

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ ГОРОДА АНДИЖАНА

Абдурашидова Дилноза Рустамбек кизи

*Андижанский филиал Кокандского университета
Студентка 2-го курса педиатрического факультета
Научный руководитель, доцент - А.Г. Ганиев
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

FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF JUVENILE IDIOPATIC ARTHRITIS IN CHILDREN OF THE CITY OF ANDIJAN

Abdurashidova Dilnoza Rustambek kizi

*Andijan branch of Kokand University
2nd year student of the Pediatric Faculty
Scientific supervisor, Associate Professor - A.G. Ganiev
Andijan, Uzbekistan*

Abstract. Among minors living in Andijan with rheumatoid arthritis, the oligoarticular variant predominates (58.7%), the polyarticular RF-negative variant is in second place (41.3%), and the systemic variant is in third place (2.3%). and the last one is the polyarticular RF-positive variant (1.1%). By gender, there are one and a half times more sick girls than boys. The onset of articular syndrome occurs mainly in early school and adulthood. Articular syndrome mainly manifests itself in arthritis of the knees, feet, wrists, large joints and in the polyarticular variant, as well as small joints of the wrists, hands and feet.

Key words: *juvenile idiopathic arthritis, oligoarticular variant, polyarticular variant.*

ВВЕДЕНИЕ

Ювенильный артрит или ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – артрит длительностью более 6 нед., развивающийся у детей до 16 лет с неизвестной причиной, исключая патологию других суставов [2,5,7].

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 [1,4,5].

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 [2,6,7].

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

Материалы и методы. Были ретроспективно проанализированы 35 историй болезни случаев ЮИА, впервые выявленных у пациентов в возрасте от 2 до 15 лет, проходивших обследование и лечение в кардиоревматологическом отделении детской больницы "Baby site" при АФКУ города Андижана в 2024-2025 годах.

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, лейкемия, 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 23 пациента (65,7%), полиартикулярный (поражаются 5 и более суставов в первые 6 мес заболевания) - у 9 больных (25,7%) и системный - у 3 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. В первой группе соотношение

девочек: мальчиков составляет 1,5:1, а во второй - 2,4:1. Средний возраст начала заболевания у всех пациентов с ЮИА составил $8,9 \pm 0,4$ года.

В группе детей с олигоартикулярным вариантом дебют суставного синдрома наблюдался в возрасте 2-15 лет, средний возраст составил $9,6 \pm 0,5$ года. В группе детей с полиартикулярным 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.

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	$9,5 \pm 0,5$	$7,5 \pm 0,4$
Мальчики	$8,7 \pm 0,7$	$7,16 \pm 1,5$
Девочки	$11,0 \pm 0,7$	$7,4 \pm 0,4$

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

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.

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., Полищук 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. Семенова О.В., Салугина С.О., Кузьмина Н.Н. Оценка качества жизни при ювенильных артритах. Научно-практическая ревматология. 2005; 43(1): 49-56.

6. Combe B, Landewe R, Lukas CI. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT) Ann Rheum Dis. 2007; 66: 34 45.

7. Thierry S. Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: a systematic review. Joint. Bone. Spine. 2014; 81(2): 112-117.