внутриклеточной инфекцией, с нередким сочетанием с персистенцией вирусов, характеризуется асимметричным воспалением преимущественно суставов нижних конечностей с энтезопатиями и бурситами. В патологический процесс могут вовлекаться орган зрения, кожные покровы и сердечно-сосудистая система. Не утратила своей значимости и роль носоглоточной инфекции в развитии данной патологии (наличие хронических очагов инфекции в носоглотке – хронический тонзиллит, фарингит) [5, 6].

Несмотря на большое количество проведенных исследований, посвященных изучению механизмов развития РеА, окончательный ответ на этот вопрос до настоящего времени не сформулирован, что отражается и на эффективности терапии данного заболевания [1].

Большое значение имеет правильно собранный анамнез, который нередко является ключом к построению рациональной диагностической гипотезы, а компетентно проведенное объективное исследование позволяет на ранних стадиях верифицировать патологию и своевременно начать лечебные мероприятия [7].

Трудности диагностики РеА в детском возрасте связаны с отсутствием общепринятых диагностических критериев, а также с широкой распространенностью клинически стертых форм заболевания, когда одни его симптомы отсутствуют, а другие слабо выражены [5, 6].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение особенностей течения реактивных артритов у детей.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 82 больных реактивным артритом (51 девочка и 31 мальчик) в возрасте от 12 месяцев до 16 лет. Средний возраст детей (6,1 ± 0,24) лет. С целью уточнения нозологической формы суставной патологии, наряду с общепринятым стандартом клинико-лабораторно-инструментального исследования, определяли методом имуноферментного анализа крови специфические антитела класса IgM и IgG к *chlamidia trachomatis, chlamidia pneumonia, mycoplasma pneumonia, mycoplasma hominis, ureaplasma urealiticum,* вирусу простого герпеса, цитомегаловирусу, вирусу Эпштейн–Барр.

Статистическая обработка материала проведена с использованием пакета прикладных программ (MS Exel, SPSS). Для оценки достоверных отличий использовался t-критерий Стьюдента. Критический уровень значимости для проверки статистических гипотез при сравнении групп принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди обследованных детей с РеА выявлено, что началу развития заболевания предшествовали следующие факторы: острые респираторно-вирусные инфекции (44,42 ± 0,21) %, диарея (24,31 ± 0,45) %, травмы суставов (27,84 ± 0,12) %, вакцинация (11,10 ± 0,31) %. Поражение суставов, в большинстве случаев, характеризовалось моноартикулярным вариантом ($p < 0,01$). Пациенты с полиартритом отсутствовали. Заболевание дебютировало с крупных (коленных) и средних (голеностопных) диартрозов у (68,91 ± 0,26) % и (13,74 ± 0,57) % детей соответственно.

Поражение межфаланговых и плюснефаланговых суставов с развитием периартикулярного отека («псевдоподагрический палец» – артрит I пальца стопы или «сосискообразный палец» – II–IV пальцев стопы) отмечалось у (3,47 ± 0,12) % больных. Следует отметить, что вовлечение в патологический процесс суставов носило асимметричный характер и развивалось по типу «лестницы» – ступенчатое последовательное поражение снизу вверх.

У части пациентов (5,72 ± 0,71) % воспалительный синдром в пораженных диартрозах носил упорный, торпидный характер, особенно с вовлечением лучезапястных суставов кистей, что требовало необходимости проведения дифференциальной диагностики с ревматоидным процессом.

В зависимости от триггерного фактора развития заболевания определено, что достоверно чаще выявлялось наличие микоплазменной инфекции ($p < 0,05$), в то время как уреаплазменная и хламидийная регистрировались у (19,61 ± 0,34) % и (16,32 ± 0,58) % соответственно. Урогенитальная микс-инфекция (*mycoplasma hominis, ureaplasma urealiticum*) выявлялась у (28,77 ± 0,69) % детей с реактивным артритом. Повышенные титры АСЛ-О имели (16,75 ± 0,87) % лиц.

При данной патологии достаточно часто регистрировалась персистенция вирусов. Достоверно чаще определялось повышение титров к вирусу простого герпеса I и II типов ($p < 0,05$). Сочетание внутриклеточной бактериальной инфекции с вышеупомянутыми вирусными агентами (моно- либо поли-) определялось у (26,74 ± 0,36) % исследуемых.

Однако в ходе проведенной работы установлено, что у определенной части больных с реактивным артритом этиологический фактор был не определен.

Оценивая проявления реактивного артрита с учетом триггерного фактора, установили, что при микоплазменной инфекции на этапе дебюта заболевания в патологический процесс вовлекались преимущественно коленные суставы ($p < 0,01$), в то время как голеностопные – в (11,79 ± 0,63) % случаев. Достоверно реже регистрировался артрит плечевых, лучезапястных и тазобедренных суставов ($p < 0,05$).

Клинические проявления характеризовались артралгиями у преимущественного количества детей в течение дня (68,46 ± 0,25) %, наличием непродолжительной утренней скованности (44,31 ± 0,69) % и болезненности при активных движениях в пораженных суставах. Большинство пациентов имели умеренно выраженную отечность, а также локальную гиперемию кожных покровов области вовлеченных в патологический процесс диартрозов. Проявления бурсита отмечались у 1/3 пациентов.

Согласно данным инструментальных исследований установлено, что патологические изменения в суставах при рентгенологическом обследовании достоверно чаще не регистрировались ($p < 0,01$). Наличие регионарного остеопороза наблюдалось у пациентов с длительным воспалительным процессом при неоднократном рецидивировании патологического процесса.

Лабораторные показатели воспалительной активности при реактивном артрите, ассоциированном с микоплазменной инфекцией у трети пациентов, регистрировались выше нормы. Необходимо отметить, что, несмотря на проводимые лечебные мероприятия, рецидивирование патологического процесса отмечалось у (59,32 ± 0,38) % больных.

Реактивный артрит хламидийной этиологии в подавляющем числе случаев дебютировал с асимметричного поражения коленных суставов (81,57 ± 0,29) %, у (11,44 ± 0,37) % – с тазобедренных и (10,35 ± 0,94) % – с мелких суставов кистей. Преимущественно наблюдался олигоартритический вариант ($p < 0,05$). Явные клинические проявления в виде острой боли и ограничения движений в суставах отсутствовали. Артралгии носили умеренный характер, беспокоили чаще в вечернее время (57,20 ± 0,95) %. Болевой синдром

при активных и пассивных движениях в диартрозах имел место в (71,91 ± 0,34) % случаев. Отмечалось наличие умеренной отечности области пораженного сустава.

В отличие от артрита, вызванного микоплазменным инфицированием, патологические изменения при рентгенологическом исследовании у (86,70 ± 1,24) % детей не определялись даже на фоне неоднократного рецидивирования заболевания, что, по-видимому, свидетельствует о доброкачественном течении болезни.

В большинстве случаев показатели скорости оседания эритроцитов и С-реактивного белка были в пределах физиологической нормы ($p < 0,05$). Достаточно редко регистрировались повышенные уровни серомукоида, сиаловых кислот и гликопротеинов (15,70 ± 0,12) %.

Однако у большинства пациентов (79,37 ± 0,43) % течение реактивного артрита хламидийной этиологии носило рецидивирующий характер, преимущественно на первом году болезни.

Реактивный артрит уреаплазменной этиологии, как и при других тригерных факторах, дебютировал преимущественно с моноартрита коленных суставов (80,54 ± 0,13) %, реже в патологический процесс вовлекались голеностопные диартрозы (32,46 ± 0,22) %. Полиартрит встречался достаточно редко (6,71 ± 0,33) %. Жалобы на артралгии предьявляли все больные, причем, у половины исследуемых алгический синдром носил длительный упорный характер и возникал, в основном, в утренние часы ($p < 0,05$).

Кратковременная утренняя скованность отмечалась у (61,30 ± 0,28) % детей. Суставной синдром характеризовался как минимальной, так и выраженной отечностью суставов, сопровождающийся пальпаторной их болезненностью.

Следует отметить, что при артрите, ассоциированном с уреаплазменной инфекцией, отмечалось быстрое развитие функциональной недостаточности суставов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного исследования установлены особенности течения реактивных артритов у детей, ассоциированных с различными триггерными факторами его развития. Своевременность верификации диагноза, проведения ранних адекватных лечебных мероприятий, в большинстве случаев, будет способствовать полному выздоровлению пациента и сохранению его качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р. Критерии диагноза реактивных артритов // Научно–практическая ревматология. – 2003. – № 3. – С. 32–82.

2. Аснер Т.В. Медицинская экспертиза больных с урогенными реактивными артритами // Заместитель главного врача. – 2011. – № 9 (64). – С. 22–37.

3. Аснер Т.В. Урогенные реактивные артриты: современные аспекты диагностики и лечения // Современная ревматология. – 2010. – № 4. – С.11–15.

4. Жолобова Е.С., Чистякова Е.Г., Дагбаева Д.В. Реактивные артриты у детей – диагностика и лечение // Лечащий врач. – 2007. – № 2. – С. 57–60.

5. Лебец И.С., Панько Н.А. Особенности дебюта и течения реактивных артритов у детей // Здоровье ребенка. – 2013. – № 6 (49). – С. 37–42.

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.

7. Sieper J., Braun J., Kingsley G. Report on the fourth international workshop on reactive arthritis // Arthritis and Rheumatism. – 2000.– Vol. 43, № 4. – P. 720–734.

REFERENCES

1. Agababova E.R. Kriterii diagnoza reaktivnykh artritov [Criteria for the diagnosis of reactive arthritis]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Scientific and Practical Rheumatology], 2003, no. 3, pp. 32–82. (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Asner T.V. Meditsinskaya ekspertiza bolnykh s urogennymi reaktivnymi artritami [Medical examination of patients with urogenital reactive arthritis]. *Zamestitel glavnogo vracha* [Deputy Chief Physician], 2011, no. 9 (64), pp. 22–37. (In Russ.; abstr. in Engl.).

3. Asner T.V. Urogennyye reaktivnyye artrity: sovremennyye aspekty diagnostiki i lecheniya [Urogenic reactive arthritis: modern aspects of diagnosis and treatment]. *Sovremennaya revmatologiya* [Modern rheumatology], 2010, no. 4, pp. 11–15. (In Russ.; abstr. in Engl.).

4. Zholobova E.S., Chistyakova E.G., Dagbayeva D.V. Reaktivnyye artrity u detey – diagnostika i lecheniye [Reactive arthritis in children – diagnosis and treatment]. *Lechashchiy vrach* [Therapist], 2007, no. 2, pp. 57–60. (In Russ.; abstr. in Engl.).

5. Lebets I.S., Panko N.A. Osobennosti debyuta i techeniya reaktivnykh artritov u detey [Features of the debut and flow of reactive arthritis in children]. *Zdorovye rebenka* [Child's health], 2013, no. 6 (49), pp. 37–42. (In Russ.; abstr. in Engl.).

6. Matviyenko E.V. Kharakteristika pokazateley immunnoy sistemy u podrostkov, bolnykh osteoartrozom, na fone gipermobilnogo sindroma [Characteristics of the indices of the immune system in adolescents with osteoarthritis, against the background of hypermobile syndrome]. *Pediatriya. akusherstvo i ginekologiya* [Pediatrics, obstetrics and gynecology], 2006, no. 1, pp. 62–69. (In Russ.; abstr. in Engl.).

7. Sieper J., Braun J., Kingsley G. Report on the fourth international workshop on reactive arthritis. Arthritis and Rheumatism, 2000, Vol. 43, no. 4, pp. 720–734.

Контактная информация

Кривдина Нина Дмитриевна – ассистент кафедры педиатрии, Курский государственный медицинский университет, e-mail: dvoinyh.nina@yandex.ru.