

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 17, №2

2018



616.72-002.772

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

© Долженкова В.Г., Матвиенко Е.В., Кривдина Н.Д., Хмелевская И.Г., Фетисова А.С.

*Курский государственный медицинский университет, Россия, 305041, Курск, ул. Карла Маркса, 3**Резюме*

Цель. Изучение клинико-лабораторных показателей течения ювенильного ревматоидного артрита у детей.

Методика. В исследовании приняли участие 18 пациентов с ювенильным ревматоидным артритом в возрасте от 4 до 16 лет, находившихся на стационарном обследовании и лечении в условиях отделения ревматологии Курской областной детской клинической больницы в 2016 г. Преобладали лица женского пола ($p < 0,01$). Средний возраст детей составил $9,14 \pm 0,31$ год и был сопоставим по полу во всех группах. В ходе работы уточняли уровень активности заболевания, степень выраженности воспалительного процесса, характер изменений в суставах.

Результаты. Полиартикулярный вариант поражения суставного аппарата встречался более чем у 83,3% детей. У мальчиков преобладал олигоартикулярный вариант патологии. Ограничение двигательной активности суставов и затруднения при ходьбе, испытывали 94,4% больных, боль, преимущественно в утренние часы, испытывали практически половина исследуемых (49,3%). При проведении лабораторных исследований крови у всех пациентов выявлены изменения воспалительного характера: повышение СОЭ, серомукоида, гликопротеидов, С-реактивного белка. При проведении инструментальных исследований: ультразвуковой диагностики у всех пациентов выявлены признаки синовита, рентгенологические изменения чаще всего соответствовавшие II рентгенологической стадии по Штейнброккеру. Рецидивы ювенильного ревматоидного артрита, встречались у 72,2% пациентов.

Заключение. В ходе проведенной работы была дана характеристика суставного синдрома, проанализированы частота поражений отдельных групп суставов, рентгенологические признаки и параметры, характеризующие воспалительную активность.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, диагностика, боль, суставы

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Dolzhenkova V.G., Matvienko E.V., Krivdina N.D., Khmelevskaya I.G., Fetisova A.S.

*Kursk State Medical University, 3, Karl Marx St., 305041, Kursk, Russia**Abstract*

Objective. The study of clinical and laboratory indicators of the course of juvenile rheumatoid arthritis in children.

Methods. In the study, 18 patients with juvenile rheumatoid arthritis aged 4 to 16 years who were on inpatient examination and treatment under the conditions of the department of rheumatology of the Kursk Regional Children's Clinical Hospital in 2016 took part. Female faces predominated ($p < 0,01$). The average age of children was 9.14 ± 0.31 years and was comparable by sex in all groups. In the course of the work, the level of activity of the disease, the severity of the inflammatory process, the nature of changes in the joints were specified.

Results. A polyarticular variant of involvement of the joint apparatus was found in more than 83.3% of children. In boys, the oligoarticular variant of pathology predominated. Restriction of joint motor activity and difficulty walking, experienced 94.4% of patients, pain, mostly in the morning, experienced almost half of the studied (49.3%). When carrying out laboratory blood tests in all patients, inflammatory changes were detected: an increase in ESR, seromucoid, glycoproteins, C-reactive protein. When carrying out instrumental studies: ultrasound diagnosis in all patients revealed signs of synovitis, radiographic changes most often corresponded to the second X-ray stage according to Steinbrucker. Relapses of juvenile rheumatoid arthritis occurred in 72.2% of patients.

Conclusion. It was concluded that when examining children with rheumatoid arthritis, they identified pleasures according to data, ultrasound and radiological studies, and laboratory data.

Keywords: juvenile rheumatoid arthritis, diagnosis, pain, joints

Введение

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) – артрит неустановленной этиологии, длительностью более 6 недель, развивающийся у детей в возрасте до 16 лет при исключении другой патологии суставов [1, 7]. Заболеваемость данной патологией составляет от 2 до 16 человек на 100 тыс. детского населения. Распространенность ЮРА в разных странах варьирует от 0,05 до 0,6 %. На территории Российской Федерации у детей до 18 лет она достигает 62,3 на 100 тыс. Смертность составляет в пределах 0,5-1% [2].

Этиология ЮРА до настоящего времени не известна. Существуют данные об участии в развитии заболевания инфекционного агента, возможно, вирусов и в их числе вируса Эпштейн- Барра, а также некоторых бактериальных агентов и микоплазм.[5, 8].

На современном этапе патогенез ЮРА изучен не полностью. Существуют данные о значении исходной реактивности организма, определяемой возрастом, полом, наследственной предрасположенностью к ревматоидному артриту и др. Одним из ведущих звеньев патогенеза являются иммунопатологические процессы, развивающиеся вследствие дисрегуляции клеточного и гуморального иммунитета [4].

Клиническая картина при данной патологии вариабельна, как и ее формы. Однако общим симптомом для всех пациентов является артрит. [3] Первые проявления заболевания характеризуются скованностью и болезненностью в области сустава, затем возникает припухлость и местная гипертермия. Одной из особенностей ювенильного ревматоидного артрита является поражение сочленений шейного отдела позвоночника и нижнечелюстно-височных суставов, что в дальнейшем приводит к возникновению тяжелых деформаций и нарушению качества жизни больных [9].

Согласно литературным данным, у 40% детей прогноз благоприятный, может наступить ремиссия продолжительностью от нескольких месяцев до нескольких лет. Однако обострение болезни может развиваться спустя годы после стойкой ремиссии. У 1/3 больных отмечается непрерывно рецидивирующее течение. У 50% больных развивается тяжелый деструктивный артрит с функциональной недостаточностью III степени [6, 7]. На современном этапе важной проблемой пациентов с ЮРА является ранняя диагностика заболевания, дающая возможность своевременно начать лечебные мероприятия, позволяющие предупредить прогрессирование патологии и раннюю инвалидизацию, а также улучшить их качество жизни [5].

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-лабораторных показателей течения ювенильного ревматоидного артрита у детей и подростков.

Методика

В исследование включено 18 пациентов с ювенильным ревматоидным артритом в возрасте от 4 до 16 лет, находившихся на стационарном обследовании и лечении в условиях отделения ревматологии Курской областной детской клинической больницы за период 2016 г. Преобладали лица женского пола ($p < 0,01$). Средний возраст детей составил $9,14 \pm 0,31$ год и был сопоставим по полу во всех группах. В ходе работы уточняли уровень активности заболевания, степень выраженности воспалительного процесса, характер изменений в суставах согласно «Федеральным клиническим рекомендациям по оказанию медицинской помощи детям с ювенильным ревматоидным артритом».

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ Microsoft Office, Statgraphics Plus 5.0. Достоверность полученных данных оценивали с помощью непараметрических критериев Вилкоксона-Манна-Уитни (u) и углового преобразования Фишера (ϕ). Персональные данные пациентов были закодированы.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе проведенного исследования установлено, что наиболее часто у детей и подростков с ювенильным ревматоидным артритом встречался полиартикулярный вариант поражения

суставного аппарата – 83,3% ($p < 0,01$). Важно отметить, что у мальчиков преобладал олигоартикулярный вариант патологии ($p < 0,01$). Наименьший удельный вес приходился на моноартикулярный вариант поражения суставов (4% случаев), который был выявлен только у одной девочки в возрасте 7 лет. Продолжительность заболевания у 33,3% исследуемых составила до 3 мес., от 3 до 6 мес. – у 5,6%, от 6 до 12 мес. – у 11,1%, от 1 года до 2 лет – у 22,2%, более 2-х лет – у 16,7% детей. Что касается рецидивов ювенильного ревматоидного артрита, то они отмечались у 72,2% пациентов, из них в одном и том же суставе были выявлены рецидивы: однократно – у 16,7% пациентов, 2 раза – у 22,2%, 3 и более раз – у 33,3%.

Результаты исследования показали, что сопутствующие заболевания были выявлены у 70,4% пациентов, в том числе: вегетососудистая дистония – у 33,3% детей, наличие хронического тонзиллита – у 27,8%, патология желудочно-кишечного тракта (гастриты, гастродуодениты и т.д.) встречалась в 11,1% случаев.

При изучении жалоб и данных объективного обследования пациентов с ЮРА установлено, что нарушение общего самочувствия отмечалось у 38,9 % исследуемых, слабость – у 55,6 %, утомляемость – у 44,4%. Ограничение двигательной активности суставов и затруднения при ходьбе, испытывали 94,4 % больных, утренняя скованность до 60 мин. встречалась у 22,2% пациентов, несколько реже она сохранялась в пораженных суставах до полудня (16,7 %). Боль в диартрозах в течение суток наблюдалась практически у половины исследуемых (49,3%), превалировали артралгии преимущественно в утренние часы ($p < 0,05$).

Оценивая степень выраженности боли согласно визуально-аналоговой шкалы Хаскинсона определено, что высшие показатели интенсивности болевого синдрома отмечались у лиц женского пола ($p < 0,01$). Это может свидетельствовать о различном болевом пороге чувствительности у лиц разного пола, либо интенсивность боли связана с более выраженной тяжестью патологических изменений у девушек. Согласно полученным данным, наиболее часто в патологический процесс вовлекались коленные и голеностопные суставы – 79,5% случаев ($p < 0,01$), реже лучезапястные (60,2%), мелкие суставы кистей (52,1%), мелкие суставы стоп (27,2%), локтевые (19,2%) и тазобедренные (12,6%) суставы. Следует отметить, что вовлечение в патологический процесс тазобедренных суставов, которое является одной из основных причин инвалидизации, отмечалось у половины детей с полиартритом, развивалось обычно на поздних стадиях болезни. Поражение суставов шейного отдела позвоночника, характеризовавшееся скованностью и болью в области шеи, было выявлено в 37,6% случаев.

У преимущественного числа пациентов ($p < 0,01$) суставной синдром сопровождался пальпаторной болезненностью в области диартроза с умеренным периартикулярным отеком. Местные изменения в пораженных суставах проявлялись деформацией, дефигурацией и локальной гипертермией над областью суставов.

Изучение лабораторных данных болезни показало, что у 57,9% пациентов отмечалось повышение наличие воспалительной активности заболевания. Так, максимальные значения скорости оседания эритроцитов (СОЭ) составили 17-28 мм/час, серомукоида – 0,350-0,420, гликопротеидов – 0,370-0,430. Повышение уровня С-реактивного белка встречалось у 53,1% детей. Положительный ревматоидный фактор был выявлен у 16,7% исследуемых. Всем исследуемым проводилось ультразвуковое исследование суставного аппарата, при котором у были обнаружены признаки санофита.

Рентгенологические изменения в вовлеченных в патологический процесс суставах выявлены у всех исследуемых пациентов. Они были важными диагностическими признаками наряду с клиническими. Наиболее часто регистрировались изменения, соответствующие II рентгенологической стадии по Штейнброккеру ($p < 0,05$). В зависимости от степени потери функций конечностей при ЮРА у детей и подростков преобладал I класс ($p < 0,05$): полностью сохранены профессиональная деятельность (учёба в школе) и самообслуживание (одевание, принятие пищи, уход за собой и т.д.).

Полученные результаты исследования не противоречат данным литературы. Ведущим клиническим синдромом многих заболеваний, связанных с патологией опорно-двигательного аппарата является болевой синдром. Чаще всего при артрологических болезнях боль носит хронический характер различного генеза, что требует длительной непрерывной терапии, для улучшения качества жизни пациентов. Так, в ходе работы установлено, что ревматоидным артритом чаще болеют лица женского пола с более выраженной интенсивностью болевого синдрома, о чем также указывает в своих публикациях Е.А. Беляева (2017). Многие авторы отмечают преобладание в клинической картине полиартикулярного варианта, с наиболее частым вовлечением в патологический процесс крупных суставов (коленных и голеностопных) и несколько реже дебют болезни начинался с поражения мелких суставов кистей и стоп [3, 5, 7].

Раннее подавление активности ревматоидного процесса ассоциируется со снижением риска развития рентгенологических изменений в диартрозах и, соответственно, сохранения их функциональной способности, тем самым улучшения качества жизни самих больных [6, 8].

Заключение

Таким образом, в ходе проведенного исследования установлено, что чаще всего ювенильный ревматоидный артрит встречался у лиц женского пола с более высокой интенсивностью артралгий ($p < 0,01$). В суставном синдроме преобладал полиартрит ($p < 0,01$) с поражением коленных и голеностопных суставов. Наиболее частым рентгенологическим признаком был умеренно выраженный эпифизарный остеопороз ($p < 0,05$). Преобладал I класс функциональной недостаточности суставного аппарата ($p < 0,05$), признаки синовита по данным ультразвукового исследования а так же лабораторные изменения воспалительного характера.

Литература (references)

1. Беляева Е.А. Ревматоидный артрит, клинические проявления, лабораторная и инструментальная диагностика // Клиническая медицина и фармакология. – 2017. – Т.3, №1. – С. 2-11. [Belyaeva E.A. *Klinicheskaya medicina i farmakologiya*. Clinical medicine and pharmacology. – 2017. – V.3, N1. – P. 2-11. (in Russian)]
2. Двойных Н.Д., Хмелевская И.Г., Яковлева А.В. Влияние терапии ювенильного ревматоидного артрита на состояние желудочно-кишечного тракта у детей // Университетская наука: взгляд в будущее: материалы международной научно-практической конференции, посвященной 81-летию Курского государственного медицинского университета и 50-летию фармацевтического факультета / Под ред. В.А. Лазаренко. – Курск, 2016. – С. 63-66. [Dvoynikh N.D., Khmelevskaya I.G., Yakovleva A.V. *Universitetskaya nauka: vzglyad v budushcheye: materialy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii, posvyashchennoy 81-letiyu Kurskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta i 50-letiyu farmatsevticheskogo fakulteta* / Pod red. V.A. Lazarenko. University science: a look into the future: materials of the international scientific and practical conference dedicated to the 81-th anniversary of the Kursk State Medical University and the 50th anniversary of the Faculty of Pharmacy / Ed. V.A. Lazarenko. – Kursk, 2016. – P. 63-66. (in Russian)]
3. Кабатова И.Ю. Ювенильный ревматоидный артрит как медико-социальная проблема // Таврический медико-биологический вестник. – 2015. – №3. – С. 67-70. [Kabatova I.Yu. *Tavrisheskiy mediko-biologicheskij vestnik*. Taurian medical and biological bulletin. – 2015. – N3. – P. 67-70. (in Russian)]
4. Марушко А.В., Герман А.Б., Марушко Ю.В. Дифференциальная диагностика реактивных и ювенильного ревматоидного артрита у детей // Академический журнал Западной Сибири. – 2015. – №3. – С. 66-67. [Marushko A.V., German A.B., Marushko YU.V. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri*. Academic Journal of Western Siberia. – 2015. – N3. – P. 66-67. (in Russian)]
5. Салмина А.Б., Емельянчик Е.Ю., Михайлова А.К. и др. Клиническая динамика ювенильного ревматоидного артрита у детей // Лечащий врач. – 2011. – №3. – С. 21-28. [Salmina A.B., Emelianchik E.Yu., Mikhaylova A.K., i dr. *Lechashchiy vrach*. Therapist. – 2011. – N3. – P. 21-28. (in Russian)]
6. Симонова Н.О., Гордеев А.В. Ревматоидный артрит. Проблема мультиморбидности // Терапевт. – 2015. – №10. – С. 29-34. [Simonova N.O., Gordeev A.V. *Terapevt*. Therapist. – 2015. – N10. – P. 29-34. (in Russian)]
7. Foster H. E., Marshall N., Myers A. et al. Outcome in adults with juvenile idiopathic arthritis: a quality of life // Arthritis and Rheumatism. – 2003. – N48. – P. 767-775.
8. Ravelli A. Toward an understanding of the long-term outcome of juvenile idiopathic arthritis // Clinical and Experimental Rheumatology. – 2004. – N22. – P. 271-275.

Информация об авторах

Долженкова Вера Геннадьевна – ординатор кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: dvoinyh.nina@yandex.ru

Матвиенко Елена Витальевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: tabletka-2013@mail.ru

Кривдина Нина Дмитриевна – ассистент кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: dvoinyh.nina@yandex.ru

Хмелевская Ирина Григорьевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: tabletka-2013@mail.ru

Фетисова Александра Сергеевна – ассистент кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: dvoinyh.nina@yandex.ru