

В.С. Прохорик

**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЮИА
У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРА**

Научные руководители: ст. преп. Е.С. Тарасова,

доц., канд. мед. наук О.Н. Назаренко

Кафедра пропедевтики детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

V.S. Prokhorik

**ASSESSMENT OF CLINICAL SIGNS OF VARIOUS TYPES OF JIA
IN CHILDREN ACCORDING TO HOSPITAL DATA**

Tutors: senior teacher E.S. Tarasova,

associate professor, PhD O.N. Nazarenko

Department of Propaedeutics of Childhood Diseases

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) является наиболее распространенным детским ревматологическим заболеванием и классифицируется по подтипам в соответствии с критериями Международной лиги ревматологических ассоциаций. В данной статье были рассмотрены ведущие клинические и лабораторные признаки ЮИА у детей и наиболее часто встречающиеся патологии.

Ключевые слова: ювенильный идиопатический артрит, увеит, витамин D, плоскостопие, заболевания сердечно-сосудистой системы, биомаркеры.

Resume. Juvenile idiopathic arthritis (JIA) is the most common pediatric rheumatological disease and is classified into subtypes according to the criteria of the International League of Rheumatology Associations. This article examines the leading clinical and laboratory signs of JIA in children and the most common pathologies.

Keywords: juvenile idiopathic arthritis, uveitis, vitamin D, flat feet, diseases of the cardiovascular system, biomarkers.

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) является наиболее распространенным изнурительным ревматическим заболеванием детского возраста, распространенность которого составляет 1/1000 во всем мире. ЮИА включает гетерогенные подтипы заболеваний со сложной иммунопатологией и приводит к общему проявлению, а именно воспалению и утолщению слизистой оболочки сустава, поражению не только суставов, но и внесуставных структур, включая глаза, кожу и внутренние органы, с характерным началом у детей в возрасте до 16 лет. Иммунные клетки и медиаторы воспаления интерлейкин (IL)-1, IL-6 и IL-17, а также фактор некроза опухоли (TNF)- α являются хорошо изученными цитокинами, которые активно способствуют клиническим фенотипам ЮИА, таким как синовиальное воспаление и резорбция кости [1].

Витамин D был впервые известен как важный элемент, регулирующий здоровье костей и изменяющий гомеостаз кальция. Дефицит витамина D может привести к остеопорозу и рахиту у детей. Помимо его эндокринной активности, широко обсуждается его иммунорегуляторное свойство усиливать иммуномодулирующую активность моноцитов и макрофагов, а также подавлять выработку провоспалительных цитокинов многочисленными Т-лимфоцитами. Таким образом имеется связь с дефицитом витамина D и различными инфекционными состояниями, аутоиммунными заболеваниями, в том числе и ЮИА [2].

В тоже время, этиология заболевания остается до конца не выясненной, что предопределяет преимущественно патогенетическую и симптоматическую направленность лечения.

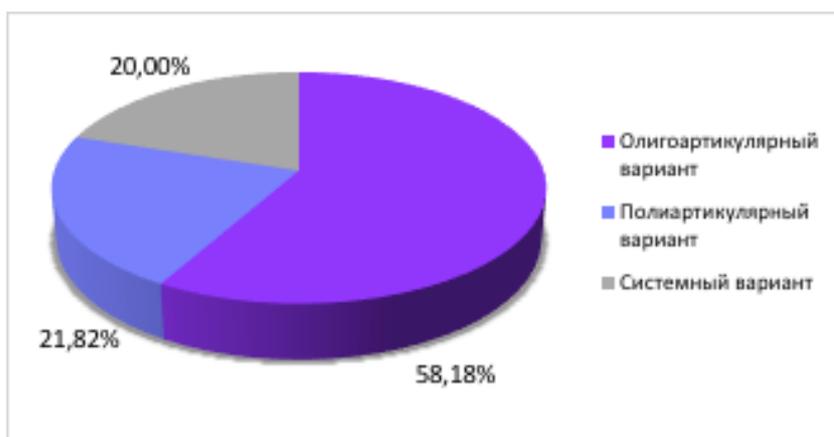
Цель: изучить ведущие клинические и лабораторные признаки ЮИА у детей на современном этапе.

Задачи:

1. Изучить ведущие лабораторные маркеры разных видов ЮИА.
2. Проанализировать результаты анамнестических данных у детей с ЮИА в контексте сопутствующих патологий сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательной системы и ожирения.
3. Оценить процент пациентов с ЮИА, имеющих дефицит витамина D.

Материалы и методы. Из 55 пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении УЗ «4-ая городская детская клиническая больница» г. Минска в 2023 году, были изучены данные выкопировки сведений из медицинских карт стационарных больных (форма 003/у-07) пациентов с ЮИА в возрасте 1-17 лет. Был проведен анализ результатов лабораторных методов. Изучены современная медицинская литература и научные статьи. Статистическая обработка результатов проведена с использованием прикладной программы «Microsoft Excel 2019». Анализ статистической значимости межгрупповых различий количественных признаков определяли с помощью среднеквадратичного отклонения и t критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,01$.

Результаты и их обсуждения. В исследовании были использованы данные из медицинских карт 55 детей (24 мальчиков и 31 девочек) с ЮИА. Средний возраст пациентов составил $12 \pm 3,62$ лет. Процентное соотношение пациентов с различными видами ювенильного артрита представлено в диаграмме 1.



Диагр. 1 – Процент детей с разными видами ЮИА

Общие лабораторные нарушения, указывающие на системное воспаление, включают повышенную скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок (СРБ), уровень антистрептолизина -О (АСЛ-О), ревматоидному фактору (РФ) и антител к циклическому цитруллинсодержащему пептиду (AntiCCP), которые помогают определить активность заболевания. У исследуемой группы детей эти показатели составили (таблица 1):

Табл. 1. Оценка лабораторных показателей у пациентов трех видов ЮИА

Вид/данные	СОЭ Мм/ч	СРБ Мг/л	АСЛ-О Ед/мл	AntiCCP Ед/мл	РФ Ед/мл
Олигоартикулярный вариант (серонегативный по RF и AntiCCP)	11±12,39	3,45±13,01	107,9±311,49	2,0±,18	3±1,87
Полиартикулярный вариант (серонегативный по RF)	15±8,84	4,3± 26,09	95,6±101,83	4,2±3,25	5±19,99
Системный вариант	33±20,24	13 ± 24,93	60,25±65,87	–	5±1,96

Табл. 2. Сравнение наиболее статистически значимых показателей среди трех видов ЮИА

Группы/данные	СОЭ Мм/ч	СРБ Мг/л	АСЛ-О Ед/мл	РФ Ед/мл
Р ₂ олиго/сист	0,0006** (p < 0,001)	0,0034* (p < 0,005)	0,158 –	0,805 –
Р ₃ поли/сист	0,013* (p < 0,01)	0,405 –	0,416 –	0,293 –

Из таблицы 2 видно, что наиболее значимыми показателями, определяющими тяжесть заболевания, являются ускорение СОЭ и СРБ (достоверно более выраженные при системном варианте ЮИА). Еще также можно отметить некоторое повышение уровня АСЛ-О при олигоартикулярном варианте.

У больных ЮИА наблюдается четко выраженная суточная периодичность клинических проявлений. Так боль и припухлость в суставах, симптом «утренней скованности», повышение температуры до субфебрильных значений, более выражены в ранние утренние часы, отмечались у 72,7% детей, при этом 20 из них получали базисный препарат «Метотрексат» в комбинации с фолиевой кислотой (для исключения мегалобластной анемии), 13 детей получали «Метотрексат» + ГКС («Метилпреднизолон») + НПВС, ГИБП («Тоцилизумаб») получали 3 ребенка и только ГКС («Метилпреднизолон») получали 4 ребенка.

В работе также уделено внимание анализу наиболее часто встречающихся сопутствующих заболеваний (табл. 3).

Табл.3. Наиболее часто встречающиеся сопутствующие заболевания при разных видах ЮИА

Показатель	Олигоартикулярный	Полиартикулярный	Системный
Ожирение	18,75%	16,67%	–
Плоскостопие	18,75%	16,67%	–
МАРС	50%	50%	54,55%

У 21 ребенка на основе ОАК был обнаружен дефицит витамина D (самый низкий уровень у двух девочек 14 и 13 лет составил 8 нг/мл, при норме 30-100 нг/мл). Всем детям был назначен прием препаратов витамина D в дозе 5000 МЕ 1 раз в день в течении 7 недель, с последующим контролем и приеме уже в терапевтической поддерживающей дозе 2000 МЕ.

Выводы:

1. Наиболее частым вариантом ЮИА у детей по данным стационара является олигоартикулярный вариант 58,18%.

2. Значимыми маркерами ЮИА являются СРБ ($p < 0,005$) и СОЭ ($p < 0,001$ и $p < 0,01$), наиболее выраженные при системном варианте.

3. Среди сопутствующих заболеваний у 54,55% пациентов с системным вариантом была диагностирована МАРС, у детей с полиартикулярным и олигоартикулярным типом артрита этот показатель составил по 50%; так же у пациентов с олигоартикулярным типом в 18,75% случаев диагностировалось плоскостопие и повышение ИМТ, у детей с полиартикулярным вариантом – в 16,67% случаев.

4. Выявлена высокая степень недостаточности витамина D, наблюдавшаяся у 38,18% детей.

Литература

1. Global prevalence estimates of three chronic musculoskeletal conditions: Club foot, juvenile idiopathic arthritis and juvenile systemic lupus erythematosus / M. Dave [et. al.]. *Pediatric Rheumatol*, 2020, 18, 49, <https://doi.org/10.1186/s12969-020-00443-8>.

2. Skrobot A., Demkow U., Wachowska M. Immunomodulatory role of vitamin D: A review. *Adv. Exp. Med. Biol*, 2018. p. 13 – 23.