

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ВОЗДЕЙСТВИЕ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Собирова Э.А., Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р.

*Ташкетский Педиатрический Медицинский институт,  
кафедра Госпитальная педиатрия №2, г.Ташкент*

**Ключевые слова:** дети, реактивный артрит, носоглоточной инфекции, вакцинация.

**Резюме:** в зависимости от входных ворот инфекции ReA разделены на следующие группы: постэнтероколитические (энтерогенные); урогенитальные (урогенные); артриты при носоглоточной инфекции. К началу развития заболевания предшествовали следующие факторы: острые респираторно-вирусные инфекции 46,4%, диарея 29,6%, травмы суставов 19,5 %, вакцинация 3,5 %.

**Resume:** depending on the entrance gate, ReA infections are divided into the following groups: postenterocolitic (enterogenic); urogenital (urogenic); arthritis with nasopharyngeal infection. The following factors preceded the onset of the disease: acute respiratory viral infections 46.4%, diarrhea 29.6%, joint injuries 19.5%, vaccination 3.5%.

**Актуальность.** Реактивные артриты (реактивных артропатий) — это группа асептических (негнойное) заболеваний суставов, которые развиваются через 2–4 недели в ответ на внесуставную инфекцию, при которой причинный агент не может быть выделен из сустава, в результате нарушения иммунитета у генетически предрасположенных людей, вследствие недостаточной утилизации комплекса антиген-анти-тело макрофагальной системой. Частота ReA в структуре ревматических заболеваний в различных странах мира составляет от 8 до 53,7 % [1,2]. Термин «реактивный артрит» предложен финскими исследователями Ahvonen с соавт. в 1969 г., впервые описавшими артрит, развившийся после иерсиниозной инфекции [5]. В дальнейшем «реактивный артрит» полностью вытеснил предложенный А. И. Нестеровым в 1959 г. термин «инфекционно-аллергический артрит». В зависимости от входных ворот инфекции ReA разделены на следующие группы: постэнтероколитические (энтерогенные); урогенитальные (урогенные); артриты при носоглоточной инфекции [3,4,5]. Актуальность проблемы реактивного артрита обусловлена также тем, что клинически сходные с ними поражения суставов в ряде случаев являются дебютом других более грозных, нередко системных ревматических заболеваний.

**Цель:** анализ частоты встречаемости и факторы влияющие на развитие реактивных артритов у детей старшего школьного возраста.

**Материалы и методы.** Были проанализированы 250 историй болезни подростков, находившиеся на лечении в дневном стационаре кардиоревматологического отделения Городского Подросткового Диагностического Центра г.Ташкента за период 2017-2019гг. Из них мальчики 95 (37,8 %), девочки 155 (62,2 %). Возрастной состав обследованных детей был от 12 лет до 18 лет, среди них детей в возрасте 12-14 — 39,9 %; 15–18 лет — 60,1 %. Для подтверждения диагноза применялись следующие методы исследования, клиничко-anamnestические, лабораторные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические анализ крови с определением антистрептолизина О (АСЛО), С-реактивного белка, ревматоидного

фактора (РФ), бактериологический посев из зева; инструментальные методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), Эхокардиография (ЭхоКГ) и рентгенография суставов. Анкета опросник для родителей и подростков.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ больных по полу и возрасту свидетельствовал о большей заболеваемости детей старше 15 лет и четкой тенденции преобладания девочек. По результатам нашего исследования, среди детей с РеА выявлено, что началу развития заболевания предшествовали следующие факторы: острые респираторно-вирусные инфекции 46,4%, диарея 29,6%, травмы суставов 19,5 %, вакцинация 3,5 %, а так же важную роль отводят наследственности. В 65,4% случаев выявляли наследственную отягощенность по ревматическим заболеваниям. При углубленном анализе в нашем исследовании основным фактором РеА была зоонозная инфекция 35,5 % (содержания собаки и кошки в домашних условиях), вирусная инфекция 28,2 % травматическое поражение 19,5 % и этиология не выявлена у 17 %. При анализе у 90 % детей основной жалобой при поступлении были боли в суставах, что составило 95,9 %, а также на нарушение функции суставов (отек, гиперемия, повышение температуры над суставом, изменение походки, неполное сгибание или разгибание в суставах) у 36 пациентов (26,5 %). Метеозависимость отмечали 70,37% больных, сезонность заболевания, усиление жалоб в весеннее и осеннее время года — 29,63%, а у 25% детей боли характеризовались как частое, 12,6% — ее наличие в течение нескольких дней ежемесячно. Среди обследованных детей 35%, составляли дети занимающихся в спортивных секциях, которые получали незначительные травмы и ушибы во время тренировок. Анализ количества пораженных суставов показал, что у 25% преобладал моноартикулярный тип поражения суставов, а во 2 группе встречались олигоартриты. В структуре РеА достоверно чаще ( $P < 0,01$ ) встречалось острое течение заболевания, что составило 62,3 % от всех случаев, соответственно рецидивирующее течение наблюдалось у 37,7 % обследованных детей. При оценке суставного статуса наиболее часто отмечали грубый хруст при движении в пораженных суставах -95,4%. У 26,5% подростков выявлена боль при пальпации суставов, у 15,4% — при пассивных движениях. Крепитацию, атрофию периартикулярных мышц, болевых контрактур не выявили. Такие признаки синовита, как припухание и повышение местной температуры кожи над суставом, отмечали соответственно у девочек 36,7% и мальчиков 8,3%. При проведении УЗИ коленных суставов такие признаки синовита, как утолщение синовиальной оболочки и наличие жидкости в супрапателлярной сумке, определяли у 10% обследованных подростков, чаще — у девочек 15-18 лет. При рентгенологического исследования пораженных суставов наиболее часто выявляли: уплотнение суставных поверхностей костей (37,5%), сужение суставной щели (25%), заострение межмышечковых возвышений большеберцовых костей (7,3%), рентгенологические изменения в суставах зависит от длительности заболевания. Отмечали большое количество пациентов с нарушениями физического развития. Дисгармоническое физическое развитие (21,30%) чаще выявляли у девушек (25,45%), чем у юношей (16,98%). У 52,17% исследуемых этой группы отмечали избыточную массу тела, что значительно превышало частоту других отклонений. Общим клиническим признаком реактивных артритов у детей являлась предшествующая инфекция, которая к моменту развития артрита, как правило, проходила. В от-

дельных случаях артрит развивался одновременно с диареей, инфекцией мочевой системы, поражением глаз (конъюнктивит). Необходимо подчеркнуть, что у 1/3 обследованных детей отмечалась семейная отягощенность по заболеванию суставов, у 26 % детей выявлены различные аллергические заболевания.

**Выводы:** в этиологии РеА у обследованных детей преобладает зоонозная и вирусная инфекция. К началу развития заболевания предшествовали следующие факторы: острые респираторно-вирусные инфекции 46,4%, диарея 29,6%, травмы суставов 19,5 %, вакцинация 3,5 %, а так же важную роль отводят наследственности, 65,4% случаев выявляли наследственную отягощенность по ревматическим заболеваниям. У обследованных детей с реактивным артритом чаще были поражены коленные, голеностопные и тазобедренные суставы, значительно реже суставы верхних конечностей. Клиническими особенностями течения реактивных артритов у детей явились — острый характер суставного синдрома, асимметричность суставного синдрома, олигоартрит средних и крупных суставов в основном нижних конечностей, относительно доброкачественное течение, без нарушения функциональной способности вовлеченных суставов.

#### Литература

1. Алексеева Е. И., Жолобова Е. С. Реактивные артриты у детей. Вопросы современной педиатрии, 2003, т.2, № 1, с. 51–56.
2. Бельгов А. Ю. Реактивные артриты: диагностика и лечение / А. Ю. Бельгов // Лечебное дело. — 2009. — № 2. — С. 45–53.
3. Бекетова, О. В. Солдатова, И. П. Горячева [и др.] // Педиатрия. Восточная Европа. — 2013. — № 4 (04). — С. 108–124.
4. Головченко Н. Н. Терапевтические подходы к ведению реактивных артритов, ассоциированных с гастродуоденопатией / Н. Н. Головченко, М. Ю. Сульженко // — Перинатология и педиатрия. — 2012. — № 3 (51). — С. 84.
5. Дагбаева Д. В. Тактика терапии реактивных артритов, ассоциированных с кишечной инфекцией у детей / Д. В. Дагбаева, Е. С. Жолобова // — Педиатрия. — 2009. — Т. 87, № 1. — С. 55–60.