

Жолудь Е. В., Марукевич К. Е.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Волкова О. Н.

Кафедра пропедевтики детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Ювенильный ревматоидный артрит – одна из наиболее частых и инвалидизирующих заболеваний среди воспалительных ревматических болезней детского возраста. В Республике Беларусь за 2018 год было выявлено 79,3 случая 100 тысяч детского населения. У 48% пациентов исходом заболевания является инвалидность. Смертность составляет 0,5-1%.

Цель: провести клиничко-лабораторный анализ, сравнение показателей у пациентов со следующими вариантами ревматоидного артрита: юношеский (ювенильный) артрит с системным началом (M08.2), юношеский (ювенильный) полиартрит (серонегативный) (M08.3), пауциартикулярный юношеский (ювенильный) артрит (M08.4) и сравнительный анализ полученных данных с современной медицинской литературой.

Материалы и методы. Были изучены данные выкопировки сведений из медицинских карт стационарного больного (форма 003/у-07) у 30 пациентов с ЮРА в возрасте 2-17 лет, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении УЗ «4-ая городская детская клиническая больница». Был проведен анализ результатов клиничко-лабораторных, инструментальных методов. Все диагнозы верифицированы согласно клинических протоколов МЗ РБ. Изучены современная медицинская литература и научные статьи.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования установили, что общее распределение по полу составило: девочки - 70%, мальчики – 30% ($p < 0,05$), или 2:1. Исключение - юношеский полиартрит, где распределение составило девочки 82%, мальчики – 18% ($p < 0,001$). Первыми симптомами при всех вариантах заболевания были боль, отек, ограничение движения в суставах. В варианте ювенильного артрита с системным началом ведущими симптомами были лихорадка и сыпь. Суставной синдром характеризуется поражением крупных суставов – коленных, локтевых, голеностопных. При полиартрите наблюдается дополнительное поражение мелких суставов стоп и кистей. В общем анализе крови у 30% пациентов отмечается лейкоцитоз без нейтрофильного сдвига влево (при этом при ЮРА с системным началом у всех пациентов количество лейкоцитов в норме), также в 53,3% случаев отмечается лимфоцитоз, у 30% пациентов отмечается увеличение СОЭ, также у 16,7% пациентов наблюдался эритроцитоз, при этом у 30% показатель гемоглобина был снижен. В биохимическом анализе крови у всех пациентов отмечается нормальный показатель РФ, при ЮРА с системным началом у 11% пациентов снижен показатель Ig M, при пауциартикулярном ЮРА у 22% Ig M повышены, среди всех исследуемых пациентов у 33% показатель Ig G оказался сниженным.

Выводы. В результате сравнения полученных данных с литературой были замечены следующие несоответствия: соотношение девочек к мальчикам в варианте пауциартикулярного артрита по данным историй болезни составляет 2:1 (в литературе – 5:1); мы не встречали поражения височно-челюстных и суставов шейного отдела позвоночника, признаков увеита, повышения температуры в ювенильном полиартрите; у пациентов отсутствовали признаки иридоциклита в пауциартикулярном варианте артрита; в лабораторных анализах при ЮРА с системным началом показатель лейкоцитов у всех пациентов в норме (в литературе отмечается выраженный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево), показатель СРБ у всех пациентов с ЮРА с системным началом в норме (в литературе – повышен), отмечается понижение Ig M (в литературе – повышение); для всех трех изучаемых форм ЮРА характерно уменьшение Ig G (в литературе – увеличение); также при всех трех формах ЮРА отмечается эритроцитоз. Возможно данные несоответствия связаны с тем, что пациенты из случайной выборки находились в состоянии клинической ремиссии.