



**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ  
ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ СРЕДИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО  
ВОЗРАСТА**

**Миррахимова Мактуба Хабибуллаевна**

*кандидат медицинских наук, профессор*

**Эржигитова Хулкар Шухрат-кизи**

*студентка Ташкентской медицинской академии*

**Донабоева Маржона Хамидулло кизи**

*студентка Ташкентской медицинской академии Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность:** Ювенильный идиопатический артрит является одной из распространенных заболеваний среди детей различного возраста. Ювенильный идиопатический артрит — одно из наиболее частых и самых инвалидизирующих ревматических заболеваний, встречающихся у детей. Заболеваемость ЮИА составляет 2–16 на 100 000 детского населения в возрасте до 16 лет [3]. Ювенильный идиопатический артрит — мультифакторное полигенное заболевание, механизмы развития которого отличаются при разных вариантах болезни.

**Цель исследования:** Изучить особенности клинической характеристики больных ювенильным идиопатическим артритом среди детей школьного возраста.

Задачи:

1. Ознакомиться с литературой о ювенильном идиопатическом артритом (ЮИА);
2. Изучить особенности клинической характеристики больных ЮИА;
3. Изучить суставной синдром и внесуставные проявления.

Методы исследования:

1. Анкетирование, включая сбор анамнеза;
2. Лабораторные исследования;
3. Рентгенологические исследования.

Клинический случай:

□ Девочка 9 лет. Поступила с жалобами на боли в обеих коленных и лучезапястных суставах. Утренняя скованность высыпания на коже, усиливающиеся на высоте лихорадки; боли в мышцах;

□ потеря веса;

□ Из анамнеза: Течение беременности у матери без особенностей. Девочка родилась в срок, ВПР-3400, роды физиологические. В детстве частые ОРВИ;



□ В 6 лет появились боли в обеих коленных и лучезапястных суставах. Неоднократно получала лечение в стационаре;

□ Осмотр: небольшая отечность в обеих коленных и лучезапястных суставах. выраженная атрофия мышц, расположенных проксимальнее сустава. Признаки воспаления глаза – передний увеит;

□ ОАК – увеличение СОЭ ( $\geq 20$  мм/час). повышение уровня СРБ;

□ Рентген: остеопороз, мелкокостозная перестройка костной структуры эпифиза, сужение суставных щелей;

Диагноз: Ювенильный идиопатический артрит, персистирующий олигоартрит

Диагностика:

Лабораторные исследования [1-11]:

● Общий анализ крови – увеличение СОЭ ( $\geq 20$  мм/час). При олигоартикулярном ЮИА показатели крови могут не изменяться. Количество тромбоцитов может снижаться при САМ [8];

● Биохимический анализ крови: повышение уровня СРБ. При олигоартикулярном ЮИА показатели крови могут не изменяться. Аспартат аминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, триглицериды повышаются при САМ[8].

● Ревматоидный фактор – положительный тест на РФ может указывать на серопозитивный ЮИА, 2-3 % от всех ЮИА, однако имеет прогностическую значимость [1-11].

● Иммунологическое исследование:

- антинуклеарные антитела, антинуклеарный фактор: определение методом непрямой иммунофлуоресценции обнаруживают у 40-75% детей с олигоартикулярным поражением. Он не является специфичным, но позволяет диагностировать особый подтип, при котором высок риск развития увеита, часто протекающий бессимптомно [1-11];

- антитела к циклическому цитруллинированному пептиду: положительный при РФ-позитивном полиартикулярном ЮИА; отрицательный в других подтипах. Может быть полезным у детей старшего возраста с полиартикулярным ЮИА, у которых тесты на РФ отрицательные. [1-11].

● Молекулярно-генетическое исследование [1-11]:

- человеческий лейкоцитарный антиген В 27 (HLA В-27\*) с помощью метода проточной цитометрии показано при подозрении на полиартикулярный вариант ЮИА и на артрит, ассоциированный с энтезитом, сакроилеитом, псориатическим артритом[1-11];

- по показаниям полноэкзомное/полногеномное секвенирование с целью дифференциальной диагностики аутовоспалительных синдромов у пациентов длительной лихорадкой и рецидивирующей сыпью периодического характера.



● Иммунологическое исследование (Хемилюминесцентный иммуноанализ) Уровень ферритина- гиперферритинемия у пациентов с системным ЮИА и подозрением на САМ [8];

● IL -6, IL -1, IL-18, CXCL9, сывороточный амилоид А, Фактор некроза опухолей альфа (ФНО – альфа), высокочувствительный СРБ, протеины S100A8/9 и S100A12 с целью определения активности заболевания, при вторичной неэффективности и сложности в подборе биологической терапии [7];

● Определение наличия антител к Адалимумабу[4-7] , при длительном приеме и отсутствия контроля над заболеванием;

● Коагулограмма- фибриноген- гипофибриногенемия главный лабораторный критерий при САМ [8].

Инструментальные исследования [1-11]:

● УЗИ пораженных суставов: возможно наличие выпота и утолщения синовиальной оболочки суставов. Показано для определения воспаления суставов при всех формах ЮИА;

● Рентгенологическое исследование суставов – остеопороз, мелкокистозная перестройка костной структуры эпифиза, сужение суставных щелей, костные эрозии, анкилоз суставов;

● УЗИ ОБП, УЗИ плевральных полостей, УЗИ ОМТ: для исключения полисерозитов при системном варианте ЮИА, САМ.

● Эхокардиография: с целью исключения перикардита при системном варианте ЮИА, САМ.

● КТ/МРТ органов и систем (ГМ, ОБП и ОГК) при системном варианте ЮИА, САМ с целью исключения повреждения ГМ, ОГК и ОБП.

● МРТ суставов (с контрастированием): возможно наличие выпота и утолщения синовиальной оболочки суставов.

● Исследование синовиальной жидкости: при ЮИА количество лейкоцитов в синовиальной жидкости повышается до 25 000 в 1 микролитре за счёт нейтрофилов (25-90%), содержание белка достигает 40-60 грамм/литр. В цитоплазме лейкоцитов обнаруживают включения, вакуоли, похожие на кисть винограда (рагоциты). Эти клетки содержат фагоцитированный материал – липидные или белковые вещества, РФ, иммунные комплексы, комплемент. Рагоциты обнаруживают и при других заболеваниях: ревматических, псориатическом артритах, системной красной волчанке, бактериальных артритах, подагре, но не в таком количестве, как при ревматоидном артрите. [11]

● Пункция костного мозга с цитологическим исследованием мазка костного мозга (миелограмма) с целью исключения первичного и вторичного гемофагоцитарного синдрома [8,11].

Лечение:



1. При низкой активности болезни, отсутствии контрактур в суставах и факторов неблагоприятного прогноза применяют НПВС. Монотерапия НПВС может продолжаться не более 2 мес.

2. При наличии активного артрита проводят внутрисуставные инъекции глюкокортикоидов: бетаметазон не чаще 1 раза в 6 мес, триамцинолона гексацетонид — не чаще 1 раза в 4 мес.

3. В случае неэффективности НПВС назначают метотрексат в дозе 15 мг/м<sup>2</sup> в нед подкожно или внутримышечно.

Течение и прогноз:

Приблизительно у 40% пациентов развивается ремиссия. Более чем у 50% пациентов сохраняется активность болезни, у 40% из них олигоартрит трансформируется в полиартрит, но число пораженных суставов меньше, чем при полиартрите в дебюте заболевания. При длительном течении болезни после клинической ремиссии может развиваться остеоартрит. Смертность очень низкая. У 10% больных с увеитом развивается слепота.

Факторы неблагоприятного прогноза:

- Поражение тазобедренных суставов или шейного отдела позвоночника.
- Поражение голеностопного или лучезапястного сустава и значительное или продолжительное повышение лабораторных показателей.
- Деструкция суставов по данным радиологического обследования (эрозии суставных поверхностей или сужение межсуставных щелей).

Результаты исследования:

1. Суставной синдром 4 суставов. Наиболее часто в процесс вовлекаются коленные (89%) и голеностопные (36%) суставы, реже — мелкие суставы пальцев кистей и стоп (6%), локтевые, тазобедренные, лучезапястные и челюстно-височные (3%). Развивается выраженная атрофия мышц, расположенных проксимальнее сустава, вовлеченного в патологический процесс; ускоряется рост эпифизов костей пораженных суставов;

2. Внесуставные проявления: Передний увеит (ирит, передний циклит, иридоциклит) развивается у 20% больных олигоартикулярным ЮИА [6]. Он может дебютировать за несколько лет до развития суставного синдрома. Средний возраст дебюта увеита — 2 года. Чаще болеют девочки. Его частота выше при формах заболевания, характеризующихся ранним началом. Увеит, как правило, характеризуется бессимптомным подострым или хроническим течением и диагностируется при снижении зрения и формировании катаракты.



### ИСТОЧНИКИ И ЛИТЕРАТУРА:

- 1) Petty R.E., Southwood T.R., Manners P., Baum J. et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis second revision, Edmonton, 2001 // J. Rheumatol.-31(2).-P.390-392.
- 2) Wallace CA, Giannini EH, Huang B. et al. American College of Rheumatology provisional criteria for defining clinical inactive disease in select categories of juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014;63:929-36.
- 3) Beukelman T, Patkar NM, Saag KG, et al. 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: initiation and safety monitoring of therapeutic agents for the treatment of arthritis and systemic features. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(4):465–482. doi: 10.1002/acr.20460.
- 4) Ringold S., Weiss P.S., Beukelman T. et al. 2013 Update of the 2011 American College of Rheumatology Recommendations for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis Recommendations for the Medical Therapy of Children With Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis and Tuberculosis Screening Among Children Receiving Biologic Medications. *Arthritis Care & Research*. Vol. 65, No. 10 October 2013, pp 1551-1563.
- 5) Ringold S. et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Therapeutic Approaches for Non-Systemic Polyarthritis, Sacroiliitis, and Enthesitis. *Arthritis Care & Research* Vol. 71, No. 6, June 2019, pp 717–734 DOI 10.1002/acr.23870 © 2019, American College of Rheumatology.
- 6) Sheila T. Angeles-Han, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Screening, Monitoring, and Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis–Associated Uveitis *Arthritis Care & Research* Vol. 71, No. 6, June 2019, pp 703–716 DOI 10.1002/acr.23871 © 2019, American College of Rheumatology.
- 7) Karen B. Onel, et al. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Therapeutic Approaches for Oligoarthritis, Temporomandibular Joint Arthritis, and Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis *Arthritis & Rheumatology* Vol. 74, No. 4, April 2022, pp 553–569 DOI 10.1002/art.42037 © 2022 American College of Rheumatology.
- 8) Ravelli A, Minoia F, Davi S, et al. 2016 Classification criteria for macrophage activation syndrome complicating systemic juvenile idiopathic arthritis: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology/Paediatric.
- 9) Ruperto N., Synoverska O. Ting T., et al. Tofacitinib in juvenile idiopathic arthritis: A double-blind, placebo-controlled, withdrawal phase 3 randomised trial. *Ann Rheum Dis*. 2020;79(1):180-181. Доклад OP0291.
- 10) Blair, H.A. Secukinumab: A Review in Moderate to Severe Pediatric Plaque Psoriasis. *Pediatr Drugs* 23, 601–608 (2021). <https://doi.org/10.1007/s40272-021-00476-w>.
- 11) Paediatric Rheumatology (Oxford Specialist Handbooks in Paediatrics) 2nd Edition, Kindle Edition 2019, p. 85-86,161-165.



12) Comparison of Efficacy Between Triamcinolone Acetonide and Hexacetonide Intra-articular Treatment for Clinical Remission in Juvenile Idiopathic Arthritis.2020 Pediatric Rheumatology Symposium.