

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ
У ДЕТЕЙ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**В.А. АРТАМОНОВА, М.Г. КАНТЕМИРОВА, О.А. КОРОВИНА,
Т.Н. ГЕРАСИМОВА, Г.Ф. ИБРАГИМОВА, Ю.Н. ЗАХАРОВА.**

Российский университет дружбы народов
Москва, 117198, ул. Миклухо-Маклая, 8, медицинский факультет

Обследованы 43 ребенка с реактивным артритом после носоглоточной инфекции на фоне дисплазии соединительной ткани в возрасте 3 - 14 лет. Дисплазия соединительной ткани 1-й степени определялась у 22 детей, 2-й и 3-й степени у 21 ребенка. Установлены некоторые особенности суставного синдрома, состояния сердечно-сосудистой системы, течения реактивного артрита после носоглоточной инфекции в зависимости от степени дисплазии соединительной ткани.

В последние годы одной из актуальных проблем детской ревматологии стала проблема реактивных артритов (РеА). Интерес к РеА связан с нарастающей частотой их во всем мире, с явной тенденцией к «омоложению», с трудностью дифференциальной диагностики с другими ревматическими заболеваниями, протекающими с суставным синдромом.

Распространенность РеА достаточно высока и имеет тенденцию к повышению. По данным детского кардиоревматологического диспансера, в Москве распространенность РеА за последние два десятилетия увеличилась более чем в 3 раза. По данным А.А. Яковлевой, РеА составляет 53,7% от всех заболеваний суставов.

В настоящее время РеА рассматривается как мультифакториальное заболевание, хронологически связанное с инфекцией, в развитии которого большую роль играют не только микроорганизмы, но и состояние макроорганизма. В патогенезе РеА имеет значение восприимчивость макроорганизма, зависящая от его врожденных, генетических особенностей, приобретенного иммунитета, дозы и путей внедрения микроба.

На клинические проявления воспалительных и других болезней суставов не может не отразиться состояние волокнистых структур соединительной ткани, осуществляющих опорную функцию локомоторной системы. Врожденная или наследственная несостоятельность соединительной ткани большинством авторов в настоящее время определяется как дисплазия соединительной ткани (ДСТ). Клинические проявления ДСТ очень вариабельны. К ним относятся синдромы Марфана, Эллерса-Данлоса, гипермобильность суставов. Выделяется также недифференцированный тип ДСТ (1,2,3 степени). ДСТ диагностируются на основании сочетания различных клинических симптомов.

Диагностика ДСТ основывается на диагностических критериях болгарских авторов - Т. Милковска- Димитровой и А. Каркашева. Среди диагностических критериев различают главные и второстепенные (табл. 1).

Таблица 1

Диагностические критерии дисплазии соединительной ткани

Диагностические критерии.	
главные	второстепенные
Плоскостопье	Аномалии ушных раковин
Расширение вен	Аномалии зубов
Готическое небо	Преходящие суставные боли
Гипермобильность суставов	Вывихи и подвывихи суставов
Нарушение органа зрения	Птеригодактилия
Деформация позвоночника и грудной клетки	
Увеличение растяжимости и дряблость кожи	

Длинные тонкие пальцы	
-----------------------	--

1-я (легкая) степень дисплазии соединительной ткани определяется при наличии двух главных признаков, 2-я степень – при наличии трех главных и двух-трех второстепенных или трех-четырёх главных и одного-двух второстепенных, 3-я (тяжелая) степень – при наличии пяти главных и трех второстепенных признаков. При определении степени ДСТ учитывается также характер и количество стигм дизэмбриогенеза. При ДСТ наиболее часто встречаются следующие стигмы (табл. 2).

Таблица 2

Часто встречающиеся стигмы дизэмбриогенеза при дисплазии соединительной ткани

Локализация	Характер аномалии	Локализация	Характер аномалии
Лицо	-сросшиеся брови -широкое переносье -седловидный нос -гипер- и гипотелоризм	Стопы	-неполная синдактилия пальцев -сандалевидная щель -халюкс вальгус -плоскостопье -натоптыши
Глаза	-патология зрения -голубые склеры -эпикант	Туловище	-гипертелоризм сосков -плоская грудная клетка -воронкообразная грудная клетка -кифоз и сколиоз позвоночника -сутулость -астеническое телосложение
Полость рта	-высокое готическое небо -неправильный рост зубов -нарушение зубной эмали -зубная диастема	Суставы	-гипермобильность суставов -умение делать «мостик» и «шпагат»
Уши	-маленькие уши -деформированная ушная раковина -приросшая мочка	Кожа и волосы	-рыжий цвет волос -веснушки -бледность -кровоизлияние -повышенная растяжимость и морщинистость -выраженная венозная сеть -пигментные пятна типа «кофе с молоком»
Кисти	-изогнутые мизинцы -веретенообразные пальцы -перепонки между пальцами		-рубчики типа «папиросной бумаги»

При ДСТ определяется большое количество стигм, часто более 10. Среди больных с различными заболеваниями суставов дисплазия соединительной ткани встречается в значительно большем проценте, чем в популяции и достигает 30%.

Материал и методы

В основу работы положены результаты наблюдения за 43 детьми с реактивным артритом после носоглоточной инфекции на фоне ДСТ, находившимися на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении Морозовской детской городской клинической больницы г. Москвы. Все больные были обследованы по общепринятой для специализированного кардиоревматологического стационара схеме, включая определение степени дисплазии соединительной ткани и наличие стигм дизэмбриогенеза. Симптомы несостоятельности соединительной ткани определялись у всех детей, при этом ДСТ 1 степени были у 22 детей, а ДСТ 2 - и 3 - степени – у 21 ребенка.

У всех больных в парных сыворотках проводилось определения нарастания титра антител к вирусам гриппа А1, А2, В, парагриппа 1,2 и 3 типов, аденовирусам, РС-вирусу, вирусам Коксаки В1, В3, В5, В6. Результат считали положительным при нарастании титра специфических антител в 4 раза и более. Помимо этого определялись титры АСЛ-О, у 10 детей методом иммуноферментного анализа определялись антитела (IgM и IgG) к *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma pneumoniae*, микробам рода хламидий исследования выполнены в МНИИЭМ им Г. Н. Габричевского). У всех детей проводилось комплексное обследование сердечно-сосудистой системы с оценкой данных клиники, состояния вегетативной нервной системы, электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (ЭХОКГ).

Среди пациентов было 25 девочек и 18 мальчиков в возрасте от 3 - 14 лет. Половина детей была дошкольного возраста.

В анамнезе у половины больных отмечена патология в родах с последующим развитием у них постнатальной энцефалопатии, гипертензионно-гидроцефального синдрома, синдрома ММД. Наличие экссудативного диатеза, пищевой и лекарственной аллергии было у 30 из 43 наблюдавшихся детей, отягощенный анамнез по ревматическим заболеваниям и болезням суставов у большинства больных (35 из 43). У половины детей при поступлении диагностирован хронический тонзиллит.

Реактивному артриту у 38 детей предшествовала носоглоточная инфекция (ОРВИ или ангина), у двух вакцинация против полиомиелита и менингококковой инфекции, у трех видимой причины не было. Однако у всех этих детей при поступлении в отделение также определялся инфекционный процесс: обострение хронического тонзиллита или явления ОРВИ, что и позволило нам поставить диагноз реактивного артрита.

При лабораторном обследовании подтверждение перенесенной аденовирусной и энтеровирусной инфекции (Коксаки группы В) было получено у 3-х детей, повышение титров АСЛ – О до 1: 500 у 2-х детей и наличие текущей микоплазменной и (или) хламидийной инфекции у 9 из 10 обследованных (у 2 - микоплазменная, у 2 - хламидийная, у 5 - сочетанная микоплазменная и хламидийная инфекция).

Результаты и обсуждение

У подавляющего большинства больных (у 38 из 43) был моно-или олигоартрит. При реактивном артрите на фоне ДСТ 1-й степени наиболее часто поражались коленные, тазобедренные, голеностопные суставы, мелкие суставы кистей и стоп. При ДСТ 2 и 3 степени в 2 раза чаще вовлекались в процесс тазобедренные суставы; в 3 раза чаще – плечевые, а также значительно чаще локтевые и лучезапястные суставы. Экссудативные явления были в виде отечности суставов; выпота в полость сустава мы не наблюдали. Кроме того, в случаях поражения тазобедренных и плечевых суставов экссудативные явления были не видны, а определялся только болевой синдром и ограничение движений.

У большинства больных длительность артрита была небольшой: от 2 - 3 дней до 1 недели. При ДСТ 2-й и 3-й степени более длительно держался болевой синдром.

При наблюдении в катамнезе от 2 до 6 месяцев у 25 % детей (у 10 из 43) отмечались ранние рецидивы артрита или артралгий.

У детей с реактивным артритом на фоне ДСТ 2-й и 3-й степени наиболее часто встречались следующие стигмы: гипермобильность суставов, плоскостопие, сандалевидная щель, готическое небо, деформация грудной клетки, растяжимость кожи, венозная сеть, изогнутые мизинцы. У 90 % детей количество стигм превышало 10, при этом у некоторых детей число стигм достигало 16-18. При ДСТ 1-й степени количество стигм было меньше и чаще встречались готическое небо, сандалевидная щель, плоскостопие, гипермобильность суставов.

Изменение сердечно-сосудистой системы обнаружены у большинства больных РеА. Изменение исходного вегетативного тонуса (ИВТ) было выявлено у 80% обследованных детей, при этом чаще отмечались смешанный ИВТ или преобладание ваготонии. По

данным ЭКГ обнаружены нарушения ритма (у 9 детей), проводимости (у 6), процессов реполяризации (у 6 детей).

Особый интерес представляют 5 детей, у которых на фоне реактивного артрита были нарушения ритма сердца. У девочки 8 лет был в анамнезе приступ пароксизмальной тахикардии, у мальчика 5 лет диагностирована непароксизмальная тахикардия возвратного типа, у 3-х детей 5 - 8 лет суправентрикулярная экстрасистолия. У всех детей определялась ДСТ 2-й и 3-й степени. В раннем возрасте у 3 детей была постнатальная энцефалопатия. В момент поступления у всех пациентов был выражен синдром вегетативной дисфункции. У одного ребенка определено наличие энтеровирусной инфекции Коксаки В3 и у 2 - х наличие хламидийной инфекции.

Малые аномалии сердца по данным ЭХОКГ отмечены у 25 из 43 больных. Чаще всего выявлялись пролапс митрального клапана, аномальные хорды и дополнительные трабекулы левого желудочка (ЛЖ), реже пролапс трикуспидального клапана и открытое овальное окно. У 10 детей обнаруживались сочетанные аномалии.

Увеличение размеров ЛЖ в острый период болезни отмечалось у 10 детей, при этом у 3-х детей констатируется снижение сократительной способности миокарда ЛЖ на 10-15 % ниже нормы. У 6 больных обращали внимание признаки вовлечения в патологический процесс перикарда: сепарация листков перикарда, утолщение преимущественного париетального листка перикарда до 5-6 мм и усиление эхо-сигнала от него. У 5 детей из 6 была подтверждена текущая микоплазменная инфекция.

Исследования детей с выявленными изменениями миокарда и перикарда в динамике через 2 - 4 недели на фоне проведения антибактериальной, противовоспалительной, кардиотрофической, мембраностабилизирующей, вегетотропной терапии показало, что изменения электрокардиограммы характеризовались значительной стойкостью и сохранялись в течение месяца у половины детей. Сократительная способность миокарда ЛЖ нормализовалась у всех больных, при этом размеры ЛЖ достигли нормальных величин у 50% детей. У больных с выраженной ваготонией оставался умеренно увеличенным кардиосистолический размер ЛЖ. Выявленные ЭХОКГ признаки изменения перикарда имели отчетливую положительную динамику у 4 из 6 детей.

Таким образом, выявленные изменения сердечно-сосудистой системы у детей с РеА, обусловлены как исходным конституциональным фоном в виде ДСТ и вегетососудистой дистонии, так и инфекционно-токсическим воздействием. Из 43 детей с РеА у 18 была выявлена патология желчевыводящих путей (дискинезия, хронический холецистит).

Лабораторная активность отмечалась у 25 детей из 43 (ускорение СОЭ до 22 - 45 мм в час, повышение серомукоида, появление СРБ). У остальных больных лабораторные показатели мало отличались от нормы.

Заключение

У детей с реактивным артритом на фоне дисплазии соединительной ткани имеются множественные стигмы дизэмбриогенеза, выраженные изменения сердечно-сосудистой системы (в частности сочетание артрита с нарушением ритма сердца). Суставной синдром характеризуется большей частотой поражения тазобедренных и плечевых суставов, длительностью болевого синдрома, высокой частотой рецидивов.

Эти особенности нужно учитывать в диагностике реактивного артрита и при диспансерном наблюдении. У детей с реактивными артритами на фоне дисплазии соединительной ткани, помимо обычных методов, необходимо исключать возможности микротравматизации суставов, подключать общеукрепляющее лечение, назначать массаж и лечебную физкультуру с целью укрепления связочного аппарата. В последующем необходима коррекция плоскостопия, нарушения осанки, деформации позвоночника.

При наличии изменений сердечно-сосудистой системы показана антибактериальная, противовоспалительная, кардиотрофическая и вегетотропная терапия.

Л и т е р а т у р а

1. *Милковска-Димитрова Т., Витакова М.* Някои сподени заболявания на съединителната тъкан у децата, наподобаваша ревматизъм и ревматоиден артрит // Педиатрия (София). - 1983. - Т.22, № 4. - С. 347 - 351.