

УДК 616.72-002.004.1-053.2-036.22

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Д.К. Кудаяров, Г.М. Саатова, Ж.Ш. Мустапаева, А.Ж. Болотбекова, А.К. Бакаева

Представлены результаты ретроспективного анализа заболевания детей с реактивными артритами в зависимости от возраста и пола. Выявлена более выраженная активность клинико-эпидемиологических аспектов реактивных артритов у мальчиков школьного возраста. Суставной синдром представлен в виде олигоартрита, в основном поражением коленных и голеностопных суставов.

Ключевые слова: реактивные артриты; дети; клинико-эпидемиологические аспекты.

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF REACTIVE ARTHRITIS IN CHILDREN

D.K. Kudayarov, G.M. Saatova, J.Sh. Mustapaeva, A.J. Bolotbekova, A.K. Bakaeva

The work presents results of retrospective analysis of children disease with reactive arthritis in dependence of age and sex. There was revealed more expressed activity of clinical-epidemiological aspects of reactive arthritis in boys of school age. The articulatory syndrome presented by oligoarthritis basically knee and ankle joints.

Keywords: reactive arthritis; children; clinical-epidemiological aspects.

Актуальность. Заболевания суставов и опорно-двигательного аппарата в целом в современном обществе остаются актуальными и имеют большую распространенность в общей структуре заболеваемости всего населения [1]. Медико-социальное значение хронических артритов определяется постоянным увеличением частоты их встречаемости, склонностью к хронизации и неуклонному прогрессирующему течению с резким снижением качества жизни пациентов, а также высокими медицинскими и экономическими затратами общества [2]. Среди хронических воспалительных заболеваний суставов наиболее часто встречается реактивный артрит [3, 4]. Пациенты, страдающие реактивным артритом, составляют около 10 % больных ревматологических стационаров. При этом хроническая форма заболевания характеризуется развитием значительной утраты функциональных способностей суставов и возникновением тяжелых осложнений, приводящих к инвалидизации 42 % пациентов [3].

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа детей дошкольного возраста, страдающих реактивными артритами. Нужно отметить, что заболевания суставов у детей встречаются значительно реже, чем у взрослых. Однако заболевание протекает сложнее, оказывает влияние на формирование костей, суставов и психологическое состояние ребенка. Далеко не всегда реактив-

ный артрит у детей заканчивается полным выздоровлением. У части больных процесс приобретает хронический характер, в ряде случаев трансформируется в тяжелое иммуноагрессивное заболевание.

Термин “реактивный артрит” (РеА) предложен в начале 70-х гг. XX в. финскими учеными К. Аho и Р. Ahvonen для обозначения артритов, развивавшихся после перенесенной иерсиниозной инфекции. При этом подчеркивался “реактивный”, стерильный характер воспаления суставов. По мере совершенствования диагностических методов, понятие “стерильность” синовита при реактивных артритах становилось относительным. Обнаружение в сыворотке и синовиальной жидкости больных РеА циркулирующих бактериальных антигенов и фрагментов ДНК и РНК микробов привело к формированию принципиально новых взглядов на реактивные артриты [3, 5–7].

В настоящее время к РеА относят воспалительные негнойные заболевания суставов, развивающиеся вследствие иммунных нарушений, после кишечной или урогенитальной инфекции. При этом кишечная микрофлора рассматривается как специальный, исключительно важный и необходимый орган [8]. Состояние здоровья ребенка и резистентность к целому ряду заболеваний в значительной мере зависят от характера кишечной микрофлоры и ее активности, достаточного уровня локального иммунитета [9]. В подавляющем боль-

шинстве случаев РеА ассоциируется с острой, или персистирующей кишечной инфекцией, вызываемой энтеробактериями, и острой или персистирующей урогенитальной инфекцией, вызываемой *Chlamydia trachomatis*. Инфекции респираторного тракта, связанные с *Mycoplasma pneumoniae* и, особенно, *Chlamydia pneumoniae*, также могут служить причинами развития РеА. Имеются также данные о связи РеА с кишечной инфекцией, вызванной *Clostridium difficile* и некоторыми паразитарными инфекциями.

РеА, ассоциированный с кишечной инфекцией и инфекцией, вызванной *Chlamydia trachomatis*, развивается преимущественно у генетически предрасположенных лиц (носителей HLA-B27) и относится к группе серонегативных спондилоартритов [3, 5, 10]. Считается, что у носителей HLA-B27 после перенесенной кишечной и урогенитальной инфекции шанс развития РеА в 50 раз выше, чем у лиц, не имеющих этого антигена гистосовместимости [10].

Цель исследования – изучение клинико-эпидемиологических аспектов реактивных артритов у детей различного возраста.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 39 случаев заболевания детей с РеА, госпитализированных в отделение кардиоревматологии Национального центра охраны материнства и детства МЗ КР. Больные были разделены на 5 возрастных групп: 1–3 года, 4–6 лет, 7–9 лет, 10–12 и 13–16 лет. Мальчиков было 27, девочек – 12. Исследование проводилось стандартным методом и включало тщательное изучение анамнестических данных, субъективных ощущений больных, результатов клинического осмотра и данных лабораторных исследований.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета программ Epiinfo, ver. 5, достоверность различий признаков определялась методами непараметрической статистики.

Результаты исследования и обсуждение. Удельный вес РеА в структуре госпитализированных кардиоревматологических больных составил 28,1 %.

Из 39 больных с РеА у 22 (56,4 %) было диагностировано острое, у 13 (33,4 %) – затяжное и у 4 (10,2 %) – рецидивирующее течение. С 1-й степенью активности было 24 (61,5 %), 2-й степенью – 9 (23,07 %) и 3-й степенью активности – 6 (15,3 %) больных.

Наиболее часто РеА встречались у детей мужского пола, в частности, у них отмечена заболеваемость более чем в два раза ($p > 0,05$) (таблица 1).

РеА чаще встречались у детей 9–16 лет, особенно острое и затяжное течение ($p < 0,05$). Сте-

Таблица 1 – Частота реактивного артрита среди детей в зависимости от возраста и пола

Пол	Возраст, лет					Всего
	1–3	4–6	7–9	10–12	13–16	
Мальчики	1	4	1	7	14	27
Девочки	-	2	2	1	7	12
Итого:	1	6	3	8	21	39

пень активности заболевания была выше у детей школьного возраста, что указывает на повышенную реактивность организма на инфекционный агент в этом возрасте.

Изучение анамнестических данных показало, что заболеванию предшествовали переохлаждение у 11 (28,2 %) больных, травма – у 2 (5,1 %) больных. У 16 (41 %) детей в анамнезе были кишечные расстройства, 4 (10,2 %) больных перенесли инфекцию мочевыводящих путей.

При изучении клинических проявлений РеА у детей отмечалась зависимость их от вида возбудителя. РеА, вызванные атипичной микрофлорой, характеризовались высокой активностью суставного синдрома с более частым поражением сакроилеальных сочленений, позвоночника и хорошей положительной динамикой при своевременной терапии. При РеА, вызванных условно-патогенной и патогенной кишечной микрофлорой, отмечалась стертая клиника и имелась тенденция к затяжному течению.

Суставной синдром наблюдался у 36 (92,3 %) детей. У 3 (7,6 %) больных отмечались боли в суставах без других признаков артрита. Поражение суставов характеризовалось асимметричным олигоартритом, в основном коленных и голеностопных суставов. Отмечено также вовлечение в процесс суставов первого пальца стопы, крестцово-подвздошного сочленения, поясничного отдела позвоночника, лучезапястных и локтевых суставов.

Артрит у 11 (28,2 %) больных характеризовался ярко выраженной болевой реакцией, деформацией суставов, преимущественно за счет экссудации в полость сустава и периартикулярного отека мягких тканей, повышением местной температуры, гиперемией кожи над суставом. У 22 (56,4 %) детей отмечалась болевая контрактура. У 17 (43,5 %) больных наблюдалось присоединение в процесс других суставов в сроки до 14 дней после начала заболевания.

В клинике у больных с РеА, наряду с суставным синдромом, имели место признаки поражения желудочно-кишечного тракта у 16 (41 %) детей, мочевыделительной системы – у 4 (10,2 %) и органов зрения – у 3 (7,7 %) детей в виде диспепсии, расстройства стула, дизурических явлений и конъюнктивита.

Анализ лабораторных исследований показал, что важную роль в возникновении РеА играет состояние стенки кишечника. Итак, у всех больных с РеА выявлены нарушения микробиоценоза кишечника в виде снижения бифидобактерий у 29 %, выраженного дефицита бифидобактерий – у 69,8 %, снижения полноценной кишечной палочки – у 28,5 %, значительного снижения количества лактобактерий – у 78,5 % и отсутствия лактобактерий – у 14,5 % пациентов. На фоне угнетения нормальной микрофлоры кишечника наблюдался рост условно-патогенных микроорганизмов в 51 % случаев. Выявлены гемолизирующие кишечные палочки – у 25 %, патогенный стафилококк – у 13,9 % и грибы рода *Candida* – у 33 % детей. При этом выраженные нарушения микробиоценоза кишечника наблюдались у больных с острым и рецидивирующим течением, а у больных с затяжным течением степень дисбиоза, в основном, была умеренной.

У 1 больного при бактериологическом посеве мочи высеяна синегнойная палочка. У 3 (7,7 %) больных причиной РеА явилась атипичная микрофлора, а именно, хламидии.

Результаты данного исследования показали, что реактивные артриты чаще встречаются у детей 9–16 лет мужского пола. Основным проявлением реактивного артрита у детей являлось асимметричное поражение суставов нижних конечностей. Клиническая манифестация и активность суставного синдрома зависят от инфекционного агента, вызвавшего заболевание, и реактивности организма ребенка. Поэтому большое значение для своевременной диагностики, определения правильной тактики лечебных мероприятий имеют тщательное изучение и правильная оценка клинической симптоматики, полное лабораторно-инструментальное исследование, тем самым предупреждающие трансформацию в хронические артриты.

Литература

1. *Твердохлеб Т.А.* Взаимосвязь показателей микробиоценоза кишечника и местного иммунитета у детей, больных реактивными артритами / Т.А. Твердохлеб // Scientific Journal "Science Rise". 2016. № 2/3 (19) С. 33–39.
2. *Насонова В.А.* Медико-социальное значение XIII классификации болезней МКБ для населения России / В.А. Насонова, О.М. Фоломеева // Ревматология. 2001. № 1. С. 7–11.
3. *Агабабова Э.Р.* Серонегативные спондиллоартриты: руководство по внутренним болезням. Ревматические болезни / Э.Р. Агабабова; под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. М.: Медицина, 1997. С. 305–335.
4. *Брундтланд Г.Х.* Открытие заседания научной группы ВОЗ по ушербу при мышечно-скелетных заболеваниях / Г.Х. Брундтланд // Ревматология. 2001. № 1. С. 37–39.
5. *Агабабова Э.Р.* Критерии урогенных и энтеро-генных реактивных артритов (проект) / Э.Р. Агабабова, Н.В. Бунчук, С.В. Шубин и др. // Научно-практическая ревматология. 2003. № 3. С. 82–83.
6. *Sokka T.* Reaktive Arthritis. Clinical Guidance from ACP, 2004.
7. *Toivanen A., Toivanen P.* Reaktive Arthritis // Isr. Med. Assoc. J. 2001; Sep. V. 3:681–685.
8. *Фадеев Г.Д.* Нарушение кишечного микробиоценоза и его коррекция при воспалительных заболеваниях кишечника на основе доказательной медицины / Г.Д. Фадеев // Сучасна гастроентерология. 2010. № 3. С. 127–132.
9. *Шадрин О.Г.* К вопросу формирования эубиоза кишечника при искусственном вскармливании детей грудного возраста / О.Г. Шадрин // Гастроэнтерология и гепатология. 2014. № 1 (57). С. 122–126.
10. *Yu D., Kuipers J.G.* Role of bacteria and HLA-B27 in the pathogenesis of reactive arthritis // Rheum. Dis. Clin North Am. 2003; V. 29: 21–36.