

Н.Г. Муратова

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней КГМИ

Ревматоидный артрит (РА) - общее заболевание из группы коллагенозов, имеющее в основе развития иммунопатологические процессы и характеризующееся хроническим течением с системным поражением соединительной ткани, преимущественно опорно-двигательного аппарата. РА привлекает к себе всё большее внимание педиатров, что обусловлено заметным ростом случаев заболевания среди детей, высоким процентом диагностических ошибок, трудностями лечения, инвалидизацией больных.

За последние двадцать лет изменилась не только частота выявления некоторых признаков болезни, но и частота встречаемости разных клинических вариантов РА в детском возрасте. Если раньше у детей наблюдались в большинстве случаев так называемые "детские варианты" РА (болезнь Стилла, субсепсис Висслера-Фанкони, моноартикулярный процесс), то в настоящее время у них, как и у взрослых лиц, преобладает преимущественно суставная форма заболевания (60-76% случаев). В этой связи представляют определённый интерес некоторые особенности анамнеза и клинического течения, изменений клинко-лабораторных, иммуногенетических и иммунологических показателей, выявленные нами при обследовании детей с указанной формой РА.

Под наблюдением в Кировской областной детской клинической больнице находилось 77 детей в возрасте 5-14 лет с преимущественно суставной формой РА; среди больных преобладали (в 1,5 раза) девочки. У большинства детей (87,3% случаев) начало заболевания приходилось на дошкольный и школьный возраст, у остальных - на ранний возраст; длительность болезни колебалась от 7 месяцев до 7 лет.

У 28,6% больных РА в раннем детском возрасте отмечались клинические проявления

аллергического диатеза, в анамнезе у всех детей - перенесенные острые респираторные заболевания (ОРЗ, ангина, очаговая пневмония и др.), у 23,9% детей - отягощенная наследственность в отношении аллергических и ревматических болезней (аллергический дерматит, бронхиальная астма, системная красная волчанка, ревматизм, ревматоидный артрит у родителей); вместе с тем, 9,5% наблюдаемых детей являлись носителями хламидийной инфекции, а 3,2% - HBs-антигена. Многие родители связывали возникновение РА у своих детей с перенесенными инфекционными заболеваниями (ОРЗ, ангина, скарлатина, кишечная инфекция), переохлаждением, гиперинсоляцией, предшествующей травмой суставов, но большинство из них (63,5%) не смогло указать возможную причину развития болезни у детей.

Данные анамнеза позволили установить, что до появления клинически определяемых признаков артрита у 30,2% детей в первой половине дня имела место субфебрильная температура, а у 7,9% детей в дебюте заболевания отмечалась мелкопятнистая сыпь, нежно-розового цвета с локализацией на туловище или вокруг суставов. Вместе с тем, у всех детей в начальном периоде болезни регистрировалась полиартралгия, а у 28,6% детей определялись симптомы нестойкого артрита (боли, припухание, ограничение подвижности в одних и тех же суставах, повышение местной температуры). Спустя 2-6 недель у больных начинали обнаруживаться признаки клинически определяемого артрита (боли при движении и наличие выпота в пораженных суставах, ограничение подвижности, интраартикулярная крепитация), синдром "утренней скованности" и мышечная слабость.

При поступлении в стационар у 23,8% наблюдаемых больных выявлялись признаки моноартрита, у 23,8% - олигоартрита и у

52,4% -полиартрита; симметричность поражения суставов отмечалась в 44,4% случаев. Особенно часто у больных обнаруживалось поражение коленных и голеностопных суставов (соответственно в 74,6 и 47,6% случаев), реже регистрировалось поражение проксимальных межфаланговых, лучезапястных и локтевых суставов (12,7-28,6% случаев), ещё реже - пястнофаланговых, проксимальных метакарпофаланговых, плечевых суставов и суставов шейного отдела позвоночника (4,8-6,3% случаев), в единичных случаях имело место вовлечение в процесс челюстных и тазобедренных суставов в сочетании с поражением других групп суставов. Рентгенологическое исследование позволило выявить у 14,3% детей изменения, свойственные I стадии, а у 9,6% детей - II рентгенологической стадии артрита, тогда как у большинства больных (76,1% случаев) рентгенологические признаки поражения суставов отсутствовали. Способность к самообслуживанию у всех больных была сохранена.

При поступлении в стационар у 63,5% больных РА отмечалось удовлетворительное, у 28,6% - среднетяжёлое и у 7,9% больных - тяжёлое общее состояние. В 14,3% случаев имело место повышение температуры тела до 37 - 38 С. У 55,6% больных отмечалась бледность кожи и слизистых оболочек; у 33,3% детей регистрировалось пониженное, у 14,3% - повышенное, у остальных больных - удовлетворительное питание. Подкожные "ревматические узелки" пальпировались только в 1,6% случаев, хотя в прошлом их наличие являлось частым и патогномичным признаком ревматоидного артрита. Увеличение периферических лимфатических узлов определялось у 22,2% больных. У всех наблюдаемых больных при поступлении в стационар выслушивалось везикулярное дыхание, определялся ритмичный пульс, у 58,8% детей - тахикардия. Артериальное давление колебалось в пределах 105/65-115/70 мм рт.ст. В 1,6% случаев выявлялось небольшое увеличение границ относительной тупости сердца, но у остальных больных границы сердца соответствовали возрастной

норме. При аускультации у 22,2% детей определялись приглушенные сердечные тоны, в 31,7% случаев - функциональный систолический шум на верхушке сердца. У 11,1% больных пальпировалась увеличенная печень мягкой консистенции, которая выступала из-под края рёберной дуги на 1-2 см. При осмотре специалистами (стоматолог, оториноларинголог, офтальмолог) у 58,7% детей с преимущественно суставной формой РА были выявлены кариозные зубы, у 25,4% - хронический тонзиллит, у 17,5% - хронический ринит, у 7,9% - хронический гайморит, у 6,3% - хронический фарингит, у 6,5% больных - ангиопатия сетчатки глаза, у 4,8% - увеит, у 1,6% - точечный кератит. Следует отметить, что изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, мочевого выделения, выявленные у ряда больных при клиническом, лабораторном и инструментальном обследовании, в большинстве случаев представляли собой сопутствующую патологию, что подтверждает наличие у них преимущественно суставной формы РА.

Анализ общеклинических проявлений, изменений клинико-лабораторных и биохимических показателей позволил определить у 35,1% наблюдаемых детей с РА минимальную, у 45,6% - умеренную и у 19,3% - максимальную степени активности процесса. Наблюдение в динамике дало возможность диагностировать в 66,7% случаев медленно прогрессирующий, а в 33,3% случаев - быстро прогрессирующий характер течения заболевания. Присутствие "ревматоидного фактора" в сыворотке крови (серопозитивный тип заболевания) было выявлено только у 13,9% детей. Со стороны показателей периферической крови у наблюдаемых больных регистрировалась лёгкая форма нормохромной анемии, увеличение общего числа лейкоцитов, абсолютного количества палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, моноцитов и эозинофилов, значительное увеличение СОЭ.

Проведенные исследования показали, что значительное повышение относительного риска возникновения преимущественно суставной формы РА у детей ассоциировалось с присутствием в тканях HLA B27 и DR5

фенотипических сочетаний антигенов В5-В27, В5-Б40, Е7-В27, В8-В15, В13-В15, В18-В27 и гаплотипических комбинаций антигенов А1-В35, А9-В27, А11-В27, А19-В7. Сдвиги показателей иммунологической реактивности у наблюдаемых больных нашли отражение в уменьшении процентного содержания Т-лимфоцитов, относительного и абсолютного количества Т-супрессоров в крови, выраженном увеличении концентрации иммуноглобулинов G, А и М, циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови, понижении показателей фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного индекса и НСТ-теста.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что преимущественно суставная форма РА встречается гораздо чаще у девочек, нежели у мальчиков. Начало заболевания регистрировалось в большинстве случаев в дошкольном и школьном возрасте. Предрасполагающими факторами для развития РА у наблюдаемых детей могли быть наследственная предрасположенность к аллергическим и ревматическим заболеваниям, наличие у многих из них в раннем возрасте аллергического диатеза, частые острые инфекционные заболевания, наличие у детей очагов хронической инфекции и сенсибилизации организма. Возникновение заболевания у детей родители связывали с перенесенными острыми инфекциями, переохлаждением и инсоляцией, предшествующей травмой суставов, но большинство родителей не смогло указать возможную причину развития РА. Клинически определяемому артриту у наблюдаемых больных предшествовали артралгия и явления нестойкого артрита; суставной синдром у всех больных сопровождался мышечной слабостью и синдромом "утренней скованности". Особенно часто у больных отмечалось поражение крупных суставов нижних конечностей с вовлечением в процесс других групп суставов, но способность к самообслуживанию у всех больных была сохранена. При поступлении в стационар у большинства больных констатировалось удовлетворительное или среднетяжелое общее сос-

тояние, минимальная или умеренная степени активности, медленно прогрессирующий характер течения процесса, серонегативный тип заболевания. У детей с преимущественно суставной формой РА отмечалась высокая частота встречаемости определенных антигенов главного комплекса гистосовместимости и их комбинаций, у них обнаруживались значительные сдвиги показателей периферической крови, клеточного и гуморального иммунитета, фагоцитоза.

Данные, полученные нами в ходе комплексного обследования достаточно большого контингента детей с преимущественно суставной формой ревматоидного артрита, могут быть использованы врачом для установления клинического диагноза, при проведении дифференциальной диагностики заболевания с другими патологическими состояниями, протекающими с суставным синдромом, разработке плана рациональной терапии больных с учётом характера изменений общеклинических, лабораторных и иммунологических показателей.

N. G. Muratova

Modern Peculiarities of Rheumatoid Arthritis in Children

The results of the investigations show that articulate form of RA appears in girls more often than in boys. The beginning of the disease in most cases was registered at school or pre-school age. In observed children the predisposed factors to the RA development, may be hereditary diathesis to allergic and rheumatic diseases, allergic diathesis at early age, frequent acute infectious diseases, the areas of chronical infection and sensibility of the organism in children. The parents associated the beginning of the disease with acute infections, which the child had had, overcooling and insolation, the previous joint trauma, but the majority of parents couldn't indicate the possible cause of RA development. In observed patients joint pain and non-stable arthritis preceded the arthritis, determined clinically: the articulate syndrome was accompanied by muscle malaise and the syndrome of "morning unfixability" in all the patients. Very often the patients suffered from the big joints affection of the low extremities involving other groups of joints. In children with mainly articulate form of RA the high rate of certain antigens of the main histocompatibility complex and combinations of the antigens was observed, they also showed significant shifts in indices of outlying blood, cellous and gumaralic immunity, phagocytis.