

Т.В. Марушко, д.м.н., професор, кафедра педіатрії № 2 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Ювенільний ревматоїдний артрит у практиці лікаря-педіатра

Ювенільні артрити (ЮА) – це групове позначення ревматичних захворювань дитячого віку, представлених у МКХ-10 у рубриці М.08, які включають ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) як самостійну нозологічну форму, аналогічну до дорослого ревматоїдного артриту (РА), ювенільний анкілозуючий спондилоартрит, ювенільний хронічний артрит як захворювання суглобів на тій стадії, коли точно верифікувати діагноз не можливо, ювенільний псоріатичний артрит, артрит при запальних захворюваннях кишечника (при хворобі Крона, неспецифічному ентероколіті).

Класифікація і діагностика

1997 року ILAR (Міжнародна антиревматична ліга) на засіданні Постійного комітету з педіатричної ревматології запропонувала і прийняла нові класифікаційні критерії ЮА [3]. Усі хронічні запальні захворювання суглобів у дітей вирішили називати ювенільними ідіопатичними артритами (ЮІА). ЮІА можна визначити як артрит невідомої причини з початком до 16-річного віку, тривалістю захворювання 6 і більше тижнів при виключенні інших захворювань (таких як системний червоний вовчак, ревматична лихоманка, неоплазія, імунodefіцит та ін.).

Класифікація ювенільних ідіопатичних артритів ILAR (Durban, 1997):

1. Системний артрит.
2. Поліартрит: негативний за ревматоїдним фактором (РФ).
3. Поліартрит: позитивний за РФ.
4. Олігоартрит:
 - а) персистуючий (олігоартрикулярний характер суглобового синдрому зберігається протягом усього періоду хвороби);
 - б) розповсюджений (олігоартрикулярний характер суглобового синдрому протягом перших 6 місяців хвороби з наступним залученням більшої кількості суглобів).

5. Псоріатичний артрит.
6. Артрит, пов'язаний з ентезитом.
7. Інші артрити:
 - а) не відповідає жодній з категорій;
 - б) відповідає критеріям більш ніж однієї категорії.

Таким чином, ЮІА розглядають як загальною поняття, яке об'єднує гетерогенну групу хронічних захворювань суглобів у дітей, що мають різний етіопатогенез й імуногенетичне походження, різну нозологічну належність і неоднозначний прогноз. Провідні вітчизняні дитячі кардіоревматологи вважають, що, беручи до уваги відсутність у МКХ-10 терміну «ювенільний ідіопатичний артрит», необхідно утриматися від його широкого використання у практичній діяльності і вживати в наукових дослідженнях і зарубіжних публікаціях, а для статистичної звітності використовувати термін ЮРА (M08.0). Однак класифікація МКХ-10 не дає змоги оцінити стан пацієнта і прогнозувати результат хвороби, тому в повсякденній практиці необхідно використовувати клінічну класифікацію, яка б повністю відповідала потребам як статистики, так і практикуючих лікарів.

ЮРА – найпоширеніше ревматичне захворювання у дитячому віці, яке виникає

до 16 років з переважним прогресуючим ураженням суглобів, що є важливою причиною дитячої інвалідності [5, 11]. Станом на 2009 і 2010 роки в Україні налічувалося 2770 і 2696 дітей, хворих на ЮРА, при цьому щорічно реєстрували 491 і 427 нових випадків захворювання. ЮРА – важкий тягар для самого пацієнта і його родини, а також причина значних соціально-економічних утрат [10]. Наслідками швидко прогресуючого перебігу, неадекватної терапії захворювання можуть бути відставання в рості, затримка статевого дозрівання, деформації й контрактури кінцівок, локальний або системний остеопороз, порушення постави, атрофія м'язів й ураження внутрішніх органів. Показник смертності серед дорослих пацієнтів з ЮРА в анамнезі в 4 рази перевищує такий у загальній популяції [14]. Майже у 60% хворих з ЮРА можуть спостерігатися функціональні порушення з боку як опорно-рухового апарату, так і внутрішніх органів (серця, нирок, печінки) [6]. Близько 25% пацієнтів мають тяжкі/середньо тяжкі обмеження повсякденної активності, а близько 10% хворих потребують сторонньої допомоги для виконання щоденних рутинних обов'язків, 60% пацієнтів відмічають зниження якості життя [3, 5]. Діти



Т.В. Марушко

не відвідують освітні установи і змушені навчатися вдома, у зв'язку з чим ускладнюється можливість отримання знань, знижується рівень освіти дітей, що в подальшому зменшує їх соціальну адаптованість і рівень працевлаштування, відображається на майбутніх трудових ресурсах й інтелектуальному потенціалі країни. Перебіг ЮРА як запального процесу спостерігається у 33-75% дорослих пацієнтів [16]. Хронічні запальні процеси настільки пошкоджують суглоби, що деякі пацієнти потребують хірургічного втручання і протезування навіть у молодому віці. Результати різних досліджень вказують, що до 50% пацієнтів з ЮРА після 40 років мають ендопротези суглобів [1, 7].

При РА основною мішенню ураження є синовіальна оболонка суглоба. Клітинні й молекулярні взаємодії в синовіальній оболонці при РА вивчені досить досконало. Розвиток хронічного запалення в синовіальній оболонці пов'язаний з активацією й проліферацією імункомпетентних клітин (макрофагів, Т- і В-лімфоцитів), супроводжується виділенням клітинних медіаторів запалення (цитокінів, факторів

Таблиця 1. Критерії діагнозу РА (ACR/EULAR, 2010)

Цільова група (кого потрібно оцінювати за цими критеріями?) – пацієнти, у яких: – наявні чіткі симптоми синовіту принаймні одного суглоба (припухлість)*; – синовіт, який не можна пояснити іншим захворюванням		
Класифікаційні критерії РА (алгоритм заснований на визначенні суми балів з категорій А-D; для встановлення діагнозу "явий РА" потрібна сума балів $\geq 6/10$) [‡]		
A	Залучення суглобів [§]	
	Один великий суглоб [¶]	0
	2-10 великих суглобів	1
	1-3 дрібних суглоби (з чи без залучення великих) ^{**}	2
	4-10 дрібних суглобів (з чи без залучення великих)	3
	>10 суглобів (принаймні один дрібний) ^{**}	5
B	Серологічні критерії (для класифікації потрібні результати принаймні одного аналізу) ^{††}	
	Негативний РФ та негативний АЦЦП	0
	Слабо позитивний РФ чи слабо позитивний АЦЦП	2
	Високо позитивний РФ чи високо позитивний АЦЦП	3
C	Гострофазові показники (для результату потрібні результати принаймні одного аналізу) ^{‡‡}	
	Нормальний рівень СРБ і нормальна ШОЕ	0
	Підвищення СРБ чи підвищення ШОЕ	1
D	Тривалість симптомів ^{§§}	
	<6 тижнів	0
	≥ 6 тижнів	1

* Критерії спрямовані на класифікацію пацієнтів з дебютом захворювання. Пацієнти, які мають ерозивні зміни, характерні для РА, або анамнез, до якого в минулому могли бути застосовані критерії 2010 р., повинні бути класифіковані як такі, що мають РА.
[†] Диференційний діагноз може відрізнитися серед пацієнтів з різними маніфестаціями, але також може включати такі захворювання, як системний червоний вовчак, псоріатичний артрит і подагру. Якщо є сумніви щодо диференційного діагнозу, необхідна консультація експерта-ревматолога.
[‡] Хоча пацієнти, які мають кількість балів <6/10, не можуть бути класифіковані як такі, що мають РА, їхній статус з часом може бути оцінений повторно і задовольняти діагностичні критерії РА.
[§] Під залученням суглобів розуміють будь-який болючий чи припухлий суглоб під час об'єктивного обстеження, що може підтверджуватися ознаками синовіту за результатами процедур візуалізації суглоба. Дистальні міжфалангові, перші карпометакарпальні, перші плюснефалангові суглоби не оцінюють. Категорії залучення суглобів класифікують згідно з їх кількістю й розташуванням. Хворого потрібно відносити до категорії з найбільшою можливою кількістю балів згідно з кількістю й характером залучення суглобів. Наприклад, якщо пацієнт має синовіт чотирьох великих і двох дрібних суглобів, він належить до категорії "1-3 дрібних суглоби".
[¶] До великих суглобів відносять плечові, ліктьові, стегнові, колінні й гомілково-ступневі.
^{**} До дрібних суглобів відносять п'ястково-фалангові, проксимальні міжфалангові, II-IV плюснефалангові, а також міжфалангові суглоби перших пальців кисті і променево-зап'ясткові суглоби.
^{††} У цій категорії хоча б один із залучених суглобів повинен бути дрібним. Інші суглоби можуть включати будь-які комбінації дрібних і великих суглобів. Для включення пацієнта до цієї категорії можуть враховуватися й інші суглоби, не зазначені у цьому переліку оцінюваних.
^{‡‡} Негативний результат відповідає значенню, яке менше або дорівнює верхній межі норми (ВМН) показника в цій лабораторії; слабо позитивний результат – значення >ВМН але $\leq 3 \times \text{ВМН}$; високо позитивний результат – значення >3ВМН цієї лабораторії. Якщо результати аналізу на РФ оцінюють лише як позитивний чи негативний, то позитивний результат такого аналізу відповідає слабопозитивному РФ у цих класифікаційних критеріях. АЦЦП – антитіла до циклічного цитрулінового пептиду.
^{§§} Нормальні/підвищені визначають за стандартами цієї лабораторії. СРБ – С-реактивний білок, ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів.
^{§§§} Тривалість симптомів синовіту (біль, припухлість) визначають зі слів пацієнта щодо суглобів, які на момент оцінки мають клінічні ознаки залучення, незалежно від статусу лікування.

Таблиця 2. Класифікація ЮРА

Клініко-анатомічна характеристика ЮРА	1. Переважно суглобова форма (з ураженням очей, без ураження очей): – моноартрит (з ураженням одного суглоба) – олігоартрит (з ураженням 2-3 суглобів) – поліартрит (з ураженням більше 3 суглобів)
	2. Суглобово-вісцеральна форма (з ураженням ретикулоендотеліальної системи, серця, серозних оболонок, судин, очей, шкіри, легень, нирок, нервової системи): – обмежені вісцерити – синдром Стілла – алергосептичний синдром
	3. Поєднання різних видів захворювання сполучної тканини: – ЮРА з ревматизмом – ЮРА із склеродермією – ЮРА із системним червоним вовчаком – ЮРА з іншими захворюваннями сполучної тканини
Імунологічна характеристика ЮРА	– РФ позитивний – РФ негативний
Перебіг захворювання	– швидко прогресуючий – повільно прогресуючий – без помітного прогресування
Ступінь активності	– високий (III ступінь) – середній (II ступінь) – низький (I ступінь) – стадія ремісії
Рентгенологічна стадія	1. Навколосуглобовий остеопороз, ознаки випоту в порожнину суглоба, ущільнення периартикулярних тканин, прискорення росту епіфізів уражених суглобів 2. Навколосуглобовий остеопороз, ознаки випоту в порожнину суглоба, ущільнення периартикулярних тканин, прискорення росту епіфізів уражених суглобів, звуження суглобової щілини, поодинокі кісткові узури 3. Розповсюджений остеопороз, виражена кістково-хрящова деструкція, вивих, підвивих, системне порушення росту кісток 4. Зміни, які спостерігаються на I-III стадії, й анкілози (анкілози у шийному відділі хребта не впливають на стадію процесу)
Функціональна спроможність хворого	1. Збережена 2. Порушена за станом опорно-рухового апарату: – спроможність до самообслуговування збережена – спроможність до самообслуговування частково збережена – спроможність до самообслуговування втрачена 3. Порушена за станом очей або внутрішніх органів

росту), синтезом антицитрулінових й інших антитіл, формуванням імунних комплексів. Ці процеси ведуть до розростання сполучної тканини в синовіальній оболонці, виділення протеолітичних ферментів, активації циклооксигенази-2 (ЦОГ-2) з підвищенням синтезу простагландинів, що супроводжується розвитком запальної реакції, активацією остеокластів, у результаті чого виникає деструкція кісткової тканини суглобів [3].

Згідно з патофізіологічними ознаками перебігу аутоімунного запалення в суглобових структурах виділяють такі стадії РА [11]:

- ранню (безсимптомну) – визначається судинна і клітинна активація;
- розгорнуту (швидка хронізація запалення) – проявляється порушеннями ангіогенезу, активацією ендотелію, клітинною міграцією, інфільтрацією активованими CD⁴⁺-лімфоцитами синовіальної оболонки суглобів, утворенням РФ й інших аутоантитіл, імунних комплексів; синтезом прозапальних цитокінів, простагландинів, металопротеаз, колагенази;
- пізню – характеризується соматичними мутаціями й дефектами апоптозу синовіальних клітин, що створює передумови для формування пануса, ерозивних уражень суглобового хряща.

На ранній стадії хвороби, коли переважають епізодичні скарги, незначні структурні ознаки запалення і часто немає системної відповіді на локальний запальний процес, досить складно вчасно встановити діагноз. Однак успіх терапії, запобігання незворотним змінам у суглобах залежить від того, наскільки швидко буде поставлено правильний діагноз і призначено адекватне лікування. В іншому випадку можуть розвинути деструктивні, деформуючі зміни у суглобах, що призведе до стійкої інвалідності, або до патологічного процесу можуть залучитися внутрішні органи й системи, що ускладнить лікування. Тому проблема ранньої

діагностики як РА у дорослих хворих, так і ЮРА має велике практичне значення. Особливо якщо брати до уваги той факт, що саме деструктивні зміни найбільш активно розвиваються у перший рік захворювання, коли діагноз зазвичай ще не встановлений, а лікування часто полягає у призначенні нестероїдних протизапальних препаратів, які не впливають на рентгенологічну прогресію у таких хворих. Причини пізньої діагностики як РА у дорослих, так і ЮРА – різноманітні клінічні форми перебігу патологічного процесу, відсутність патогномонічних симптомів, недосконалість діагностичних критеріїв, у тому числі й адаптованих до особливостей дитячого організму, особливо упродовж першого року хвороби, а також пізні звернення й направлення хворих до ревматолога. Упровадження у клінічну практику додаткових до вже наявних стандартних методів дослідження чутливих і специфічних лабораторних маркерів у наш час є пріоритетним напрямом клінічної ревматології. 2010 року затверджено нові діагностичні критерії діагностики РА у дорослих. Консенсусу вдалося досягнути завдяки зусиллям спільної робочої групи Американської колегії ревматологів (ACR) і Європейської ліги проти ревматизму (EULAR). У новій версії експерти усунули недостатню «чутливість» критеріїв до ранніх проявів захворювання (табл. 1).

Таким чином, ревматологи отримали можливість досконалішого виявлення і встановлення діагнозу РА у дорослих пацієнтів уже протягом першого місяця захворювання. Тому педіатричній спільноті на підставі запропонованих критеріїв треба розробити ранні діагностичні критерії діагностики для ЮРА, що істотно полегшить призначення своєчасного й адекватного лікування й запобігати прогресуванню патологічного процесу.

У своїй практичній роботі дитячі кардіоревматологи найчастіше використовують

класифікацію ЮРА, запропоновану групою московських педіатрів (А.В. Долгополова, А.А. Яковлева, Л.А. Ісаєва, 1980) (табл. 2).

Ця класифікація найбільш повно характеризує індивідуальні особливості перебігу захворювання, об'єм ураження, запальну активність, агресію аутоімунного процесу, але вона дуже громіздка у плані складання алгоритму лікування, тому для призначення лікування конкретному хворому використовують класифікацію, розроблену Американською колегією ревматологів (2011) для ЮРА, базуючись на тому факті, що кожна група пацієнтів не потребує специфічного лікування, а обсяг лікувальних заходів залежить від клінічних проявів і факторів неблагополучного прогнозу.

Під час клінічного обстеження дитини з ураженням суглобів звертають увагу на:

– скарги: наявність болю, змін форми (припухлість, дефігурація), порушення рухливості активності в зоні ураженого суглоба. Біль у суглобі має найвищу інтенсивність уранці або у другій половині ночі, зменшується під час руху. Діти скаржаться на вранішню скутість різної тривалості;

– анамнез захворювання: наявність ураження суглобів у родичів першого і другого покоління; перенесені захворювання і їх зв'язок з виникненням патології суглобів, травми, шеплення, стреси протягом 1-1,5 місяця до дебюту артриту;

– огляд: огляд і обстеження всіх суглобів дитини з оцінкою їх зовнішнього вигляду, конфігурації, обсягу рухів, термоактивності.

Додаткові методи дослідження суглобів:

- лабораторні методи обстеження:
 - дають змогу виявити лейкоцитоз, у разі тривалого перебігу – лейкопенію, гіпо- або нормохромну анемію;
 - виявлення прискороеної ШОЕ;
 - позитивний РФ у сироватці крові.

РФ досліджують не тільки у крові, а й у синовіальній рідині. В останній при ЮРА його знаходили у 79% пацієнтів. Однак треба враховувати, що РФ може визначатися і при інших захворюваннях: інфекційному ендокардиті, туберкульозі, сифілісі, цитомегаловірусній інфекції, малярії, хронічних запаленнях печінки й інших;

- визначення підвищеного рівня антитіл до циклічного цитрулінованого пептиду (АЦЦП);
- виявлення диспротеїнемії, зниженого вмісту альбумінів, гіперглобулінемії;
- визначення антинуклеарних антитіл у підвищеному титрі;
- визначення підвищеного вмісту циркулюючих імунних комплексів, рівнів прозапальних цитокінів, неоптерину;
- дослідження синовіальної рідини (цитоз більше 2 тис. клітин на 1 мл, підвищений вміст лейкоцитів, нейтрофіли більше 25%, в'язкість секрету знижена, муцинозний згусток крихкий, визначаються рагоцити);
- інструментальна діагностика:
 - рентгенологічна діагностика: має велике значення, відображає стадію розвитку захворювання. Виявляють ознаки остеопорозу, потовщення й ущільнення м'яких тканин навколо суглобів, розширення суглобової щілини при ексудативному випоті в суглобі. З розвитком хвороби з'являються ознаки кістково-хрящової деструкції, а саме звуження суглобової щілини, ерозії й узури на суглобових поверхнях, кісткові розростання, вивихи, фіброзні й кісткові анкілози, стовщення епіфізів тощо. Також спостерігається порушення росту кісток;
 - магнітно-резонансна томографія виявляє ерозії, дає змогу отримати відображення кісткового мозку, суглобового хряща, м'язів, сухожиль; чутливий метод визначення остеонекрозу та ін.;

Продовження на стор. 28.

Новини

Ібупрофен или парацетамол с кодеином – что лучше применять у детей?

Контроль боли является основной целью при оказании помощи детям с острыми травмами, в то же время анальгетики очень часто ассоциируются с побочными эффектами. Использование распространенных анальгетиков вместо опиоидов может упростить протоколы купирования боли и снизить частоту возникновения побочных эффектов. Чтобы поставить точку в этом вопросе, ученые провели сравнение ибупрофена и комбинации парацетамола с кодеином (парацетамол-кодеин) у детей с острыми повреждениями конечностей.

В исследовании принимали участие дети в возрасте от 5 до 17 лет, которые поступали в отделение неотложной помощи детского городского госпиталя. Все пациенты жаловались на боль в конечности, которая оценивалась не ниже 5 баллов по 10-балльной шкале тяжести боли. Дети, принимавшие обычные анальгетики в течение 6 ч до включения в исследование, были исключены из него.

Из 153 детей в исследовании приняли участие 68; остальные 85 пациентов были исключены, так как уже принимали обезболивающие препараты. Пациентов, получавших седативную терапию, в исследование не включали.

Детей рандомизировали на две группы: в первой группе пациенты получали парацетамол-кодеин (1 мг/кг кодеина, максимальная доза 60 мг), во второй – ибупрофен (10 мг/кг, максимальная доза 400 мг). Другие медицинские назначения выполнялись на усмотрение лечащего врача.

Обе группы были идентичны по основным характеристикам. Средний возраст участников составил 10 лет; мальчиков и девочек

было примерно поровну. Дети отличались по расовой и этнической принадлежности. Среднее значение по шкале боли было немногим более 7 баллов. Более чем у половины участников исследования (55%) отмечались переломы верхних конечностей.

Среднее значение боли в начале исследования существенно не отличалось в обеих группах и составляло в первой группе 6,1 балла, во второй – 6,9 балла. Через 40 мин показатели в обеих группах составили соответственно 4,4 и 4,8 балла. Эти данные оказались статистически сопоставимыми, как и результаты, полученные через 20 мин (соответственно 5,3 и 5,5 балла) и 60 мин (3,8 и 4,8). Разница при оценке боли по цветовой аналоговой шкале через 60 мин составила 0,2 см, существенных различий в пользу группы парацетамола-кодеина не обнаружили.

При проведении исследования побочные эффекты возникли только у троих детей. Парацетамол-кодеин ассоциировался с рвотой и зудом без высыпаний, тогда как ибупрофен – с тошнотой.

Это исследование подтверждает ранее полученные результаты, показавшие, что по эффективности опыты не превосходят неопиатные анальгетики у детей с острыми травмами. В похожем исследовании с участием 66 детей с острым повреждением костей была показана сопоставимая эффективность ибупрофена и кодеина в контроле над болью в течение 120 мин. Кроме того, эффективность сочетания ибупрофена и оксикодона не превышает таковую монотерапии каждым из этих препаратов, тогда как комбинированная терапия двумя препаратами приводила к увеличению частоты возникновения побочных эффектов.

www.medscape.com

Ибуфен®
Піднялась температура – під рукою Ібуфен!

- Подвійна жарознижувальна дія (центральна та периферійна)
- Знеболювальна, протизапальна дія
- Зі смаком апельсинового соку
- Дітям від 3 місяців

Р.Л. МОЗ України №UA/9215/01/01 від 07.12.2009. Виробник: Медана Фарма АТ, Польща. Заявник: Медана Фарма АТ, Польща. Р.Л. МОЗ України №UA/2485/01/01 від 07.12.2009. Виробник: Медана Фарма АТ, Польща. Заявник: Медана Фарма АТ, Польща. Повна інформація щодо застосування препарату міститься в інструкції-вкладиші. Склад: 5 мл суспензії містять ібупрофену 100 мг. Лікарська форма: Суспензія для перорального застосування, 100 мг/5 мл. Правила випуску: Без рецепту. Представництво ЗФ «ПОЛФАРМА» С.А в Україні та Молдові: вул. Спаська, 30, 6 поверх, м. Київ, 04070. Тел. (044) 461-90-07, факс (044) 461-93-87, e-mail: office@polpharma.ua, www.polpharma.ua

medana **polpharma**

Т.В. Марушко, д.м.н., професор, кафедра педіатрії № 2 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Ювенільний ревматоїдний артрит у практиці лікаря-педіатра

Продовження. Початок на стор. 26.

- визначення мінеральної щільності кісткової тканини на сучасному етапі проводять за допомогою ультразвукової денситометрії. Діагноз остеопенічного синдрому підтверджується при значеннях показників структурно-функціонального стану кісткової тканини менше ніж -1 SD (стандартне відхилення від вікових нормативів, діагноз «остеопороз» передбачає значення показників менших ніж 2,5 SD, а також за наявності характерних клінічних і рентгенологічних симптомів;

- ультразвукове дослідження суглобів дає змогу визначити навіть незначне накопичення рідини в суглобах, коли його не видно під час рентгенологічного обстеження, діагностувати синовіт, бурсит, оцінити морфологію навколосуглобових тканин, виявити кісти;

- артроскопію суглобів проводять як з діагностичною метою, так і з лікувальною — синовектомія та ін.

Особливості перебігу різних варіантів ЮРА

Переважаючою суглобовою формою ЮРА спостерігається у 65-80% хворих. Серед хворих переважають дівчатка. Проявляється у вигляді моноартриту, олігоартриту й поліартриту. У деяких випадках початок хвороби повільний — із симетричного поліартриту дрібних суглобів кистей і стоп. Потім залучаються більші суглоби — променево-зап'ястковий, надп'ястково-гомільковий, колінний, плечовий, кульшовий. Однак у дітей РА може починатися з переважного ураження середніх або великих суглобів.

Моноартрит як перша ознака захворювання спостерігається при суглобовій формі у 40-50% дітей. У переважній більшості розвивається ураження колінного суглоба, у третини — надп'ястково-гомількового, значно рідше процес починається з інших суглобів. Перші скарги часто поєднуються з травмою. Дуже рідко першим до патологічного процесу залучається кульшовий суглоб. Далі до моноартриту додається ураження інших суглобів.

До олігоартикулярної форми ЮРА прийнятні відносити випадки захворювання з ураженням 2-4 суглобів. Місцеві прояви ураження суглобів характеризуються змінами форми у вигляді периартикулярного набряку, наявності випоту в порожнину суглоба, підвищеною місцевою термоактивністю, обмеженням рухливості функції, болем, який посилюється наприкінці ночі або вранці, вранішньою скутістю різної тривалості. У процесі прогресування захворювання, коли дитина обмежує рухливість ураженого суглоба, відбуваються трофічні зміни тканин над ураженим суглобом, гіпотрофія м'язів відповідної кінцівки.

При поліартикулярній формі перебігу ЮРА до патологічного процесу залучаються більш ніж чотири суглоби. У периартикулярних тканинах уражених суглобів можна виявити ревматоїдні вузлики. З розвитком захворювання залучається м'язова система у вигляді міозиту, дистрофічних і атрофічних змін. При суглобовій формі ЮРА органічне ураження внутрішніх органів (серця, печінки, селезінки, нирок), виражена лімфаденопатія практично не спостерігаються. Зміни з боку серцево-судинної системи й інших органів мають переважно функціональний характер.

Особливу увагу надають ураженню очей при переважно суглобовій формі ЮРА у дітей. Ураження очей при ЮРА може призвести до грубих анатомо-функціональних змін з високим ступенем інвалідизації. За даними світової літератури, частота виникнення увеїту

у дітей при ЮРА коливається від 9,3 до 30%. При системних формах ЮРА увеїт зустрічається досить рідко (менше ніж у 2% випадків). При суглобових формах, якщо до процесу залучається 5 і більше суглобів, кількість уражень органів зору досягає 8-9%. Якщо захворювання починається з моно- чи олігоартриту, цей показник збільшується. До захворювання увеїтом більш схильні дівчатка. Вони становлять 73-85% серед дітей з ЮРА й увеїтом, причому переважають дівчатка дошкільного віку. Виділяють навіть «увеїт маленьких дівчаток» для визначення однієї з найбільш важких форм РА з первинним ураженням очей.

Увеїт при ЮРА клінічно перебігає, як правило, у вигляді хронічного іридоцикліту або хронічного переднього увеїту. Одна з класичних ознак ревматоїдного увеїту — стрічковидна дистрофія рогівки, тобто гіалінове переродження боуменової оболонки й поверхневих шарів строми з появою новоутвореної сполучної тканини і відкладанням кальцієвих нащарувань.

У переважній більшості пацієнтів (85-90%) при ЮРА спочатку виникає ураження суглобів, а ураження очей приєднується в перші 5 років від початку суглобового синдрому. Проте треба підкреслити, що увеїт може виникати як первинна ознака ЮРА до ураження суглобів, що дуже ускладнює діагностику і, що найважливіше, перешкоджає правильному початку лікування цієї патології.

Для ревматоїдного процесу, як для суглобового, так і для очного, характерні сезонні загострення. Найчастіше загострення спостерігаються в осінній або весняний період, але можуть виникнути і після перенесення вірусної інфекції або іншого соматичного захворювання, травми, унаслідок стресу.

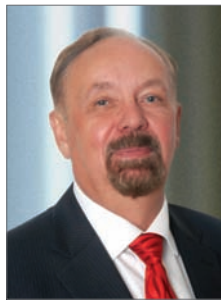
Література

1. Агазов Д.С., Загородний Н.М., Султанов Е.М. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при ревматических заболеваниях // В кн. тезисов международного конгресса «Современные технологии в травматологии, ортопедии: ошибки и осложнения — профилактика, лечение». — Москва, 2004. — С. 142-143.
2. Бортькевич О.П., Биласька Ю.В. Клініко-діагностичне значення антитіл до циклічного цитрулінового пептиду у пацієнтів з різною тривалістю ревматоїдного артрити // Укр. ревматол. журн. — 2008. — № 3. — С. 58-64.
3. Детская ревматология: Руководство для врачей / Под ред. А.А. Баранова, Л.К. Баженовой. — М.: Медицина, 2002. — 336 с.
4. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Тогизбаев Г. Современные принципы ведения больных с ранним ревматоидным артритом // Рус. мед. журн. — 2009. — 17, № 3. — С. 85-89.
5. Кардиология и ревматология детского возраста / Под ред. Г.А. Самсыгиной, М.Ю. Щербаковой. — М.: Медпрактика. — М., 2004. — 744 с.
6. Клинические рекомендации для педиатров. Детская ревматология. Ювенильный артрит / Под ред. А.А. Баранова, Е.И. Алексеевой. — Москва: Союз педиатров России, 2011. — 40 с.
7. Макаров С.А. Изменение минеральной плотности костной ткани вокруг импланта при тотальном бесцементном эндопротезировании тазобедренного сустава у больных ревматическими заболеваниями // Автореф. канд. мед. наук. — Москва, 2004. — 120 с.
8. Сигидин Я.А., Лукина Г.В. Биологическая терапия в ревматологии. — Москва, 2007. — 168 с.
9. Современная стратегия и тактика фармакотерапии ювенильных артритов / Н.Н. Кузьмина, И.П. Никишина, С.О. Салугина // Рус. мед. журн. — 2003. — Т. 11. — № 7. — С. 11-15.
10. Стан здоров'я дітей 0-17 років в Україні та надання їм медичної допомоги за 2010 рік // Київ, 2011. — 218 с.
11. Чепой В.М. Диагностика и лечение болезней суставов. — М.: Медицина, 1990. — 176 с.
12. 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 & Research, 2011. — Vol. 63, №. 4. — P. 465-482.
13. Chmell M.J., Scott R.D., Thomas W.H. et al. Total hip arthroplasty with cement for juvenile rheumatoid arthritis // The Journal of Bone and Joint Surgery. 1997. — Vol. 79-A. — № 8. — P. 44-52.
14. French A.R., Mason T., Nelson A.M., O'Fallon W.M., Gabriel S.E. Increased mortality in adults with a history of juvenile rheumatoid arthritis: a population-based study // Arthritis Rheum. — 2001. — Vol. 44. — P. 523-527.
15. Minden K., Niewerth M., Listing J., Biedermann T., Schoentube M., Zink A., Burden and cost of illness in patients with juvenile idiopathic arthritis. // Ann. Rheum. Dis. — 2004. — Vol. 63. — P. 836-842.
16. Susic G.Z., Stojanovic R.M. et al. Analysis of disease activity, functional disability and articular damage in patients with juvenile idiopathic arthritis: a prospective outcome study // Clinical and Experimental Rheumatology. — 2011. — Vol. 29. — № 2. — P. 337-344.

Острые респираторные заболевания сезона 2011/12 г. — прогнозы и тенденции

Мы стоим на пороге осенне-зимнего сезона, когда лето еще не отступило, однако солнечные дни становятся все короче, а температура на наших термометрах опускается все ниже и ниже. И чтобы не оказаться в роли печально известной стрекозы из известной басни И.А. Крылова, к зиме необходимо готовиться заранее.

Ежегодно при сочетании различных климатических факторов в определенное время возникают вспышки острых респираторных заболеваний (ОРЗ). Учитывая это, медицинская служба на всех уровнях должна быть готова к увеличению частоты заболеваемости указанной патологией.



Проблема часто болеющих детей — одна из наиболее актуальных в амбулаторной педиатрической практике. Именно эти дети после контакта с инфекционными возбудителями ОРЗ практически сразу заболевают и являются источниками дальнейшего распространения

болезни. Учитывая все это, мы решили заблаговременно проинформировать педиатров об основных современных тенденциях в лечении ОРЗ, профилактике и иммунореабилитации часто болеющих детей и обратились за помощью к главному внештатному детскому пульмонологу МОЗ Украины, заведующему отделением проблем аллергии и иммунореабилитации ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» доктору медицинских наук, профессору Владимиру Федоровичу Лапшину.

В прессе, и в медицинских кругах много говорят о проблеме ОРЗ. О чем должен помнить врач-педиатр, употребляя этот термин?

— Прежде всего необходимо определиться, что же на самом деле представляет собой этот внедрившийся в нашу повседневную практику термин, так как многие употребляют его неправильно или не совсем точно. ОРЗ — это этиологически разнородная группа инфекционных болезней дыхательных путей, имеющих сходные механизмы развития, эпидемиологические и клинические характеристики. Эта группа включает инфекции, вызываемые как вирусами, в основном респираторными, так и пневмотропными бактериями, в том числе нередко вегетирующими в дыхательных путях. К ОРЗ не принято относить редкие специфические инфекции, вызывающие острые поражения органов дыхания (чума, сибирская язва, актиномикоз), хотя хламидийные инфекции, орнитоз, легионеллез и микоплазмоз относятся к этой группе. Не входят в группу ОРЗ аллергические заболевания дыхательных путей, а также микобактериальные и грибковые инфекции.

Среди основных возбудителей, на которые приходится 99% всех заболеваний, — вирусы гриппа, парагриппа, аденовирус, респираторно-синцитиальный вирус, риновирусы, рео- и коронавирусы. У детей первых двух лет жизни основным этиологическим фактором является респираторно-синцитиальный вирус (25%), далее следуют вирус гриппа (15%), риновирус и вирус парагриппа (по 20%).

В связи с отсутствием характерных клинических проявлений вызвавшей ОРЗ вирусной инфекции принято использовать термин «острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)». Часто по клиническим данным с большой долей вероятности можно предположить об этиологической роли того или иного вируса. В этих случаях (как и при выявлении вируса) диагноз ОРВИ уместно расширять или дополнить указанием на грипп, аденовирусную, респираторно-синцитиальную или иную инфекцию.

Поскольку диагноз ОРВИ (как и конкретной вирусной инфекции) обозначает лишь

этиологию болезни, его следует дополнять указанием на клинический синдром, обусловленный инфекцией. Выделяют острые заболевания верхних дыхательных путей — воспаление слизистых оболочек, расположенных выше голосовых связок (ринит, синусит, фарингит, тонзиллит, отит), и острые заболевания нижних дыхательных путей — поражение дыхательного тракта ниже голосовых связок (ларингит, трахеит, бронхит, пневмония).

Какова эпидемиология ОРЗ в детской популяции в Украине?

— ОРЗ составляют около 90% всех инфекционных заболеваний и считаются наиболее распространенными. На сегодняшний день существует более 500 различных возбудителей ОРЗ.

Несмотря на то что подавляющее большинство случаев заболевания ОРЗ имеют легкое и неосложненное течение, они являются серьезной проблемой здравоохранения, так как причиняют значительный экономический ущерб.

По данным МЗ Украины, уровень заболеваемости гриппом и другими ОРЗ по состоянию на 33-ю неделю 2011 г. по 10 контрольным городам Украины невысокий и не превышает эпидемический порог. Однако не стоит особенно надеяться на то, что так будет продолжаться и в дальнейшем. Как свидетельствует статистика, как правило, заболеваемость резко возрастает в более поздний период. В этом году прогнозируется, что основной пик заболеваемости гриппом будет приходиться на ноябрь, но о вероятности эпидемии пока говорить рано, поскольку информации недостаточно. Согласно данным, полученным за первое полугодие текущего года, дети в возрасте от 0 до 17 лет составили более половины заболевших гриппом и ОРВИ, при этом возраст около 40% детей — 1-4 года.

Ежегодно взрослые болеют в среднем 2 раза в год, школьники — 3 раза, дошкольники — 6 раз, в то же время на грипп даже в эпидемию приходится не более 40% всех случаев заболевания.

Почему инфекционный процесс достаточно быстро распространяется среди населения только в определенные периоды? Существует ли научное объяснение тому факту, что ежегодно возникают новые вспышки заболеваний, но уже с новыми инфекционными агентами?

— Процесс быстрого распространения ОРЗ в определенные периоды связан с большим числом факторов. Основной путь передачи ОРЗ — воздушно-капельный. Кроме того, у детей может отмечаться и контактный путь передачи — через немытые руки или игрушки. Поэтому, когда повышается вероятность общения людей, отмечается и рост частоты случаев инфекционной патологии. В осенний период большинство людей возвращаются к своим повседневным делам, дети начинают посещать организованные коллективы, детские сады и школы. Носитель вируса ОРЗ становится заразным и опасным для окружающих, если расстояние между ним и другим чувствительным организмом составляет менее трех метров. Вследствие большой