

**ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ  
РЕАКТИВНЫХ АРТРОПАТИЙ  
У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ  
ПАТОЛОГИЕЙ**

Головченко Н.Н., Сульженко М.Ю.,  
Друпова В.И.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»


## ► Болезни костно-мышечной системы

---

рассматриваются во всем мире как одна из самых распространенных патологий современного общества. В последнее все более актуальной становится проблема реактивных артритов (РеА), ассоциированных с различными инфекциями и наличием у больного антигена гистосовместимости HLA-B27. РеА в структуре ревматических заболеваний у детей до 14 лет составляют 56%, у подростков – 37%. Для обозначения суставного поражения при РеА в настоящее время пользуются более общим термином «артропатия», под которой понимают любые объективно определяемые

---

► нарушения в суставе.

- ▶ **Реактивные артриты (РеА) - это асептическое воспаление суставов, развивающееся в ответ на внесуставную инфекцию.**
  - ▶ **Возникают через 2-4 недели после перенесенной инфекции.**
- 
- 

# Этиология реактивных артритов (РеА)

---

- ▶ Кишечные инфекции, хламидии, микоплазмы, иерсинии, бета-гемолитический стрептококк, вирусы, глистная инвазия и т.д.
  - ▶ У большинства больных после перенесенного РеА в дальнейшем может рецидивировать олигоартрит, а у части развивается хронический артрит, трансформирующийся в ювенильный спондилоартрит (ЮСА), ЮРА. Это зависит от этиологического фактора РеА и от иммунологических особенностей макроорганизма, в частности от наличия HLA B27 антигена.
- 



# Рабочая классификация РеА

Этиологический признак	Течение	Кол-во пораженных суставов
Постэнтероколитический	Острое (до 2 месяцев)  Затяжное (до 1 года)  Хроническое (более 1 года)  Рецидивирующее (обострение через 6 мес ремиссии)	Моноартрит
Урогенитальный		Олигоартрит (пауциартит)
После носоглоточной инфекции		Полиартрит
После кишечного шунта в анамнезе		
После невыясненных инфекций		
После вакцинации		

# План обследования

- ▶ Анализ гинекологического и акушерского анамнеза матери.
- ▶ Анализ анамнеза жизни ребенка (вакцинация, аллергия, хронические заболевания и прием препаратов).
- ▶ Анализ наследственного анамнеза.
- ▶ Анализ анамнеза заболевания (перенес заб-я, спорт).
- ▶ Жалобы (боль, скованность, время максимума)
- ▶ Физикальное обследование (все суставы, вид, конфигурация, объем движений, термоактивность).
- ▶ Лабораторные (клин ан крови, острофазовые р-ции) и инструментальные методы
- ▶ обследования (рентген, УЗИ, МРТ).

# Вирусные РеА

---

- ▶ Развиваются на фоне или через 1,5-4 недели после ОРВИ.
  - ▶ У большинства детей артрит развивается остро в виде моно- или олигоартрита и обычно бывает ассиметричным.
  - ▶ Наиболее часто поражаются коленные, голеностопные и тазобедренные суставы.
  - ▶ Длительность артрита в среднем 2-3 недели.
  - ▶ Первично-хронические РеА могут быть вызваны ВЭБ и Коксаки-вирусами на фоне иммунных дефектов.
-

# Болезнь Рейтера

---

Возникает после урогенитальной или кишечной инфекции

Классический синдром Рейтера характеризуется триадой симптомов:

- конъюнктивит;
- уретрит;
- артрит (ниж конечности, 1 п стопы, талалгии).



# Особенности синдрома Рейтера у детей

---

1. Отсроченность появления во времени всей классической триады.
2. Стертость внесуставных проявлений.
3. Эквивалентом уретрита у *мальчиков* могут быть баланит, инфицированные синехии, фимоз, у *девочек* — вульвовагинит, цистит, лейкоцитурия, микрогематурия.



Развитие *синдрома Рейтера* у детей сопровождается общевоспалительными изменениями:

---

- ▶ Лихорадкой
  - ▶ Интоксикацией
  - ▶ Повышением лабораторных показателей – СОЭ, СРБ, гамма-глобулинов.
  - ▶ В остром периоде болезни, вызванной *Chlamydia pneumoniae* или микоплазмой дети могут испытывать умеренные боли в различных отделах позвоночника (чаще в поясничной области). У 20% детей развивается сакроилеит (с-м Кушелевского).
- 



Этиотропное лечение РсА, вызванных микоплазменной,  
хламидийной или хламидиальной инфекцией

Эффективность		
высокая	низкая	отсутствует
Макролиды: Азитромицин (сумамед) Кларитромицин (клацид) Спирамицин (ровамицин) Рокситромицин (рулид) Джозамицин	Сульфаниламиды Левомецетин Пенициллины Цефалоспорины 1-го и 2-го поколения	Аминогликозиды Триметоприм Метронидазол Цефалоспорины 3- го и 4-го поколения

## Тактика применения макролидов у детей

- Азитромицин в 1-й день в дозе 10 мг/кг, со 2-го по 5-й день – 5мг/кг 1 раз в сутки, курс лечения 5-7 дней.
- Кларитромицин 7,5-10 мг/кг/сут (max СД=500мг) в 2 приема в течение 10-14 дней.
- Спирамицин – детям с массой тела более 20кг  
1 500 000 ЕД на каждые 10 кг массы в сутки в 2-3 приема в течение 10-14 дней.
- Рокситромицин – 5-8 мг/кг/сут в 2 приема (max СД=300мг) в течение 10-14 дней
- Джозамицин – 30-50 мг/кг/сут в 3 приема в течение 10-14 дней.
- Эффективно 2 курса по 7-10 дней



## При энтерогенных артритах

---

- ▶ Цефтриаксон 50-100 мг/кг/сут – 5-7 дней  
или др. АБ, чувствительные к возбудителю

## При носоглоточной инфекции

- ▶ Амоксициллин или цефалоспориновый ряд  
– 7-10 дней



## Патогенетическая терапия

---

- ▶ Диета без простых углеводов, Омега-3, вит Д
- ▶ НПВС 10-14 дней
- ▶ Диклофенак натрия 2-3 мг/кг/сут в 3 приема
- ▶ Нимесулид с 12 лет 2-5 мг/кг/сут в 2 приема
  
- ▶ Местно – гели и мази с НПВС 2 р/день,  
компресс с димексидом
  
- ▶ Физиотерапия – фонофорез с НПВС,  
гидрокортизоном, димексидом, магнит

---

▶ Использование большинства НПВП лимитируется наличием сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которая в современных условиях широко распространена в подростковой популяции.

▶ Препаратами выбора у данной категории больных являются селективные ингибиторы ЦОГ-2, среди которых в детской практике используется преимущественно группа нимесулида. Этот класс лекарственных средств был специально создан для снижения риска развития серьезных осложнений со стороны ЖКТ.

---



# Материалы и методы исследования

- ▶ Под нашим наблюдением находилось 56 детей с РеА на фоне сопутствующей патологии ЖКТ (хронический гастрит, гастродуоденит) в возрасте от 12 до 18 лет.
- ▶ Проводилось тщательное изучение анамнеза и клиническое обследование детей с балльной оценкой суставного синдрома (болевого, суставной, воспалительный индексы) по методу Ричи. Для оценки активности воспалительного процесса использовались биохимические и иммунологические показатели (ИЛ-6, ФНО- $\alpha$ )



Исследование лабораторных показателей в динамике проводилось до лечения и на 14-е сутки терапии.

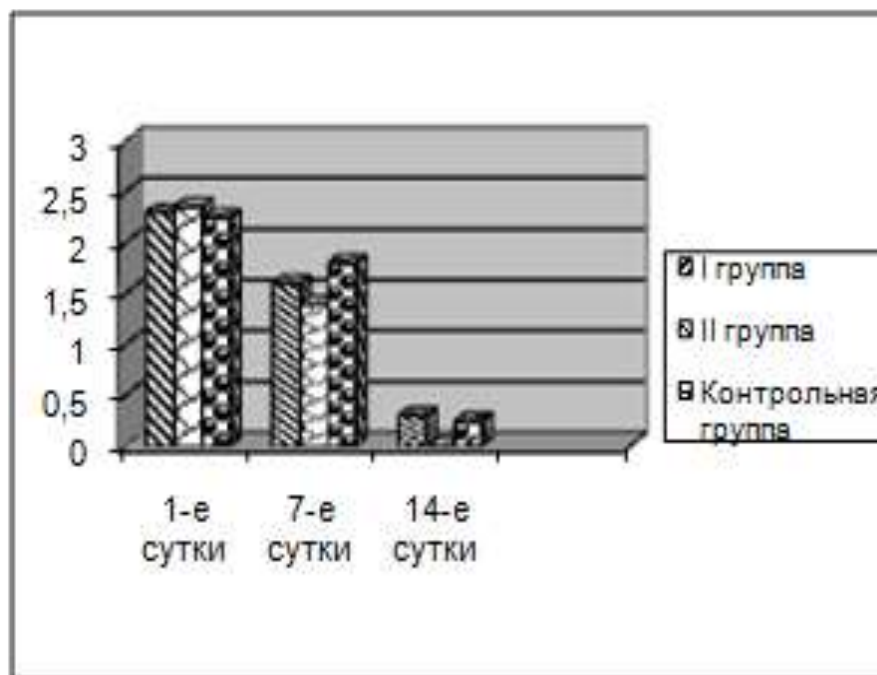
---

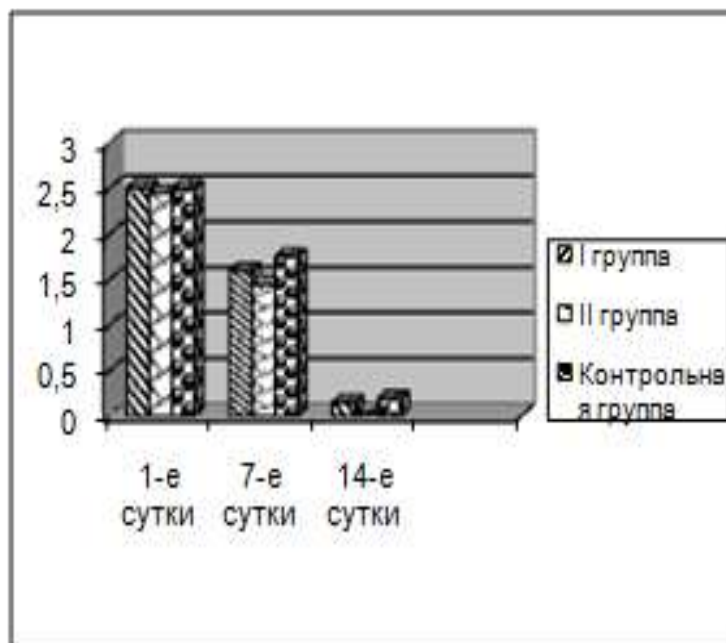
- ▶ Для сравнительной оценки эффективности больные были разделены на две группы: I группа – 27 человек, получавшие в качестве НПВП нимесулид, II группа – 29 пациентов, которые наряду с системным НПВП получали местно аппликации геля НПВП 2 раза в сутки. Дети обеих групп получали нимесулид в дозе 2-5 мг/кг/сутки в 2-3 приема после еды. Группу контроля составили 30 пациентов с РеА без патологии ЖКТ, получавшие в качестве НПВП препарат группы диклофенака. Дети всех трех групп получали также этиотропную терапию с учетом триггерного фактора.
- 



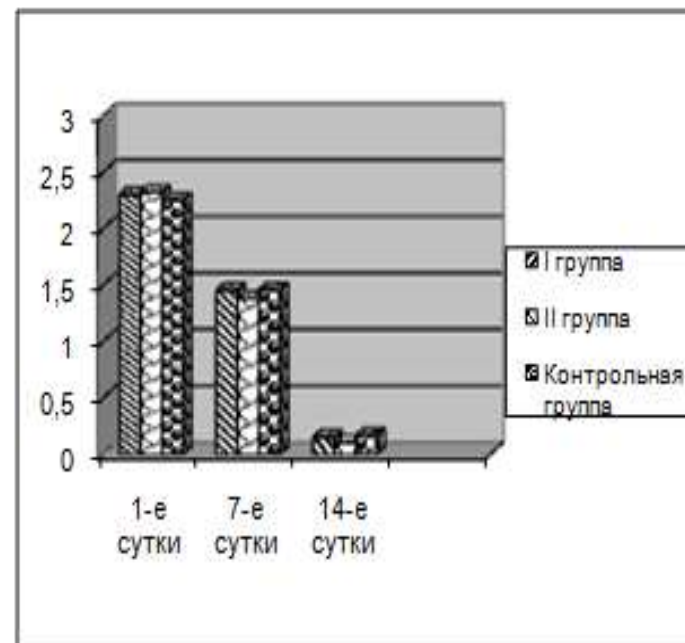
Через неделю после начала лечения у 49 (87,5 %) детей I и II групп у 24 (80,0 %) детей контрольной группы отмечалось улучшение самочувствия, положительная динамика болевого, суставного и воспалительного индексов Ричи.

**Динамика болевого индекса Ричи**






**Динамика суставного индекса Ричи**



**Динамика воспалительного индекса Ричи**



- 
- ▶ Как видно из приведенных данных, после лечения отмечено достоверное снижение показателей воспалительной активности во всех трех группах больных. Однако следует отметить, что редукция биохимической активности была наиболее выражена во II группе пациентов, что свидетельствует о преимуществе сочетания системной и локальной НПВП-терапии.
- 
- 

# Выводы

1. РеА у детей характеризуется выраженными изменениями цитокинового профиля, причем провоспалительные медиаторы являются не только чуткими маркерами воспалительного процесса, но могут также использоваться для оценки эффективности терапии.
2. В подростковой популяции часто имеет место сочетание РеА с патологией гастродуоденальной зоны, что ограничивает возможности противовоспалительной терапии.
3. Препаратом выбора у данной группы больных является группа нимесулида, которая эффективна как в коррекции основных клинических синдромов РеА, так и биохимических маркеров воспаления, не вызывая при этом обострения гастродуоденальной патологии.
4. Использование сочетания системной и локальной противовоспалительной терапии ускоряет редукцию клинической симптоматики, а также более эффективно в коррекции биохимических признаков воспаления в сравнении с системной монотерапией.





***БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!***

