European Journal of Interdisciplinary Research and Development
Volume- 57 November- 2026
Website: www.ejird.journalspark.org ISSN (E): 2720-5746

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Хакимова Умида Рихсибаевна
Ташкентский государственный медицинский университет
Кафедра Факультетской педиатрии

Аннотация
Реактивные артриты являются часто встречаемой патологией в детском возрасте. В статье выделены этиологические (триггерные) факторы развития реактивного артрита у детей: перенесенные энтероколитические инфекции, инфекции мочевыводящих путей, наличие хронического тонзиллита и кариеса, перенесенные острые респираторные инфекции; а также сочетание нескольких факторов. Рассмотрены основные клинические проявления, варианты течения, диагностика и принципы лечения реактивного артрита.

Ключевые слова: реактивный артрит, триггерный фактор, суставной синдром.

Introduction

Abstract
Reactive arthritis is a common pathology in childhood. The article identifies etiological (trigger) factors for the development of reactive arthritis in children: past enterocolitic infections, urinary tract infections, the presence of chronic tonsillitis and caries, past acute respiratory infections; as well as a combination of several factors. The main clinical manifestations, variants of the course, diagnostics and principles of treatment of reactive arthritis are considered.

Keywords: reactive arthritis, trigger factor, articular syndrome.

Актуальность

Одной из актуальных проблем современной педиатрии является достаточно распространенное ревматическое заболевание – реактивный артрит (РеА), которое составляет 53,7 % всех патологий суставов у детей [1]. Реактивные артриты характеризуются развитием негнойных («стерильных») воспалительных процессов в суставах, хронологически связанные с инфекционными заболеваниями внесуставной локализации.

Реактивные артриты наблюдаются после перенесенных инфекций (кишечных, урогенитальных, носоглоточных, стоматологических) вирусной и бактериальной этиологии, а также после вакцинаций. Развитие их обусловлено непрямым, опосредованным через иммунные механизмы воздействием микробных агентов на ткани суставов, причем жизнеспособные микроорганизмы традиционными методами не выявляются [2, 3, 4, 5].

Цель исследования: диагностика и изучение особенностей течения реактивных артритов у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на базе кардиоревматологического отделения 4 детской клинической больницы г. Ташкента. При исследовании 150 детей в возрасте 3 – 7 лет, поступивших в стационар с клиническими проявлениями артритов, артралгий у 45 (45,3%) детей установлен диагноз реактивного артрита.

У всех исследуемых определялись показатели, характеризующие воспалительный процесс (количество лейкоцитов, СОЭ, уровень сиаловых кислот, серомукоид, С-реактивный протеин). Для идентификации «триггерных» факторов реактивного артрита был использован иммуноферментный анализ крови, позволяющий определить антитела класса IgM и IgG к микоплазме, уреаплазме, хламидиям, вирусу простого герпеса, цитомегаловирусу, вирусу Эпштейн Барр.

Для исключения заболеваний, протекающих с развитием воспалительного поражения суставов (ревматоидный артрит, ревматизм и др.) проводили в динамике исследования крови на наличие ревматоидного фактора, определение антител к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП), определение титров АСЛ-О, АСТ, АСК и анти-ДНКазы В, рентгенологическое исследование суставов, а также эхокардиограмму, электрокардиограмму и другие исследования по показаниям.

Результаты исследования. В зависимости от входных ворот инфекции реактивные артриты подразделяются на урогентилальные, постэнтероколитические, постреспираторные, после обострения носоглоточной инфекции. К реактивным относятся также артриты после перенесенных других инфекций (менингит, краснуха, вирусный гепатит), а также поствацинальные.

Реактивные артриты ассоциируют с острой и персистирующей кишечной, носоглоточной и урогенитальной инфекцией. Началу артрита часто предшествует острая инфекция верхних дыхательных путей – ОРЗ, острая ангина, фарингит, бронхит. В связи с этим многие авторы используют в своей клинической практике термин «постреспираторный» и «постстрептококковый артрит» РеА [6, 7, 8, 9, 10]. Существует также мнение, что в детском возрасте респираторные агенты являются наиболее частым причинным фактором возникновения РеА, чем урогенитальные или энтероколитические [11, 12].

При проведении исследования выявлено, что триггерными факторами РеА у детей были перенесенные энтероколитические инфекции у 10 (22,3%) детей; инфекции мочевыводящих путей – у 10 (22,2%); обострение хронического тонзиллита – у 10 (22,2%); наличие хронического тонзиллита и кариеса – у 8 (17,6%), острые респираторные инфекции (ОРЗ) – у 3 (6,7%) детей, хронический тонзиллит и ОРЗ – у 4 (8,9%) детей.

Этиологическими причинами РеА у детей, перенесших энтероколитические инфекции, были Yersinia enterocolitica, Salmonella enteritidis, Shigella flexneri, Shigella sonnei. В

данной группе преобладали дети дошкольного возраста, тогда как в группе детей с перенесенной уроренальной инфекцией были преобладали дети 4 - 7 лет, чаще девочки. В группе с наличием урогенной инфекции этиологической причиной заболевания были Yersinia enterocolitica, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeuruginosae, Staphylococcus epidermitidis; в 2 случаях были выделены Chlamydia trachomatis при наличии в семье больных с уроренальной инфекцией (бытовой заражение). В группах детей с развитием РеА при наличии обострения хронических очагов носоглотке, после перенесенных респираторных инфекций выявлялись Mycoplasma pneumonia, Chlamydia pneumonia).

У 19 (42,2%) детей всех групп отмечалась персистенция вирусов, когда обнаруживались антитела к вирусу простого герпеса и цитамегаловирусу.

Следует отметить, что у 6 (13,3%) в анамнезе были указаны перенесенные травмы. В 3 (6,7%) случаях у детей дошкольного возраста отмечалась предшествующая вакцинация с последующим развитием реактивного артрита.

Таким образом, реактивный артрит у обследуемых детей развивался под влиянием различных факторов инфекционной этиологии (кишечных и уроренальных инфекций, острых респираторных инфекций, при наличии хронических очагов инфекции, а также сочетанных инфекционных факторов), в отдельных случаях перенесенные травмы и предшествующие вакцинации также способствуют развитию реактивных артритов. Следует отметить, что у детей дошкольного возраста наиболее частой причиной развития реактивного артрита были хронические заболевания носоглотки и респираторные заболевания.

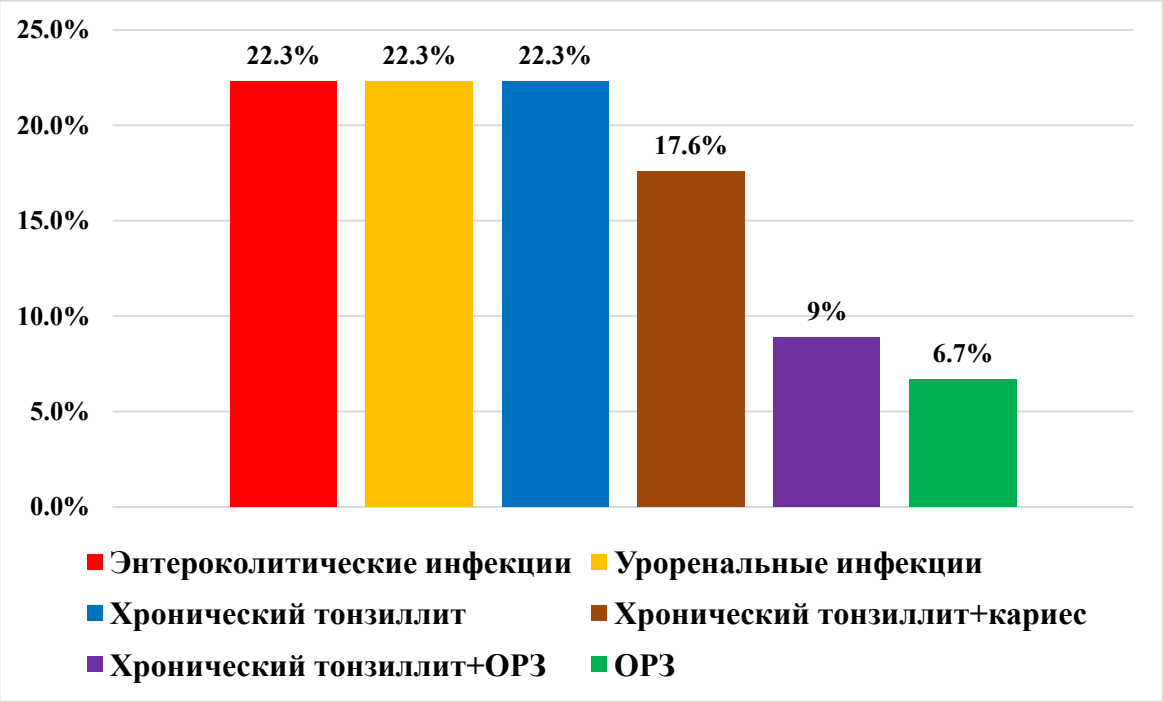


Таблица 1. Сравнительная характеристика триггерных факторов реактивного артрита у детей дошкольного возраста.



Триггерные факторы РеА у детей

У 16 (35,6%) детей отмечалась семейная отягощенность ревматическими заболеваниями (ревматизм, реактивный артрит, ревматоидный артрит).

Причиной развития РеА является не только перенесенная инфекция, но генетическая предрасположенность с носительством антигена комплекса гистосовместимости HLA-B27. Имеются данные, что у носителей HLA-B27 антигена после перенесенной кишечной и урогенитальной инфекции РеА развивается в 50 раз чаще, чем у лиц, не имеющих этого антигена гистосовместимости [13].

Проведенные исследования указывают, что 88–96% пациентов с поражениями суставов имели HLAB27-антиген, тогда как среди здоровых людей носительство HLA-B27-антигена составляло 4–8% [14].

Для РеА, связанных с носоглоточной инфекцией, свойственна негативность по HLA-B27 (HLA-B27- независимые реактивные артропатии). Совокупность ревматических заболеваний в семьях больных РеА после носоглоточных инфекций связано с HLA-B21 [15,16,17].

Для реактивного артрита характерна хронологическая связь с инфекцией, когда заболевание развивается после перенесенной инфекции через 2 – 3 недели. У детей с уроренальной инфекцией признаки цистита, вульвита с периодическими обострениями отмечались за несколько месяцев до появления симптомов реактивного артрита.

Клиническая картина характеризовалась артралгией, асимметричным поражением суставов, чаще крупных, но в процесс могут вовлекаться мелкие суставы кистей, лучезапястные и локтевые суставы. В большинстве случаев наблюдения суставной синдром развивался постепенно: артралгии, затем присоединялись экссудативные изменения в суставах. Изменения в суставах у большинства детей характеризовались умеренными экссудативными явлениями, болью при активных и пассивных

движениях, функциональной недостаточностью. Летучесть суставного синдрома отсутствовала у всех больных.

У 5 (11%) детей начало заболевания характеризовалось острым развитием, с выраженными экссудативными изменениями в суставах, повышением температуры до фебрильных цифр.

При реактивном артрите, развившемся на фоне уроренальных инфекций и после острых кишечных инфекций чаще отмечалось поражение суставов нижних конечностей, а после носоглоточных и вирусных инфекций и на фоне стоматологических инфекций наблюдались артриты суставов чаще верхних конечностей.

Поражение периферических суставов у 20 (44%) детей сопровождалось воспалением мягкотканных околосуставных структур (бурситы) и сухожильно-связочного аппарата (ахиллотендинит, ахиллобурсит).

При артритах, развившихся после кишечной инфекции или на фоне уроренальной инфекции, в клинике отмечались признаки конъюнктивита у 9 (20%) детей, поражения кожи в виде узловатой эритемы у 5 (11%) детей, которые проявлялись невыраженные симптомами, быстро ликвидировались на фоне лечения.

Общая реакция организма характеризовалась субфебрилитетом в течение нескольких дней и умеренной интоксикацией у всех детей вне зависимости от триггерного фактора заболевания, но у 5 (11%) детей после перенесенных обострений носоглоточной инфекции и у 4 (8%) отмечались подъемы температуры до фебрильных цифр при развитии РеА на фоне уроренальной инфекции. У детей с РеА на фоне носоглоточной инфекции наблюдалась регионарная лимфаденопатия в области подчелюстных лимфатических узлов, наблюдались изменения сердечной деятельности функционального характера: синусовая тахикардия, соответствующая степени повышения температуры тела, функциональный систолический шум. У большинства детей в динамике наблюдения и проведения клинико-инструментальных (ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ) исследований были исключены заболевания ревматической природы.

У 7 (15%) детей на фоне реактивного артрита**,** спровоцированного носоглоточной инфекцией, наблюдалось поражение сердца – миокардит. Комбинация миокардита и суставного синдрома после перенесенной носоглоточной инфекции напоминало клинические проявления острой ревматической лихорадки, однако в отличие от ревмокардита при инфекционно-аллергическом миокардите не поражался эндокард и клапанный аппарат и не формировались пороки сердца. Клиническое наблюдение в динамике и проведение лабораторно-инструментальных исследований (ЭКГ, Эхо КГ, определение титра противострептококковых антител и др.) исключили развитие ревматической лихорадки.

У детей с развитием артритов на фоне рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей отмечались изменения мочевого осадка с признаками лейкоцитурии, кратковременной невыраженной протеинурии, микрогематурии.

При проведении клинико-рентгенологического исследования определялись расширения суставной щели при наличии синовита, отека околосуставных тканей, показателей костно-хрящевой деструкции не отмечалось.

У большинства детей с реактивным артритом заболевание носило острый характер, рецидивы заболевания отмечались у 3 (6,2%) детей с развитием РеА на фоне инфекции мочевыводящих путей и у 4 (8,9%) детей при наличии обострения хронического тонзиллита и острой респираторной инфекции.

Лечение реактивного артрита заключается в терапии, направленной на элиминацию инфекции - триггера, а также воздействия на суставные проявления. Антибактриальная терапия назначается с учетом этиологического фактора, выраженности клинической симптоматики, эффективна на ранних этапах заболевания. В отношении проведения антибактериальной терапии реактивных артритов нет единого подхода [18,19]. Метаанализ 12 исследований антибиотикотерапии при РеА продемонстрировал, что не было существенного результата при использовании монотерапии или комбинаций, и лечебный эффект антибиотикотерапии не оказывал значимого влияния на ремиссию РеА и выраженность суставных проявлений [20].

Для лечения суставного синдрома назначались нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые рекомендуются больным РеА вне зависимости от возраста и особенностей течения заболевания. Детям назначали назначлись «стандартные» НПВП: диклофенак 2-3 мг/кг/день в 2 – 3 приема, ацеклофенак (лечебная доза 200 мг в сутки, поддерживающая – 100 мг в сутки), напроксен внутрь 15 – 20 мг/кг/день в 2 приема, ибупрофен внутрь 35 – 40 мг/кг в 2 – 4 приема и др., обладающие высоким терапевтическим индексом). С целью уменьшения риска нежелательных эффектов применялись селективные блокаторы ЦОГ-2 – нимесулид (5 мг/кг внутрь в 2 – 3 приема, мелоксикам (0,3 – 0,5 мг/кг в 1 прием внутрь).

В 7 случаях РеА с развитием воспалительного процесса в миокарде примененяли глюкокортикоиды перорально в течение 10 дней с последующим постепенным снижением дозы до полной отмены препарата.

Одновременно применялась местная терапия с нанесением мазей и гелей, содержащих НПВП, в период реконвалесценции физиотерапия.

Заключение

В ходе проведенного исследования установлены особенности течения реактивных артритов у детей, ассоциированных с различными триггерными факторами его развития. Наиболее частой причиной развития реактивного артрита у детей дошкольного возраста были хронические заболевания носоглотки и респираторные заболевания, в отдельных случаях в этой группе детей наряду с признаками реактивного артрита наблюдалось развитие инфекционно-аллергического миокардита без поражения эндокарда и клапанного аппарата.

У подавляющего большинства детей реактивный артрит характеризовался острым течением, но при рецидивах заболевания, на фоне которого развился артрит, наблюдались клинические повторные проявления с поражением суставов, что может способствовать развитию рецидивирующего и хронического течения артрита. Своевременность верификации диагноза с учетом триггерных факторов, проведения

ранних адекватных лечебных мероприятий, в большинстве случаев, способствует полному выздоровлению пациента и сохранению его качества жизни.

Литература

1. Ахмедова Е. А., Муминова Д. М. РЕАКТИВНЫЕ АРТРИТЫ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ //Печатается по решению редакционно-издательского совета ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. – 2026. – С. 366.
2. Белов Б. С., Балабанова Р. М. Реактивные артриты: современные аспекты диагностики и лечения //Антибиотики и химиотерапия. – 2020. – Т. 65. – №. 7-8. – С. 63-70
3. Гречухин И. В., Кульков В. Н., Фомичев В. В. Анализ заболеваемости детей вследствие травм, отравлений и болезней костно-мышечной системы по данным официальной статистики //Журнал'Медицина'. – 2019. – Т. 7. – №. 2. – С. 24-39.
4. Гулидова Н. С. и др. Клиническая динамика реактивного артрита у детей //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2019. – №. 2 (70). – С. 78-80.
5. Зокирова А. М. РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2025. – Т. 5. – №. 5. – С. 222-227.
6. Каземи Д., Мосунова Э. А., Жирко Д. К. Реактивный артрит //В 8-й том сборника вошли материалы секций: «Педиатрия», «Офтальмология», «Анестезиология и реаниматология», «Психиатрия». – 2020. – С. 41.
7. Клименко В. А., Савво В. М., Яновская Е. А. Особенности современного течения реактивных артритов у детей //Мир медицины и биологии. – 2014. – Т. 10. – №. 4-2 (47). – С. 42-45.
8. Котовщикова Т. А., Ледяева А. Е., Малюга О. М. СВОЕОБРАЗИЕ ДЕБЮТА И ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ //Scientist. – 2022. – №. 1 (19). – С. 105-108.
9. Лабкович М. В. Клинико-лабораторная характеристика суставного синдрома у детей и подростков. – 2026.
10. Мысливец М. Г., Парамонова Н. С. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ //Актуальные вопросы педиатрии. – 2019. – С. 114-118.
11. Писарева А. Д. и др. Особенности течения реактивных артритов у детей и подростков на современном этапе //Человек и его здоровье. – 2018. – №. 1. – С. 36-39.
12. Пулатов У. С., Шопулотов Ш. А. ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ТЕЧЕНИЕ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2024. – Т. 4. – №. 11. – С. 32-36.
13. Сенаторова А. С., Гончарь М. А., Пугачева Е. А. Информативность рентгенологического и ультразвукового методов исследования в диагностике реактивных артритов у детей //Здоровье ребенка. – 2016. – №. 3 (71). – С. 45-49.

14. Скударнов Е. В. и др. Реактивные артриты у детей //Журнал инфектологии. – 2020. – Т. 12. – №. 2 S1. – С. 115-115.
15. Скударнов Е. В. и др. Своеобразие дебюта и клинического течения реактивного артрита у детей //Bulletin of Medical Science. – 2021. – №. 4 (24). – С. 39-45.
16. Тугелбаева А. М. и др. Реактивный артрит и микробиом организма у детей //Наука и здравоохранение. – 2024. – Т. 26. – №. 4. – С. 23-30.
17. Туманян Т. С. и др. Клинико-эпидемиологические особенности реактивных артритов, вызванных кишечной инфекцией у детей //Педиатрия. – 2019. – №. 98. – С. 3.
18. Утенкова Е. О. Артриты у детей //Детские инфекции. – 2026. – Т. 25. – №. 1. – С. 28-32.
19. Хаертынов Х. С. и др. Реактивные артриты у детей //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2024. – Т. 69. – №. 5. – С. 82-85.
20. Челпаченко О. Е. и др. Оптимизация метода прогнозирования клинического исхода реактивных артритов у дете //Медицинский совет. – 2018. – №. 11. – С. 117-121.