IQRO JURNALI , IQRO JOURNAL, ИКРО ЖУРНАЛИ
ISSN:2181-4341| wordlyknowledge.uz/index.php/iqro
Volume 23. Issue 02. Sentabr, 2026

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ФОРМ ЮВЕНИЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО АРТРИТА

Сохибова Мавлюда Джураевна
Андижон давлат Тиббиёт Институти, Госпитал ва поликлиник педиатрия кафедраси, ассистент.
Абдурахмонова Гулузро Музаффар кизи
Кукон университети,
Медицина факультети, ассистент.
Орипова Ширин Бахтиержон кизи
Кукон университети,
Медицина факультети, ассистент.
Абдурахмонов Илхом Тоштургунович
Ph.D, Кукон университети,
Медицина факультети, кафедра мудири, доцент.

Актуальность темы. Одной из актуальных проблем современной детской ревматологии является борьба с хроническими воспалительными заболеваниями суставов. К последним относятся ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА), системная красняя волчанка (СКВ), дерматомиозит (ДМ), системная склеродермия (ССД), ювенильный анкилозирующий артрит (ЮАА), псориатический артрит и другие. Всем этим нозологическим формам свойственен длительный воспалительный процесс в элементах опорно-двигательного аппарата, нередко приводящий к ранней инвалидизации больного ребенка. Кроме того, у части пациентов помимо суставов отмечается поражение внутренних органов с развитием в них амилоидоза, являющегося основной причиной летальных исходов.

Результаты и их обсуждении. В исследование включены 30 больных ЮХА, находящихся на диспансерном наблюдении на кафедре общей педиатрии с 2004 года. В этой группе также была отобрана группа больных с неэффективностью стандартной терапии, высокой активностью процесса для использования схем пульс-терапии с применением ГКС и иммуносупрессантов цитостатического действия. Распределение больных ЮХА по полу, возрасту и давности заболевания представлена в таблице 1.

Таблица 1.

https://doi.org/10.5281/zenodo.23074638Распределение больных ЮХА по полу, возрасту и давности заболевания

	Число в группах	Возраст, годы (M±m)	Давность заболевания, (годы) (M±m)	Пол	
				Мальчики	Девочки
ЮХА	15	10,7± 1,4	1,1 ± 0,4	6	9
Контрольная	15	10,3± 1,5	2,7 ± 0,9	7	8

группа					

Начало системного ЮХА у наблюдаемых нами больных в 47,8% случаев приходилось на детей до шестилетнего возраста. Наиболее частым клиническим проявлением данной группы составил синдром Стилла (34,8%), аллергосептический синдром (30,4%; P<0,05) и дети с ограниченными висцеритами (23,9%; P<0,05) и наиболее редким - системный ЮХА с поражением РЭС (10,9%; P<0,01).

Нами обнаружена высокая специфичность вышеуказанных синдромов с отдельными возрастными периодами (рис.1). Так, у детей дошкольного возраста (3-6 лет) с наибольшей частотой встречался синдром Стилла (68,2%; P<0,001), чем аллергосептический синдром (13,2%) и поражение РЭС (13,6%). Для школьников в возрасте 7-10 лет был характерен аллергосептический синдром (63,6%; P<0,01), чем синдром Стилла и поражение РЭС (9,1%) и ограниченные висцериты (18,2%). Наиболее характерными для школьников в возрасте 11-14 лет являлись ограниченные висцериты (69,2%; P<0,001) по сравнению с аллергосептическим синдромом (7,7%).

Системная форма ЮХА характеризуется острым развитием и выраженной тенденцией к прогрессированию, отражающейся на тяжести, течении и прогноза заболевания. Поэтому для клинициста большой интерес представляет характеристика отдельных поражений систем и органов при системной форме ЮХА.

Следует отметить, что в развитии отдельных клинических проявлений и тяжести течения системной формы ЮХА немаловажное значение имеет присутствие в крови ревматоидных факторов. Ревматоидный фактор у наблюдаемых нами больных обнаружен у большинства больных (54,3%).

Результаты клинических исследований показали, что в наших наблюдениях лихорадка являлась одним из основных и ведущих признаков системности ЮХА и наблюдалась у всех больных, носила постоянный характер, особенно в первые 1-2 месяца от начала заболевания, не поддавалась антипиретическим и противовоспалительным препаратам или же их продолжительность действия была кратковременной.

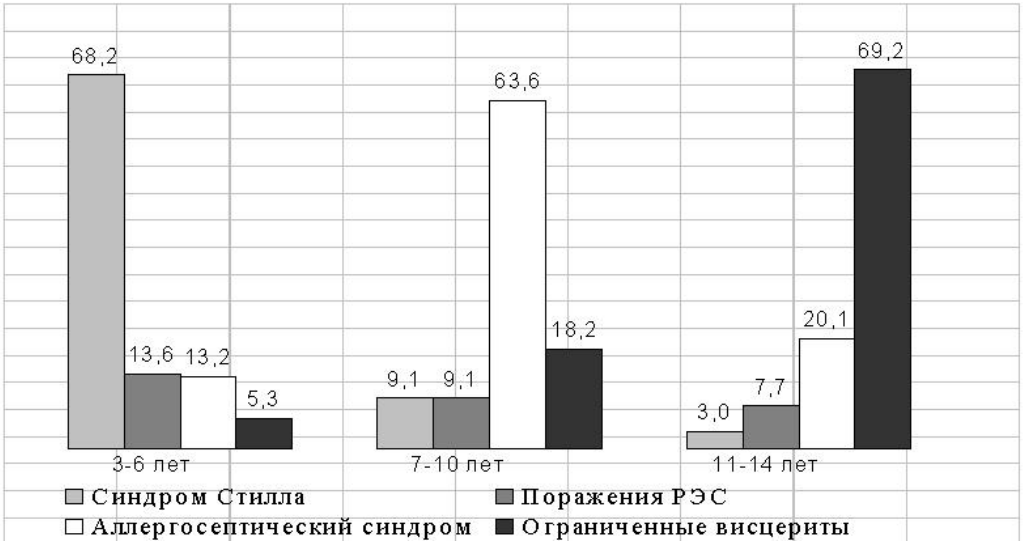


Рисунок 1. Возрастная структура системных форм ЮХА.

В последующие периоды болезни температура тела поднималась в вечерние и ночные часы до фебрильных цифр, и к утру понижалась самостоятельно без медикаментозных

вмешательств, и сопровождалась проливным потоотделением. Указанный характер лихорадки оказался более выраженным у больных, ранее получавших глюкокортикоиды. По мнению Г.М. Соловьева с соавт. в происхождении лихорадки немаловажную роль играют локальные изменения адренергической системы гипоталамуса, и последний через симпато-адреналовую систему приводит к снижению общего количества катехоламинов и тиреоидных гормонов в крови. Эти изменения в свою очередь приводят к нарушению гормональной регуляции теплового баланса организма. Известно, что уменьшение содержания адреналина в крови влечет за собой уменьшение содержания кальция, который увеличивает температуру тела. В этой связи интересен факт наличия у большинства больных детей с системной формой заболевания признаков периферического капилляриита, особенно выраженного на кистях и стопах, и сопровождающегося местной гипертермией. По видимому, изучение терморегуляции у больных ЮХА требует дальнейшего углубленного исследования.

Ревматоидная сыпь появилась у большинства больных синдромом Стилла (87,5%) и аллергосептическим синдромом (85,7%) и характеризовалась возникновением на различных участках кожного покрова многочисленных зудящих, ярко розовых плотных волдырей различных размеров (от 5х5 до 30х30 мм). Ревматоидная сыпь появлялась с повышением температуры тела и исчезала самостоятельно через 1-2 часа после ее нормализации.

Гепатоспленомегалия имела место почти у всех больных детей с синдромом Стилла и аллергосептическим синдромом и сопровождалась часто с нарастающей анемией. У 13,0% больных системным ЮХА гепатоспленомегалия сопровождалась легкой иктеричностью склер, повышением печеночных ферментов (АлТ, АсТ) в сыворотке крови, что послужило основанием постановки диагноза этим больным иммунокомплексного гепатита.

Артральгии и миальгии наблюдались у больных преимущественно аллергосептическим синдромом на фоне длительной лихорадки и кожных высыпаний. Следует отметить, что ярко выраженный артрит со всеми признаками экссудативной фазы воспаления у больных аллергосептическим синдромом появился только лишь по мере снижения температуры тела.

Для системного ЮХА свойственно вовлечение в патологический процесс серозных оболочек - висцериты или полисерозиты. Ограниченные висцериииты были наиболее характерными для детей в возрасте 11-14 лет (69,2%; $P<0,001$), чем в других возрастных периодах.

Как показывают данные литературы наиболее частым и характерным проявлением поражения сердца при ЮХА является перикардиты. Частота перикардита в наших наблюдениях составляла 3,9% всех случаев ЮХА или 10,1% его системной формы. Шум трения перикарда был постоянным у одного больного и преходящим (в течение 1-2 недели) у двух детей. Диагностика перикардита значительно облегчалась вследствие применения ультразвукового исследования. У 7 (15,2%) больных с системной формой ЮХА при поступлении в стационар диагностированы поражение мио- и эндокарда, причем у 5 (10,9%) больных с давностью заболевания более четырех лет подтвержден сформированный порок сердца: у двух - митральная недостаточность, у одного -

митральный порок с преобладанием стеноза, у одного - изолированный митральный стеноз, у одного - митрально-аортальная недостаточность.

По данным ряда исследователей поражение легких при РА встречается редко и протекает малосимптомно. Их основу составляет васкулит и интерстициальный фиброз, которые клинически выражаются в виде легочно-плеврального синдрома (пневмонит). У наблюдаемых нами больных пневмонит встретился у трех больных (2,3%) с аллергосептическим синдромом, у двух (1,6%) больных с синдромом Стилла и у одного ребенка (0,8%) с ограниченным висцериитом.

Почечная локализация процесса является отражением неблагоприятной направленности процесса и может быть непосредственной причиной летального исхода заболевания. Почечные изменения в наших наблюдениях констатировались у 10,9% больных с системной формой ЮХА и проявлялись в виде протеинурии, микрогематурии, снижением клубочковой фильтрации при отсутствии экстраренальных проявлениях болезни. Вместе с тем, у трех детей с полиартикулярной и у четырех больных системной формой заболевания с давностью процесса более четырех лет имела место постоянная протеинурия, что возможно, связано с развитием амилоидоза почек.

Синдром Рейно представляет собой пароксизмальный вазоспастический акросиндром и имеет три фазы развития: ишемия, цианоз и гиперемия и всегда является двусторонним, симметричным процессом. Нами синдром Рейно диагностирован у 10% больных. Необходимо отметить, что у всех детей клинические проявления синдрома Рейно предшествовали развернутой клинической картине заболевания. Зависимость этого синдрома от формы заболевания в наших исследованиях не отмечено.

Васкулит при РЗ, в т.ч. ЮХА, наблюдается гораздо чаще, чем диагностируется. Нередко он протекает латентно, во многих случаях (до 40%) его проявление обнаруживается на аутопсии. У наблюдаемых нами больных васкулит клинически протекал в виде кожных ревматоидных высыпаний (3,9%) и ревматоидных узелков (7,8%), расположенных на разгибательных поверхностях пораженных суставов конечностей. На наш взгляд, сосудистое поражение внутренних органов - висцериты также является признаком васкулита, и отражает по видимому, системность ЮХА.

Таким образом, начало системного ЮХА у наблюдаемых нами больных в 47,8% случаев приходилось детям до шестилетнего возраста. Наиболее частым клиническим проявлением данной группы составил синдром Стилла, аллергосептический синдром и дети с ограниченными висцериитами. Выявлена высокая специфичность вышеуказанных синдромов с отдельными возрастными периодами. Так, у детей дошкольного возраста с наибольшей частотой встречается синдром Стилла, для школьников в возрасте 7-10 лет - аллергосептический синдром, а для школьников в возрасте 11-14 лет наиболее характерным являлся ограниченные висцериты.

Ведущим клиническим проявлением системности ЮХА является лихорадка. Другие внесуставные проявления системной формы заболевания характеризуются полиморфизмом клинических проявлений, и в ряде случаев зависят от предшествующего синдрома. Так, ревматоидная сыпь появилась у большинства больных синдромом Стилла и аллергосептическим синдромом, гепатоспленомегалия имела место почти у всех больных с синдромом Стилла и аллергосептическим синдромом, перикардит наблюдался

преимущественно у больных с аллергосептическим синдромом, а сформированные пороки сердца – у больных с ограниченными висцеритами. Пневмонит и почечные изменения - у больных с синдромом Стилла и аллергосептическим синдромом.

Системная форма ЮХА, в отличие от суставной, протекает выраженной анемией, лейкоцитозом, нейтрофилезом со сдвигом влево, значительным ускорением СОЭ и резкими патологическими отклонениями индексовых показателей белой крови, косвенно свидетельствующие о глубоких сдвигах клеточного и гуморального иммунитета.

Итак, ЮХА в развернутой форме представляет собой воспалительное поражение синовиальной оболочки периферических суставов, ведущее к их деструктивным изменениям. Хотя артрит и является наиболее частым и ярким проявлением болезни, заболевание характеризуется вовлечением в воспалительный процесс многих органов и систем.

Литературы:

1. **Акбаров С.В, Алиева Д.М.** Морфология синовита при реактивном артрите у детей. //Педиатрия. -2000.-N2. -С.108
2. **Алимджанов И.И., Ташбаев О.С.** Функциональное состояние щитовидной железы и иммунологические сдвиги при различных методах базисной терапии ювенильного хронического артрита. //Педиатрия. -1996. -N2. -С.30-39.
3. **Бененсон Е.В., Алибекова Р.И., Немцов Б.Ф., Уалиева Т.М.** Клинико-иммунологический анализ применения нестероидных противовоспалительных средств при ревматоидном артрите. //Ревмат. -1984. -N1. -С.38-40.
4. **Adank-Sailer G., Van Linthoundt D.** Post-traumatic knee joint effusion. Juvenile chronic arthritis]. //Schweiz Rundsch Med Prax. -2000. -N11 -P.459-461.
5. **Жолобова Е.С. Лоскутова О.Ю., Галстян Л.А., В.А. Серая.** Оценка эффективности и безопасности генно-инженерных биологических препаратов (инфликсимаба, этанерцепта, абатацепта) у детей с суставным вариантом ювенильного идиопатического артрита. Педиатрия. 2017;3:79-85.
6. **Краснопольская А.В., Балыкова Л.А., Широкова А.А., Самошкина Е.С.** Особенности течения и факторы риска развития артериальной гипертензии у детей и подростков с ювенильными артритами. Педиатрия. 2017;3:55-62.
7. **Цурикова Н.А, Лигостаева Е.А., Жолобова Е.С**. Олигоартикулярный вариант ювенильного идиопа-тического артрита на ранних этапах заболевания: путь к верификации диагноза. Вопросы практической педиатрии. 2017;2:33-38.
8. **Kutlikova G.M., Abdurakhmonov I.T., Otakhonova N.S., Aripova N.K.** Peripheral Red Blood Values In Patients With Rheumatoid arthritis. International Journal Of Scientific Researchers //. Volume 10, issue 1, February 2025. P.92-96.