

УДК 616.72-002.77

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ В г. АНДИЖАНЕ

Олимжанов Мирзохид Юсупжанович

Научный руководитель, доцент

Д.Н. Холматов

Андижанский государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

**Аннотация:** Среди проживающих в г. Андижане несовершеннолетних с ревматоидным артритом преобладает олигоартикулярный вариант (58,7%), на втором месте полиартикулярный RF-негативный вариант (41,3%), на 3-м месте системный вариант (2,3%). и последний - полиартикулярный RF-позитивный вариант (1,1%). По полу болеющих девочек в полтора раза больше, чем мальчиков. Начало суставного синдрома приходится преимущественно в раннем школьном и взрослом возрасте. Суставной синдром преимущественно проявляется при артритах коленей, стоп, запястий, крупных суставов и при полиартикулярном варианте, а также мелких суставов запястий, кистей и стоп.

**Ключевые слова:** ювенильная идиопатический артрит, олигоартикулярный вариант, полиартикулярный вариант

### ВВЕДЕНИЕ

Ювенильный артрит или ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – артрит длительностью более 6 нед., развивающийся у детей до 16 лет с неизвестной причиной, исключающий патологию других суставов [5, 6, 7].

ЮИА — тяжелое хроническое деструктивное воспалительное заболевание суставов, поэтому относится к категории важнейших заболеваний с социальной и медицинской точки зрения и является одной из основных нозологических форм ревматических заболеваний, вызывающих детскую инвалидность в мир [1,4,8 ].

В последние десятилетия наблюдается тенденция к увеличению числа диагностируемых системных заболеваний, в том числе ЮИА. Это связано с изменением диагностических критериев и расширением диагностических возможностей, а также ростом системных заболеваний [4,5,7].

Традиционно диагноз ЮИА основывается на клинической картине суставного синдрома, рентгенологических и лабораторных данных [3].

В настоящее время общепринята классификация ЮИА Всемирной лиги ревматологических ассоциаций (ILAR 2017), согласно которой выделяют следующие варианты заболевания - системный ювенильный идиопатический артрит; -

олигоартикулярный ювенильный идиопатический артрит; – полиартикулярный ювенильный идиопатический артрит, RF-негативный; – полиартикулярный ювенильный идиопатический артрит, RF-позитивный; - ювенильный псориатический артрит; - артрит, связанный с энтезитом; – недифференцированные артриты [2,6,8].

Цель исследования. Изучить структуру (варианты, половозрастные особенности) и проявления суставного синдрома у детей с ЮИА в городе Андижан.

Материалы и методы. В 2021-2022 годах ретроспективно проанализированы истории болезни 45 пациентов с впервые выявленным ЮИА в возрасте от 2 до 15 лет, проходивших обследование и лечение в отделении кардиоревматологии Медицинского центра Восточной медицины в Андижане.

У всех детей имелся суставной синдром длительностью более 7 недель. На этапе диагностики исключали заболевания со сходной клинической симптоматикой, например: реактивный артрит (после перенесенных инфекций - иерсиниоз, сальмонеллез, шигеллез, хламидиоз, токсокароз, токсоплазмоз и др.), начало системных заболеваний соединительной ткани, острое течение. ревматизм, септический артрит, геморрагический васкулит, туберкулез, вирусные гепатиты В и С, гемофилия, лейкопения, опухолевые процессы и др.

Анализируя данные общеклинического обследования органов и систем, необходимо было оценить симптомы суставного синдрома: припухлость суставов, болезненность при пальпации и при движении суставов, повышение местной температуры.

Изучены лабораторные методы диагностики: показатели клинического анализа крови, данные биохимических и иммунологических исследований, С-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора (РФ), антител к ДНК и антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АКЦП).

Также анализировались данные, полученные инструментальными методами исследования: ультразвуковое исследование пораженных суставов (наличие суставной жидкости, состояние синовиальной оболочки и суставных хрящей), рентгенография (кость и хрящ суставов на предмет выявления деструктивных изменений). в тканях). Для определения наличия увеита анализировали результаты осмотра офтальмолога (с биомикроскопией глаза).

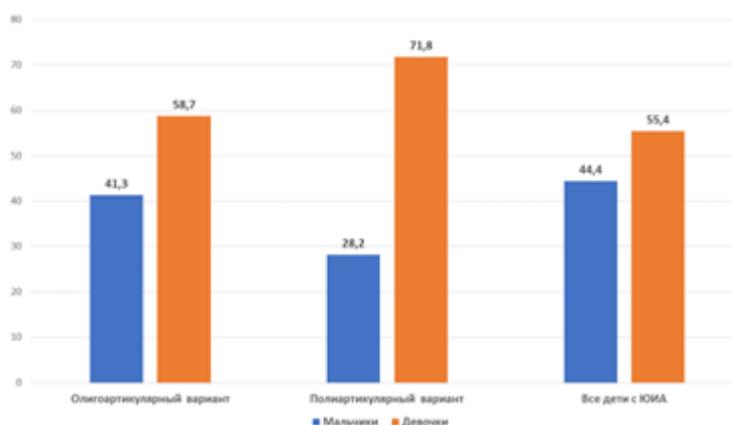
Результаты и обсуждение. В результате наблюдения были выявлены следующие варианты ЮИА: олигоартикулярный (поражаются 1-4 сустава) - у 31 пациента (68,8%), полиартикулярный (поражаются 5 и более суставов в первые 6 мес заболевания) - у 12 больных (26,6%) и системный - у 2 детей (4,4%). В зависимости от варианта течения ЮИА были сформированы 2 группы с целью определения особенностей по полу и возрасту, а также по проявлению суставного синдрома. В первую группу вошли 31 пациент с олигоартикулярным вариантом, во вторую — 12 пациентов с полиартикулярным вариантом.

Из-за небольшого количества детей с системным началом ЮИА в данное исследование не были включены только 2 пациента. Но следует отметить, что все это были мальчики 4, 5 и 13 лет. Суставной синдром у них проявляется полиартритом с поражением коленных, голеностопных, плечевых, лучезапястных суставов, а также мелких суставов кистей. Далеко от внесуставных проявлений. Преобладает стойкая фебрильная или высокая лихорадка, сопровождающаяся неоднократными подъемами в течение суток, озноб, миалгии и артралгии. Также отмечались: кожный синдром в виде пятнисто-папулезных или уртикарных высыпаний, лимфаденопатия и гепатоспленомегалия.

Среди всех детей с ЮИА по полу девочек в 1,5 раза больше, чем мальчиков: 25 девочек и 20 мальчиков (55,5% и 44,4% соответственно). Внутри групп также преобладают женщины (рис. 1).

В первой группе соотношение девочек:мальчиков составляет 1,5:1 ( $p < 0,05$ ), а во второй - 2,4:1 ( $p < 0,05$ ).

Средний возраст начала заболевания у всех пациентов с ЮИА составил  $8,9 \pm 0,4$  года.



**Рис. 1. Половая характеристика детей с ЮИА**

В группе детей с олигоартрикулярным вариантом дебют суставного синдрома наблюдался в возрасте 2-15 лет, средний возраст составил  $9,6 \pm 0,5$  года. В группе детей с полиартрикулярным вариантом начало заболевания регистрировали в возрасте 3-15 лет, средний возраст составил  $7,4 \pm 0,4$  года, что было достоверно ниже, чем в первой группе ( $p < 0,05$ ).

Средний возраст начала заболевания достоверно не отличался между мальчиками и девочками в каждой группе ( $p > 0,05$ ). Выявлена достоверная разница в среднем возрасте начала заболевания у девочек между группами: во второй группе этот показатель был ниже (табл. 1).

**Таблица 1**

**Показатели среднего возраста детей в группах в зависимости от пола**

Пол	Средний возраст в годах, $M \pm m$	
	1-я группа (n=31) (олигоартикулярный вариант)	2-я группа (n=12) (полиартикулярный вариант)
Мальчики и девочки	9,5±0,5	7,5±0,4
Мальчики	8,7±0,7	7,16±1,5
Девочки	11,0±0,7	7,4±0,4

У детей с олигоартикулярным ЮИА суставной синдром выражается артритом 1-4 суставов.

Отмечались припухлость, болезненность и нарушение функции пораженных суставов. Кроме того, у большинства детей развивалась атрофия мышц проксимальнее пораженного сустава. В патологический процесс вовлекались лучезапястные, тазобедренные, коленные, голеностопные суставы, а также мелкие суставы кистей и стоп.

Поражение одного сустава (моноартрит) выявлено у 11,3% (7 детей), причем во всех случаях это был артрит коленного сустава. В остальных случаях в течение 6 мес. от начала заболевания поражались 2-4 сустава. В процесс чаще всего вовлекались коленные и голеностопные суставы, реже мелкие суставы пальцев рук и ног, лучезапястные и тазобедренные суставы.

Примечательно, что в первой группе поражение мелких суставов пальцев рук и ног наблюдалось преимущественно у женщин: из 17 детей 15 составили девочки, что составило 82,2%.

В группе детей с полиартикулярным вариантом суставной синдром характеризовался поражением 5 и более суставов в течение первых 6 мес. заболевания. По классификации полиартикулярный вариант ЮИА разделяют на РФ-негативный и РФ-позитивный (соответственно ревматоидный фактор отрицательный и положительный в двух случаях в течение 3 мес). В нашем исследовании среди всех детей с полиартикулярным вариантом положительный РФ выявлен только у 2 пациентов (8%). У детей 2 группы в патологический процесс вовлекаются оба крупных сустава - локтевой, лучезапястный, тазобедренный, коленный, голеностопный и мелкие суставы кистей и стоп (пястно-фаланговые, плюснефаланговые, межфаланговые). В начале заболевания поражения шейного отдела позвоночника и височно-нижнечелюстных суставов не было.

Пораженные суставы опухшие, горячие на ощупь, болезненные при пальпации и движении. Такой синдром, как утренняя скованность, имелся у всех детей с полиартикулярным вариантом. Во второй группе чаще встречаются коленные, голеностопные, лучезапястные суставы и мелкие суставы кистей и стоп. Лабораторные методы диагностики включали в себя показатели клинического анализа крови, биохимические и иммунологические исследования.

В группе детей с олигоартикулярным вариантом средние показатели общего гемоглобина, количества лейкоцитов, процентное соотношение нейтрофилов и СОЭ были в пределах нормальных величин. Среди детей второй группы чаще выявлялся нейтрофильный лейкоцитоз и ускоренная СОЭ, которые увеличили средние величины этих показателей, по сравнению с первой группой.

Увеличение положительных показателей СРБ и антител к ДНК было выше у детей в группе с полиартикулярным вариантом и составило 91,2% и 22,7% соответственно (в 1-й группе - 24% и 17% соответственно). Наличие АКЦП связано с эрозивно-деструктивным поражением хрящевой ткани и развитием заболевания. В нашем исследовании АКЦП выявлен только у 12% (3 больных) в группе с полиартикулярным вариантом.

При ультразвуковом исследовании пораженных суставов в обеих группах отмечены следующие изменения: утолщение синовиальной оболочки, нечеткие контуры суставных поверхностей, увеличение количества синовиальной жидкости.

Появление изменений на рентгенограммах суставов зависит от давности заболевания – чаще всего оно появляется через 1–2 года после появления первых симптомов. В результате анализа заключений рентгенографии суставов изменения носили вид сужения суставной щели, эрозий и эрозий суставных поверхностей, остеопороза и были выявлены на ранних стадиях заболевания. только в 6,5%. Олигоартикулярный вариант у % детей и полиартикулярный вариант у 16,7%. Среди всех больных ЮИА рентгенологические изменения выявлены у 8%.

На этапе диагностики очень важно, чтобы каждый пациент был осмотрен офтальмологом с помощью биомикроскопии глаза. Среди больных в нашем исследовании увеит на ранних стадиях заболевания не выявлен.

Выводы. Так, среди больных ЮИА, жителей города Андижана, преобладает олигоартикулярный вариант (58,7%), на втором месте полиартикулярно-РФ-негативный вариант (41,3%), на третьем месте системный вариант (2,3), на последнем месте - полиартикулярный РФ-негативный вариант. (1,1%). По полу у всех больных ЮИА девочки встречались в полтора раза чаще, чем мальчики, а у больных с полиартикулярным вариантом женщины преобладали почти в 2,5 раза.

Дебют суставного синдрома у пациентов с ЮИА обычно происходит в раннем школьном и взрослом возрасте. Суставной синдром преимущественно проявлялся артритом коленных, голеностопных суставов и полиартикулярного варианта, а также лучезапястных суставов и мелких суставов кистей и стоп. У пациентов с ЮИА гуморальная активность и маркеры иммунного воспаления оказались более характерными для полиартикулярного варианта.

Среди всех больных ЮИА в начале заболевания изменения хрящевой и костной ткани суставов при рентгенологическом исследовании выявлены лишь у 8%.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Алексеева Е.И., Ахмедова С.А. Клинико-демографическая характеристика детей с ювенильным идиопатическим артритом в России/данные многоцентрового регистра союза педиатров России//Педиатрическая фармакология. 2015; 12(2): 218.
2. Алексеева Е.И. Ювенильный идиопатический артрит: клиническая картина, диагностика, лечение //Вопросы современной педиатрии. 2015; 14(1): 78-94.
3. Баранов А.А., Алексеева Е.И. Ревматические болезни у детей// Москва: Союз педиатров России, 2016. 144 с.
4. Бурлуцкая А. В., Савельева Н. В., Полицук С. В. Структура и клинические проявления ювенильного идиопатического артрита у детей в г. Андижане//Кубанский научный медицинский вестник 2018; 25; (6).Ст.38-44.
5. Кузьмина Н.Н., Федоров Е.С., Movsisyan G.R., Салугина С.О. Аутовоспалительные заболевания-современный взгляд на проблему// Научно-практическая ревматология. 2009; 47(1): 63-75.
6. Семенова О.В., Салугина С.О., Кузьмина Н.Н. Оценка качества жизни при ювенильных артритах. Научно-практическая ревматология. 2005; 43(1): 49-56.
7. Combe B, Landewe R, Lukas Cl. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT) Ann Rheum Dis. 2007; 66: 34-45.
8. Thierry S. Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: a systematic review. Joint. Bone. Spine. 2014; 81(2): 112-117.