

СОВРЕМЕННЫЙ АНАЛИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПРИ АРТРИТАХ У ДЕТЕЙ

Ушакова Р.А.¹, Архипова А.С.¹, Ухова Ю.С.¹, Буяло Н.В.²

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП, г. Екатеринбург

²Муниципальное автономное учреждение «Детская городская клиническая больница №11», г. Екатеринбург

Проведен сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей у детей 1-18 лет, страдающих ревматоидным и реактивным артритами. Достоверно чаще наблюдали проявления полиартрита (65%). Ведущими симптомами были боль, отек, ограничение движений и деформация суставов. Выявили наследственную предрасположенность к дебюту артритов, реализуемую через поколение. Артриты преимущественно обнаруживали на фоне цитомегаловирусной инфекции (33%) и инфекции, вызванной вирусом простого герпеса (25%), а у девочек достоверно чаще – при респираторном хламидиозе.

Ключевые слова: артрит, дети, инфекции.

Analysis of anamnestic, clinical and laboratory data in cases of arthritis in children

Ushakova R.A.¹, Arhipova A.S.¹, Uhova Yu.S.¹, Buyalo N.V.²

¹Ural State Medical University, Yekaterinburg;

²Children's City Clinical Hospital № 11, Yekaterinburg

A comparative analysis of clinical and laboratory indicators in children aged 1-18 years with rheumatoid and reactive arthritis was carried out. Manifestations of polyarthritis is significantly more frequent (65%). The leading symptoms were pain, swelling, movement restriction and joint deformity. A hereditary predisposition to the debut of arthritis which was implemented through a generation was revealed. Arthritis was mainly detected with cytomegalovirus infection (33%) and infection caused by the herpes simplex virus (25%), and in girls, arthritis was more often detected with respiratory Chlamydia.

Keywords: arthritis, children, infection.

Введение

Воспалительные заболевания суставов у детей являются актуальной проблемой современной ревматологии. До недавнего времени ведущая роль принадлежала ювенильному ревматоидному артриту (ЮРА), а на территории Российской Федерации заболеваемость достигала 62,3 на 100 тыс. населения. Однако в последнее десятилетие появилась тенденция к нарастанию заболеваемости у детей, страдающих другими воспалительными заболеваниями суставов, в том числе реактивными артритами, распространенность которых составляет 78,6 на 100 тыс. населения [1, 2].

Все чаще указывается на выраженную связь между вирусами и развитием хронических воспалительных процессов, в том числе и аутоиммунных заболеваний соединительной ткани и опорно-двигательного аппарата.

Присоединение вирусной инфекции при ЮРА часто приводит к тяжелому течению основного заболевания с развитием серьезных осложнений, таких как гепатит, нефрит, пневмония и др. Это особенно актуально на ранних стадиях болезни, при наличии указаний в анамнезе на перенесенную вирусную инфекцию, провоцирующую увеличение активности основного заболевания [3].

Высокая степень инвалидизации пациентов и, зачастую, утрата функции самообслуживания, стала важным социальным аспектом в проблеме изучения артритов у детей.

Цель работы - провести сравнительный анализ анамнестических и клинико-лабораторных данных при артритах у детей.

Материалы и методы исследования

Нами проведен ретроспективный анализ 69 историй болезни детей, госпитализированных в кардиоревматологическое отделение Муниципальное автономное учреждение «Детская городская клиническая больница №11» (МАУ ДГКБ №11 г.) г. Екатеринбурга в 2009 г.

Критериями включения стали дети в возрасте 1-18 лет с диагнозом реактивный артрит, ювенильный ревматоидный артрит, ювенильный хронический артрит, которых обследовали на маркеры вирусов простого герпеса, цитомегаловируса, микоплазма (Myc. pn.), хламидиоза (Chl. pn.), уреоплазма (Urea. ur.) и токсоплазма [4].

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов прикладных программ Excel и Statistica 6,0. Применяли методы описательной статистики с вычислением среднего арифметического (M), стандартного отклонения (σ), ошибки среднего (m) и 95% доверительного интервала (95% ДИ). Сравнительный анализ качественных и

количественных признаков в двух независимых группах проводили с помощью критерия хи-квадрат (χ^2) и двухвыборочного t-критерия соответственно. Проверка гипотезы проходила через определение нулевой и альтернативной гипотез, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами установлено, что артриты у мальчиков (46%) и девочек (54%) диагностировались с одинаковой частотой ($p > 0,05$). Распределение пациентов по возрасту среди детей дошкольного (3-7 лет) и школьного (7-18 лет) возраста составляла 38%, реже болели дети раннего возраста (1-3 года) – 24%.

Поражение суставов проявлялось преимущественно в виде полиартритов (65%), моноартриты встречались в 35% случаев ($p < 0,05$). При полиартрите наиболее часто поражались коленные суставы (84,4%), в половине случаев отмечали артрит голеностопных суставов (51%), у трети больных (35,5%) – тазобедренных суставов. При моноартрите достоверно чаще наблюдали воспаление левого коленного сустава (63%).

Наиболее распространенной нозологической формой артрита стал реактивный артрит (рис.1).



Рис. 1. Клинические формы артритов у детей, %

У 57% больных артритом была выявлена бактериальная инфекция, а именно: хламидиоз (62%), микоплазмоз (20%) и уреаплазмоз (18%). Бактериальная микст-инфекция встречалась редко – у 9% пациентов (6 из 69), сочетание хламидиоза и уреаплазмоза наблюдали у трех обследуемых (4%), хламидиоза и микоплазмоза – 3 случая (4%). У каждого пятого больного (22%) бактериальная инфекция сочеталась с вирусной инфекцией, преимущественно это были ассоциации цитомегаловирусной инфекции с

респираторным хламидиозом. У 63 (91%) детей обнаруживали маркеры герпесвирусных инфекций, в том числе: 21 (33%) – цитомегаловируса, 16 (25%) – вируса простого герпеса, 6 (10%) – вируса Эпштейна-Барр, у 20 (32%) пациентов диагностировали ОРВИ. Нами установлено также, что между процессом инфицирования уреоплазмозом и развитием полиартрита существует статистически значимая связь ($p < 0,05$), а девочки достоверно чаще инфицируются возбудителем *Chl. pn.* ($p < 0,01$).

У 35% детей отмечали наследственную предрасположенность, при этом в 83% случаев артрит дебютировал через поколение ($p < 0,05$).

Реактивный артрит преимущественно развивается у носителей HLA-B27. С HLA-B28 ассоциированы частота и выраженность суставной боли при реактивном артрите, сопряженном с кишечными инфекциями (*Yersinia, Salmonella, Shigella*) [5].

В 42% случаев артрит регистрировали у пациентов, имеющих признаки синдрома соединительнотканной дисплазии в виде дополнительной хорды левого желудочка, у 26% больных была документирована патология органов пищеварения (хронический поверхностный гастродуоденит; гастродуоденит, ассоциированный с *H. pilory*; хронический колит), а 17% детей имели патологию ЛОР-органов (катаральный средний отит; хронический тонзиллит; вазомоторный ринит).

По данным литературы известно, что суставной синдром при ЮРА:

— симметричный полиартрит с поражением коленных, лучезапястных, голеностопных, а также мелких суставов кистей и стоп;

— структурные изменения в суставах могут развиваться в течение первых 6 месяцев болезни с возможным формированием анкилозов в костях запястья уже к концу 1-го года болезни в случае неадекватной терапии;

— у половины пациентов развивается деструктивный артрит.

Суставной синдром при ревматоидном артрите характеризуется острым началом и проявляется немигрирующим олигоартритом с поражением коленных и голеностопных суставов продолжительностью от нескольких недель до 3–4 мес. Поражаются, как правило, коленные и голеностопные суставы, реже – метатарзофаланговые, проксимальные и дистальные межфаланговые суставы стоп [5, 6].

Эти данные подтверждаются и нашим исследованием.

Артрит дебютировал у каждого третьего ребенка спустя 1-4 недели после перенесенной инфекции. В клинической картине преобладали следующие симптомы: боль, ограничение движений и отек (рис.2). В 38% случаев происходила деформация суставов, а у каждого

четвертого больного (23%) обнаруживали положительный показатель С-реактивного белка.

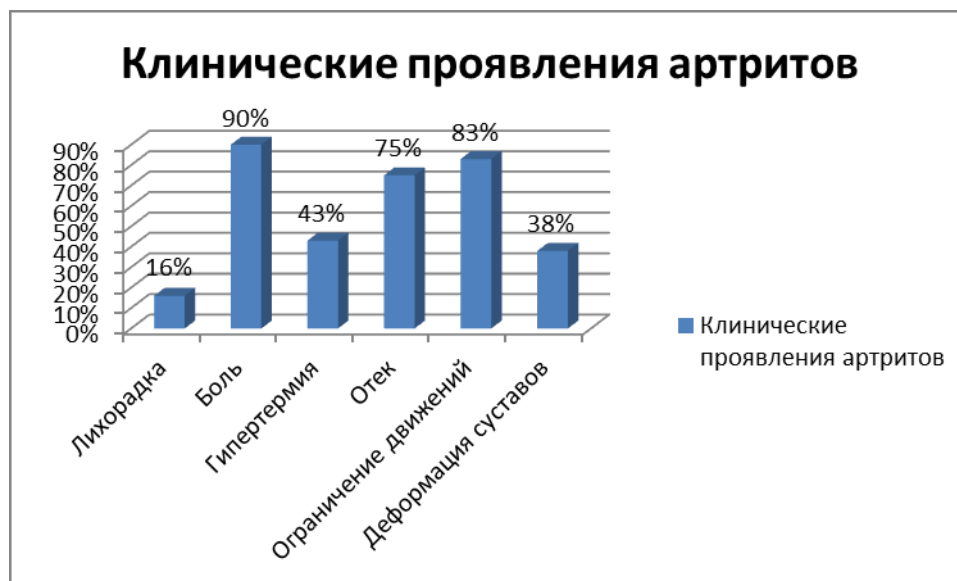


Рис. 2. Клинические проявления артритов у детей, %

В заключение мы утверждаем, что обнаружение причинно-значимых факторов дебюта артритов у детей позволяет рекомендовать персонафицированный протокол лечения пациентов и обосновать выбор терапии цитомегаловирусной или герпесвирусной инфекции, либо хламидиоза, уреаплазмоза. Оптимизация лечения путем подбора этиотропной терапии позволит, по нашему мнению, получить более благоприятные прогнозы.

Выводы:

1. Артриты болеют с одинаковой частотой как мальчики, так и девочки. В настоящее время происходит преобладание процесса поражения суставов по типу полиартрита, при этом чаще всего поражаются коленные суставы. Наиболее распространенной нозологической формой артрита является реактивный артрит.

2. В этиологической структуре артритов у детей герпесвирусная инфекция преобладает над бактериальной инфекцией, при этом доминирует цитомегаловирус. При бактериальной инфекции встречается хламидиоз, а девочки достоверно чаще инфицируются Chl.pn.

3. Нами прослеживается наследственная предрасположенность к артритам, реализуемая через поколение. Часто артрит сочетается с синдромом соединительнотканной дисплазии. В клинической картине у детей преобладает боль, отек и ограничение движений, возможна деформация суставов.

Список литературы

1. Алексеева, Е. И. Реактивные артриты у детей / Е. И. Алексеева, Е. С. Жолобова // Вопросы современной педиатрии. – 2003. – № 1. – С. 51-56.
2. Ювенильный артрит: клинические рекомендации для педиатров. Детская ревматология / под ред. А. А. Баранова, Е. И. Алексеевой; Науч. центр здоровья детей РАМН; Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова. – Москва : Педиатр, 2013. - 120 с.
3. Соболева, Н. Г. Современные возможности профилактики и лечения острых респираторных инфекций у детей, больных полиартикулярной формой ювенильного ревматоидного артрита / Н. Г. Соболева // Педиатрия. – 2009. – т. 87 – № 2. – С. 92-96.
4. Инфекционные болезни у детей : пер. с англ. / под ред. Д. Мари. – Москва : Практика, 2006. – 928 с.
5. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с реактивным артритом [Электронный ресурс] / А. А. Баранов [и др.]. – 2015. – Режим доступа: http://zr-vrn.ru/wp-content/uploads/2017/06/Реактивный_артрит.pdf. – 01.12.17.
6. Клинические рекомендации юношеский артрит [Электронный ресурс] / Союз педиатров России. – 2017. – Режим доступа: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_yua.pdf. – 01.12.17.

Ушакова Рима Асхатовна.- д.м.н., доцент кафедры поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3, тел: 8(343)382-74-54, pediatr.fpk@bk.ru