

Саякбеков К.С., Саатова Г.М., Кудаяров Д.К.

БАЛДАРДАГЫ РЕЙТЕР СИНДРОМУН АНЫКТООНУН КЫЙЫНЧЫЛЫКТАРЫ ЖАНА ЖАҢЫЛЫШТЫКТАР

Саякбеков К.С., Саатова Г.М., Кудаяров Д.К.

ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА РЕЙТЕРА У ДЕТЕЙ

K.S. Sayakbekov, G.M. Saatova, D.K. Kudayarov

DIFFICULTIES AND ERRORS OF THE DIAGNOSTICS OF THE REUTER'S SYNDROME IN CHILDREN

УДК: 616.72-002-035.7-07-053.2

Урогениталдык инфекциялардын жашыруун өтүшү, оорунун башталышынын биринчи айынан тартып өнөкөт дартка айланышы, толук өзүнөн-өзү айыгуусу менен өз алдынча баш аламан түрдөгү ремиссиялар учурунда мүнөздүү белгилердин жоктугу сыяктуу балдарда кыйынчылык менен аныктала турган Рейтер синдромунун түрлөрүнүн өтүшү (жүрүшү) аныкталды. Рейтер синдромуна чалдыккан 40 балага (28 эркек, 12 кыз) проспективдик жана ретроспективдик байкоолордун жүргүзүлүшү менен комплекстик клиникалык, иммунологиялык, иммунно-генетикалык жана рентгенологиялык изилдөөлөр жасалган. Салыштыруу топторун ревматоиддик артрит менен жабыр таркан (40 бала) жана спондилоартропатиялардын баика түрлөрү менен ооруган (40 бала) балдар түздү. Оруулулардын топторуна алардын жынысы, жаш курагы, оорунун созулушу (6 айдан 12 айга чейин) боюнча салыштыруу жүргүзүлгөн. Баардык учурларда муундун синдрому үстөмдүк кылган. Муундун синдрому симметрикалык жана асимметрикалык олиго-түрүндө, тизе жана тамандын майда муундары жана ошондой эле чыканак муундары менен бирге жогорку жана ылдыйкы дене мүчөлөрүнүн муундарын процеске тартуу менен полиартрит жана моноартриттин белгилери аз байкалуу менен өткөн. Рейтер оорусун аныктоодогу кыйынчылык көпчүлүк учурда “толук эмес” синдром менен серонегативдүү ревматоиддик артриттин белгилерин алмаштырып алуудан келип чыгат.

Негизги сөздөр: дартты аныктоо, Рейтер синдрому, артрит, балдар, өспүрүмдөр, ревматоиддик фактор, ревматоиддик артрит, уретрит.

Выявлены трудно диагностируемые варианты течения синдрома Рейтера у детей: с отсутствием характерных признаков, при латентном течении урогенитальной инфекции, хроническом течении с первых месяцев болезни, при спонтанных самопроизвольных ремиссиях с полным самоизлечением. Проведено проспективное и ретроспективное наблюдение, комплексное клиническое, иммунологическое, иммуно-генетическое и рентгенологическое обследование 40 детей, больных синдромом Рейтера (28 мальчиков

и 12 девочек). Группы сравнения составили дети и подростки, страдающие ревматоидным артритом (40 детей) и другими формами спондилоартропатий (40 детей). Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, длительности болезни (от 6 до 12 месяцев). Суставной синдром во всех случаях был доминирующим. Суставной синдром протекал по типу симметричного и асимметричного олиго-, реже полиартрита и моноартрита с вовлечением в процесс суставов верхних и нижних конечностей, включая мелкие суставы кистей и стоп, а также локтевые суставы. Затруднения в диагностике болезни Рейтера возникали чаще всего при дифференцировании “неполного” синдрома и серонегативного ревматоидного артрита.

Ключевые слова: диагностика, синдром Рейтера, артрит, дети, подростки, ревматоидный фактор, ревматоидный артрит, уретрит.

Difficultly diagnosed variants of the course of Reiter's syndrome in children have been identified: with the absence of characteristic signs, with a latent course of urogenital infection, a chronic course from the first months of the disease, with spontaneous remissions with complete self-healing. A prospective and retrospective observation, a comprehensive clinical, immunological, immunogenetic and radiological examination of 40 children with Reiter's syndrome (28 boys and 12 girls) was conducted. The experimental group consisted of children and adolescents suffering from rheumatoid arthritis (40 children) and other forms of spondylarthropathy (40 children). Patient groups were comparable by gender, age, and duration of the disease (from 6 to 12 months). Articular syndrome was dominant in all cases. Articular syndrome proceeded according to the type of symmetric and asymmetric oligo-, less often polyarthritis and monoarthritis with involvement of the joints of the upper and lower extremities, including small joints of the hands and feet, as well as the elbow joints. Difficulties in diagnosing Reiter's disease most often occurred when differentiating “incomplete” syndrome and seronegative RA.

Key words: diagnostic, Reiter's syndrome, arthritis, children, adolescents, rheumatoid factor, rheumatoid arthritis, urethritis.

Одной из актуальных проблем педиатрической ревматологии в последние годы является большой круг заболеваний, объединенных в группу серонегативных, HLA B27 ассоциированных ювенильных спондилоартропатий. Согласно рабочей классификации ревматических болезней (1989) в группу САП относятся анкилозирующий спондилоартрит (АС), болезнь (синдром) Рейтера (БР), псориазная артропатия (ПА), артриты, сочетающиеся с хроническими заболеваниями кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит).

Недостаточная манифестация поражений осевого скелета у детей и подростков обуславливает сложность дифференциальной диагностики ювенильных спондилоартропатий. Кроме того, такой важный дифференциально-диагностический признак как серонегативность по РФ имеет относительное значение в детской ревматологии. Этим частично объясняется трудность в распознавании ювенильных форм артритов, особенно на ранних стадиях заболевания. Необходимость дифференцировки различных нозологических форм спондилоартропатий в виду существенного различия в терапевтической тактике и прогнозе этих заболеваний послужили поводом к настоящему исследованию.

Своеобразие клинической картины и течения заболевания позволило В.Д. Pinch (1947) назвать синдром Рейтера «странным» синдромом. «Стертые» малосимптомные формы БР встречаются по данным литературы довольно часто (Алиева Д.М., 2000; Глазырина Г.А., 1995; Сидельникова С.М. и соавт., 1998; Чистякова Е.Г. и соавт., 2003; Cuttica R. et al., 1992; Cassidi J.T., et al., 2002; Wojovic J., Strelac N., Pavlica L. 2014). Глазырина Г.А (1995) наблюдала их в 72% случаев, 2/3 из которых переходили в хроническую форму.

Материал и методы исследования. Нами проведено проспективное и ретроспективное наблюдение 40 детей, больных синдромом Рейтера (28 мальчиков и 12 девочек). Соотношение мальчиков и девочек, среди заболевших составило 2, 3:1.

Группу сравнения составили дети и подростки, страдающие ревматоидным (40 детей) и другими формами спондилоартропатий (40 детей). Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, длительности болезни (от 6 до 12 месяцев).

Было проведено комплексное клиническое, иммунологическое, иммуногенетическое и рентгенологическое обследование. Степень общей активности у детей определялась в соответствии с Методическими рекомендациями А.И. Нестерова, М.Г. Астапенко (1979) с дополнениями А.А. Яковлевой (1979). Местная активность суставного синдрома определялась в соответствии с клинико-лабораторными критериями В.А. Дуляпина (1976). Оценка местной активности была дополнена по цитологической картине синовиальной жидкости Zielke et al., (1978).

В соответствии с поставленными задачами исследования, с особой тщательностью изучено состояние периферических и осевых суставов, состояние и функция позвоночника (с помощью специальных проб и приемов), сакроилеальных сочленений, малоподвижных суставов (грудино-ключичные, грудино-реберные).

Выраженность суставного синдрома оценивалась по Визуальной Аналоговой Шкале (ВАШ): индекс Ричи, АСР- счет болезненных суставов, АСР-счет припухших суставов, индекс Лансбури, LEE), рекомендованные Е.Л.Насоновым, Н.В.Чичасовой, Г.Р.Имаметдиновой (2001) по материалам Европейского комитета по Международным Клиническим испытаниями.

Осанка, функциональные возможности, степень болевых ощущений определялись с помощью специальных проб и приемов. Специфические пробы для выявления ранних и скрытых поражений позвоночника и осевых суставов выполнены по рекомендациям А.А. Яковлевой (1996) и В.М. Чепой (1990).

Результаты собственных исследований. Затруднения в диагностике БР возникали чаще всего при дифференцировании “неполного” синдрома и серонегативного РА. В нашей клинике мы наблюдали 13 случаев “неполного” синдрома (11 девочек и 2 мальчика). Суставной синдром во всех случаях был доминирующим. В 2-х случаях мочевого синдрома не был обнаружен, у 10 больных отсутствовали изменения глаз. Суставной синдром протекал по типу симметричного и асимметричного олиго-, реже полиартрита и моноартрита с вовлечением в процесс суставов верхних и нижних конечностей, включая мелкие суставы кистей и стоп, а также локтевые. У 8 больных заболевание приобрело затяжное прогрессирующее

течение с частыми рецидивами, и у 9 больных отмечалась существенная реакция органов РЭС.

Суставной синдром у больных ЮРА характеризовался симметричным полиартритом, реже олиго-

артритом с поражением у всех больных крупных суставов нижних конечностей (коленные и голеностопные). У 69,2% больных отмечалось раннее вовлечение в процесс мелких суставов стоп (рис. 1).



Рис. 1.

Весьма характерны для ЮРА утренняя скованность (46,1%), выраженность болевого синдрома и появление пролиферативного компонента воспаления через 6 месяцев от начала болезни с функциональными нарушениями суставов. ЮРА в начальной фазе болезни не свойственны поражения осевых суставов (тазобедренные, плечевые), а также симптомы поражения отделов позвоночника (поясничный и сакроилеальный). Поражения шейного отдела позвоночника в первый год болезни мы не наблюдали.

Особые затруднения возникали при дифференцировании БР и других форм спондилоартропатий (САП) у 3-х больных. Сходство симптоматики касалось их пола, возраста, клинических симптомов поражения периферических суставов, глаз, наличия HLA B27.

Мы наблюдали 10 случаев атипичного (стертого) варианта БР. Эта форма болезни ошибочно диагностировалась как реактивный артрит, основным по существу единственным проявлением которого явилось острое или подострое поражение суставов, полностью регрессировавшее в течение нескольких дней. В таких случаях важно не оставить незамеченным уретрит или легкий конъюнктивит. В диагностике этих случаев помогло наличие свойственных БР признаков: острое начало с лихорадки, высокая СОЭ.

Из 10 случаев «стертой» формы БР у 9 больных

отмечался субклинический уретрит, без выявления других характерных признаков поражения, в 2-х случаях наблюдалось изолированное поражение периартикулярных тканей в виде подпяточного бурсита и подошвенного фасциита (рис. 2).



Рис. 2. Энтезит в области бугра правой пяточной кости.

Характерным для дебюта ЮСАП был периферический артрит, обычно асимметричный олигоартрит с преимущественным поражением нижних конечностей, и мелких суставов стоп, нередко вовлекались в процесс тазобедренные суставы. Весьма характерна для этой группы заболеваний экстраартикулярная мышечно-скелетная симптоматика. У 69% из числа обследованных больных наблюдалась энтезопатия, причем у большинства из них в течение первого года болезни. У стольких же в дебюте болезни доминировало поражение осевых суставов. В среднем первые признаки поражения осевого скелета отмечались на 6,9

году болезни и характеризовались болями в проекции сакроилеального сочленения, нередко в сочетании с поражением поясничного и нижнегрудного отдела позвоночника. У детей наблюдались лишь эпизодические жалобы на чувство усталости и напряжение в мышцах спины, локальная болезненность, ограничение объема движений. Рентгенологическая оценка поражения осевого скелета у детей и подростков не информативна из-за незавершенности процессов окостенения скелета (рис. 3).

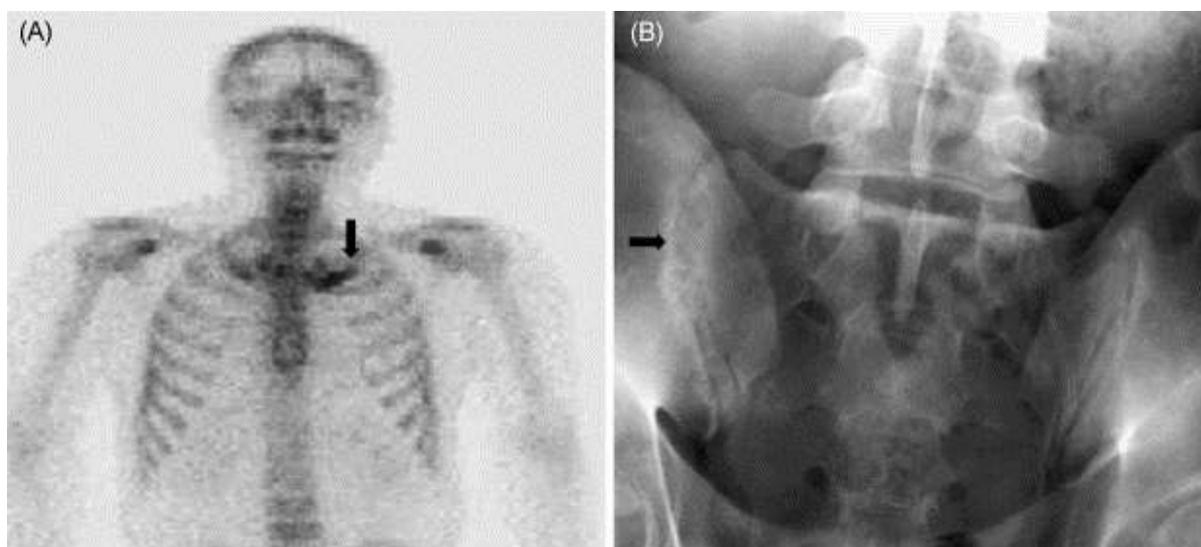


Рис. 3. Рентгенологическая картина осевого скелета (А) и костей таза у ребенка (Б) с синдромом Рейтера.

Клинические признаки поражения сакроилеального сочленения (61,5%) и других отделов позвоночника, хрящевых суставов почти в половине случаев подтверждались рентгенологически (23%).

Характерны для ЮСАП экстраартикулярные проявления (38,4%) с типичным поражением глаз, кожи, слизистых оболочек, симптомы уретрита, энтерита.

Все варианты ЮСАП ассоциируются с положительным HLA B27 антигеном и не имеют ассоциации с РФ.

Таким образом, трудности диагностики БР были при следующих вариантах болезни:

1. БР с отсутствием характерных для нее признаков, которые не обнаруживались даже после повторных атак и процесс завершился выздоровлением. В клинике наблюдались 8 подобных случаев болезни

Рейтера. Клиника и особенности течения суставного синдрома были идентичны таковым при болезни Рейтера с полным набором признаков.

2. Болезнь Рейтера с латентным течением урогенитальной инфекции. Нами наблюдались 7 больных с субклиническим течением уретрита, который не был замечен больным, а затем спонтанно разрешился.

3. Вариант течения БР, когда процесс с самого начала приобретал хроническое течение, а связь с первичным урогенитальным очагом инфекции становилась не столь явной. Мы наблюдали 3 подобных случая БР, которая ошибочно диагностировалась как РА.

4. БР, при которой отмечались спонтанные самопроизвольные ремиссии с полным самоизлечением. Такая форма БР, наблюдавшаяся нами в двух случаях, сочеталась с отсутствием HLA B27.

Литература:

1. Агабабова Э.Р. Реактивные артриты: состояние проблемы и перспективы. Ревматология. 1985. - №1. - С.3-6.
 2. Алиева Д.М. Клинические варианты и исходы реактивного артрита у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Т., 2000. - 22 с.
 3. Ильин И.И., Ковалев Ю.Н. Трудности диагностики болезни Рейтера. Ревматология. 1985. - №2. - С. 72-77.
 4. Sarkar S., Alam M.M., Das G., Datta S. Inflammatory Markers and Disease Activity in Juvenile Idiopathic Arthritis. Indian journal of pediatrics. - 2017. 84(5). - P.349-356.
 5. Liao C.H., Huang J.L., Yeh K.W. Juvenile Reiter's syndrome: a case report. Journal of microbiology, immunology, and infection. - 2004. - P.379-381.
 6. Sonkar G.K., Usha S. Role of HLA B27 in diagnosis of seronegative spondyloarthropathies. Indian journal of pathology & microbiology. - 2007. - P. 908-913.
 7. Pavlica L., Tatic V., Draskovic N., Nikolic D. Diagnostic significance of synovial biopsy in patients with Reiter's syndrome. Medicinski pregled. - 2003. 56(9-10).- P.403-408.
 8. Li C.W., Ma J.J., Yin J., Liu L., Hu J. Reiter's syndrome in children: a clinical analysis of 22 cases. Chinese journal of pediatrics. -2010. - 48(3). - P.212-215.
 9. Flores D., Marquez J., Garza M., Espinoza L.R. Reactive arthritis: newer developments. Rheumatic diseases clinics of North America. - 2003. 29(1). -P. 37-59.
-