

*Ефименко Оксана Владимировна,
доцент кафедры
«Госпитальной педиатрии»
Андижанского Государственного Медицинского института
Город Андижан, Республика Узбекистан*

*Хайдарова Лола Рустамовна,
старший преподаватель
кафедры «Госпитальной педиатрии»
Андижанского Государственного Медицинского института
Город Андижан, Республика Узбекистан*

ХАРАКТЕР ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Аннотация. Ювенильный идиопатический артрит сопровождается не только физическими страданиями детей, но и существенными изменениями психо-эмоциональной сферы, обусловленными дисфункцией вегетативной нервной системы.

Непрерывно прогрессирующее течение ЮИА приводит к инвалидизации ребёнка не только в плане физического состояния, но и к частым проявлениям эмоциональной нестабильности, что приводит к нарушению социальной адаптации.

Ключевые слова: ювенильный идиопатический артрит, полиартикулярный вариант, олигоартикулярный вариант, вегетативная дисфункция, головная боль, эмоциональная нестабильность.

*Efimenko Oksana Vladimirovna,
Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department
"Hospital Pediatrics"
of Andijan State Medical Institute
Andijan City, Republic of Uzbekistan*

*Khaydarova Lola Rustamovna,
Senior lecturer Department of
"Hospital Pediatrics"
of Andijan State Medical Institute
Andijan City, Republic of Uzbekistan*

NATURE OF AUTONOMIC DYSFUNCTIONS IN CHILDREN WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

***Annotation.** Juvenile idiopathic arthritis is accompanied not only by physical suffering in children, but also by significant changes in the psycho-emotional sphere caused by dysfunction of the autonomic nervous system. The continuously progressing course of JIA leads to the child's disability not only in terms of physical condition, but also to frequent manifestations of emotional instability, which leads to a violation of social adaptation.*

***Keywords:** juvenile idiopathic arthritis, polyarticular variant, oligoarticular variant, autonomic dysfunction, headache, emotional instability.*

Введение. Среди наиболее значимых заболеваний костно-суставной системы среди детей и подростков является ювенильный идиопатический артрит — прогрессирующее воспалительное заболевание суставов с системным проявлением или без них, с неясной этиологией и аутоиммунным патогенезом.[1,7,12]

Воспалительные заболевания суставов развиваются в любом возрасте и симптомы поражения могут возникать постепенно или развиваться остро и в случае хронизации процесса могут привести к инвалидизации ребенка, нарушая рост, развитие и социальную адаптацию. [2,5,10]

Характеризуясь прогрессивным течением, а также деструктивными нарушениями суставов, ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) сопровождается не только физическими страданиями детей, но и существенными изменениями психо-эмоциональной сферы, обусловленными дисфункцией вегетативной нервной системы. [4,8,13]

Вегетативная дисфункция – это состояние функциональной нестабильности, вследствие различных причин и, в том числе, социально-средового или психоэмоционального характера. [8,9]

Детский возраст является сложным этапом, в период которого организм ребёнка постепенно достигает биологической зрелости. На протяжении всего периода детства происходят нервно-психические и эндокринно-гуморальные сдвиги, определяющие рост, морфо-функциональную трансформацию органов и систем. И это предъявляет организму ребёнка высокие адаптационные требования, обуславливая повышенную ранимость и склонность к функциональным нарушениям и даже пограничной патологии. [3,6,9]

Непрерывно прогрессирующее течение ЮИА приводит к инвалидизации ребёнка не только в плане физического состояния, но и к частым проявлениям эмоциональной нестабильности, что приводит к нарушению социальной адаптации. Состояние взаимоотношений этих детей с ближайшим окружением, а также их личностные переживания диктуют необходимость широкого изучения особенностей психоэмоциональной сферы. [4,8,11]

Дальнейшее изучение этой проблемы у детей с ЮИА целесообразно, так как даёт возможность ревматологам выбрать оптимальную тактику комплексного лечения данной категории детей.

Цель исследования. Изучить характер вегетативных дисфункций у детей с ювенильным идиопатическим артритом

Объём и методы исследования. Работа выполнена на базе Областного детского многопрофильного медицинского центра города Андижана. Результаты исследования основаны на данных клинко-инструментального обследования детей с ревматоидным артритом, находившихся на лечении в кардиоревматологическом отделении. Под наблюдением находилось 40 детей, которым проводилось традиционное ревматологическое обследование по общепринятой методике, обращая особое внимание на качественную характеристику каждого признака. Оценка суставных поражений включала: осмотр, пальпацию и функциональные расстройства суставов. Кроме этого для постановки диагноза ревматоидного артрита, а также оценки общей воспалительной активности мы использовали результаты клинических и биохимических показателей крови, а степень морфологических изменений в суставах мы оценивали на основании данных рентгенографии.

Всех детей мы распределили на две возрастные группы. Первая группа включала детей младшего школьного возраста (7-10 лет) – 55% и во вторую группу вошли дети старше 10 лет (11-18 лет) – 45%. По половой принадлежности преобладали девочки – 57,5%, причём это наиболее выражено во II группе.

Результаты работы. Характеристики клинических проявлений выделены отдельно в каждой возрастной группе.

Первая группа детей с ЮИА представлена преимущественно суставной формой (81,8%), причём чаще встречался олигоартикулярный вариант (66,7%), преимущественно с поражением суставов нижних

конечностей – коленных (58,3%) и сочетание коленных и голеностопных суставов (41,7%). Воспалительная реакция в коленных суставах сопровождалась значительной экссудацией, которая вызывала резкую болезненность и ограничение подвижности в нём.

Фото 1. Больная С., 9 лет. Диагноз – ИЮА, II степень активности, олигоартикулярный вариант.

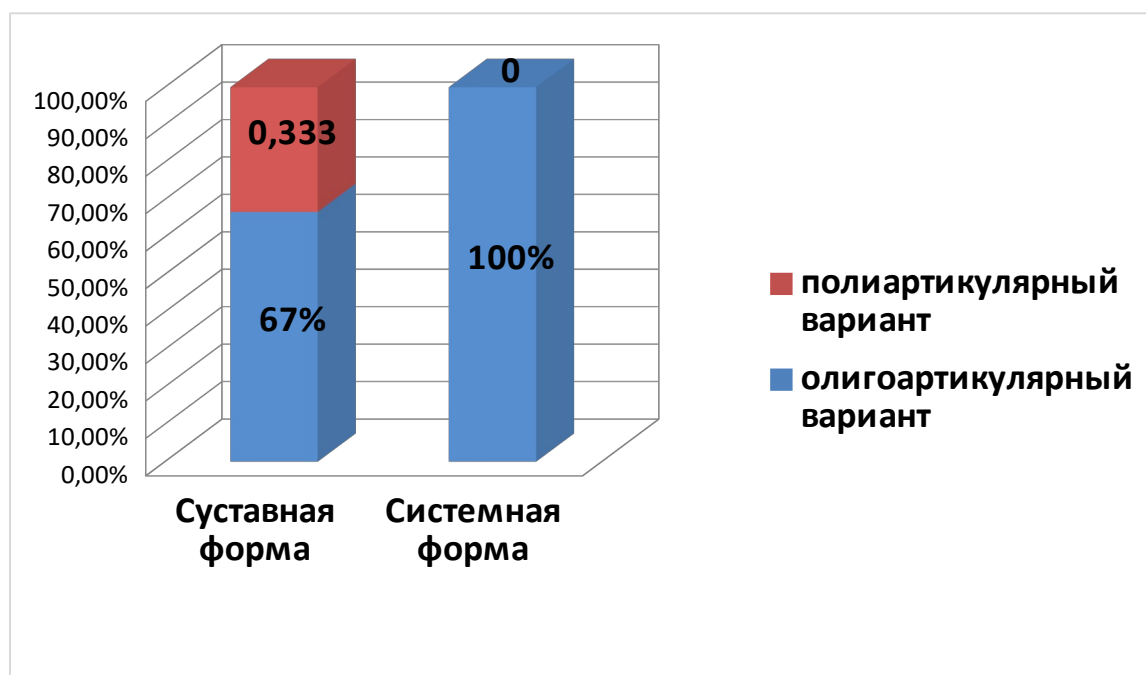


Утренняя скованность и деформация суставов была характерна для детей с полиартикулярной формой заболевания. Поражение суставов стопы отмечено у 2-х детей (33,3%); суставов кисти (16,7%) - у одного ребёнка и сочетанное поражение стопы и кисти – у трёх детей (50%). Лабораторная активность у детей с суставной формой оценена как умеренная, а степень повреждения костной структуры, по данным рентгенологического заключения соответствовали I (25%) и II степени (75%) стадиям при олигоартикулярной форме и с одинаковой частотой (50% - II степени и 50% III стадиям) при полиартикулярном варианте.

Системная форма ювенильного артрита в этой возрастной группе представлена аллерго-септическим вариантом (18,2%), серопозитивным по ревматоидному фактору. Состояние детей при поступлении расценено как тяжёлое. Ведущим клиническим симптомом у всех детей явилась лихорадка, которая носила постоянный характер в течении первого месяца

болезни, а в последующие периоды болезни температура поднималась в вечерние или ночные часы до фебрильных цифр, а её самостоятельное снижение сопровождалось обильным потоотделением. Данный характер течения лихорадки был более выражен у детей, ранее длительно получавших глюкокортикоидную терапию. Гепатомегалия имела место у всех детей. У одного ребёнка гепатомегалия сопровождалась повышением показателей печёночных ферментов (АлТ и АсТ) в сыворотке крови, что дало основание для постановки диагноза иммунокомплексного гепатита. Суставной синдром представлен артралгией и сформированным артритом коленных суставов со II (50%) и III (50%) стадиями рентгенологических поражений костной структуры. Из висцеральных поражение имели место изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардия, глухость сердечных тонов, систолический шум в области верхушки сердца. На ЭКГ диагностирована высокая электрическая активность левого желудочка. Высокие клинические и биохимические показатели крови послужили основанием постановки III степени активности в данной возрастной группе детей.

Рисунок 1. Частота суставных вариантов у детей 1 группы.



Вторая группа (18 детей) представлена в возрастном диапазоне 11-18 лет. Дети с длительностью ювенильного артрита более 5 лет составили 55,6%. Частота суставной формы заболевания в наших исследованиях представлена наибольшим удельным весом (83,3%), где ведущую позицию занимал полиартикулярный вариант (60%) с быстрым прогрессированием процесса.

Фото 2. Больная У., 12 лет. Диагноз – ИЮА, III степень активности, полиартикулярный вариант.

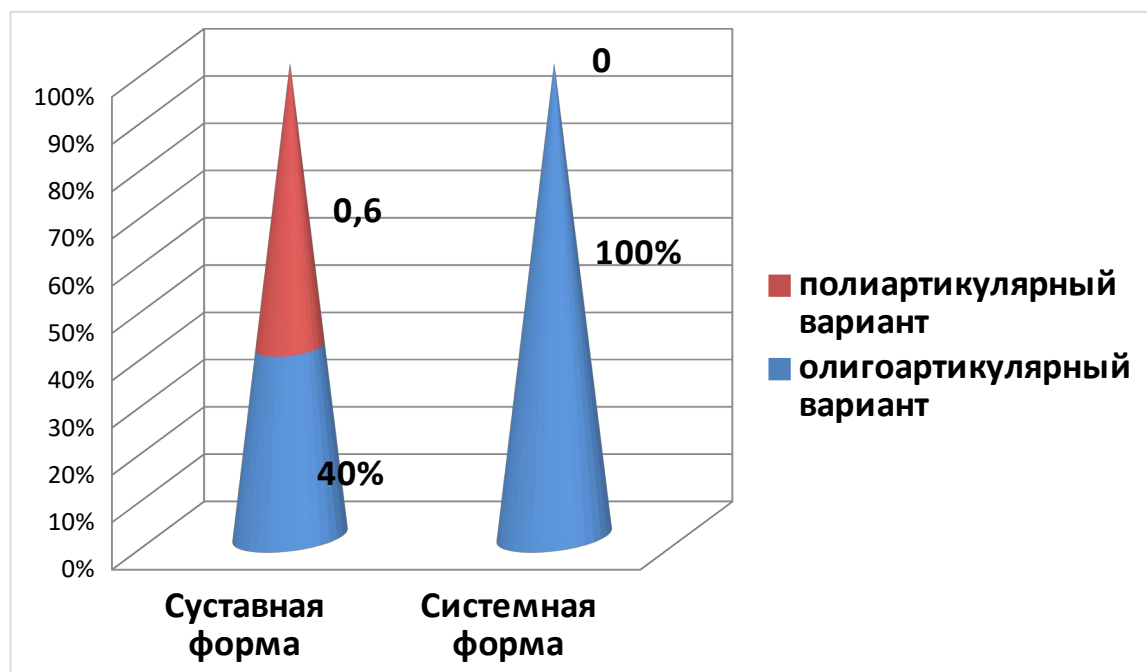


У детей данной возрастной группы при поступлении в стационар на первый план выступало поражение голеностопных, проксимальных пястнофаланговых, межфаланговых, лучезапястных и коленных суставов. У 2-х детей (13,3%) нами выявлена улькарная девиация пальцев в сочетании с лучевой девиацией запястья и у одного ребёнка вальгусная деформация голени. По результатам рентгенологического обследования суставов у одного ребёнка определена I стадия костных изменений (6,7%); у 40% детей – II стадия; у 33,3% - III стадия и 20% детей с IV стадией рентгенологических изменений. В наших исследованиях рентгенологические изменения суставов были более выражены в

«преобладающей руке» и суставов стопы, что можно объяснить большой физической нагрузкой на них. Особо следует выделить группу детей (40%) с поражением глаз в форме иридоциклита, при этом один ребёнок ещё до манифестации ювенильного артрита лечился у окулиста с применением кортикостероидов.

Состояние детей с системной формой (16,7%) ювенильного артрита при поступлении на стационарное лечение оценивалось как тяжёлое. Ведущим клиническим проявлением системности ювенильного артрита явилась лихорадка. Суставной синдром представлен поражением коленных и у одного ребёнка и голеностопных суставов выраженным экссудативным компонентом и III степенью рентгенологических изменений в них. Лимфоаденопатия и гепатомегалия присутствовала у всех детей. Поражение сердца в этой группе детей сопровождалось одышкой, тахикардией, приглушенностью сердечных тонов, систолическим шумом в области верхушки сердца, расширением границ относительной тупости влево. На ЭКГ диагностирована внутрижелудочковая блокада, а на ЭхоКГ – дилатация левого желудочка.

Рисунок 2. Частота суставных вариантов у детей 2 группы



Тяжесть течения системного варианта ювенильного артрита в этой группе детей подтверждена высокой лабораторной активностью.

Из большого количества жалоб у всех обследованных нами детей, связанных с вегетативной дисфункцией, мы выделили наиболее часто встречающиеся: головная боль, повышенная потливость, эмоциональная лабильность, плаксивость, социальная дезадаптация (отсутствие постоянных друзей, нарушение контакта со сверстниками), замкнутость.

Рисунок 3. Частота симптомов вегетативной дисфункции у детей с ЮИА.



Как показал анализ жалоб – головная боль является одной из наиболее частых. В отличие от симптомов поражения суставов степень её выраженности относительно невелика. В то же время длительное течение головных болей и связанные с ними астеновегетативные нарушения, могут оказывать неблагоприятное влияние на активность детей с идиопатическим артритом, их социальную адаптацию и даже на качество жизни.

Головная боль встречалась у 86,4% детей I и 77,8% в II возрастных группах, с длительностью заболевания более 3-х лет. В ходе проведения сравнительного анализа установлена взаимосвязь длительности головных болей и формы ювенильного артрита. Наиболее выраженная цефалгия по длительности и интенсивности нами выявлена у детей с полиартикулярным вариантом не зависимо от возрастной принадлежности.

Головная боль у всех детей с системным вариантом ЮИА (7 детей) была обусловлено повышением АД, которое мы связывали с длительной гормональной терапией и интоксикацией. Для купирования головных болей требовалось дополнительное медикаментозное вмешательство.

Среди детей с суставным вариантом ювенильного артрита (33 детей) наиболее частой жалобой на головную боль было выявлено при полиартикулярном варианте (15 детей – 45,5%). При анализе данных РЭГ у 9 детей (60%) было отмечено нарушение венозного оттока; у 4 (26,6%) – извитость артерий; у 2 детей (13,4%) – спазм артерий. Повышение АД на фоне головной боли было диагностировано у 2-х детей 15 и 16 лет, с продолжительностью ювенильного артрита более 5 лет, с быстро прогрессирующим течением и длительной глюкокортикостероидной терапией.

Самую редкую жалобу на головную боль предъявляли дети с олигоартикулярным вариантом, составившие 38,8% от общего числа детей с данным вариантом течения ювенильного артрита. Головная боль в этой группе детей была обусловлена эмоциональной лабильностью, не сопровождалась подъёмом АД и не требовала медикаментозного вмешательства.

Эмоциональная лабильность встречалась более, чем у половины обследованных нами детей (52,5%), причем преимущественно у девочек. Эмоциональная нестабильность выражалась повышенной возбудимостью, плаксивостью, нарушением сна, гипергидрозом.

Дети первой возрастной группы (7-10 лет) легче вступали в контакт при беседе с ними, однако быстро наступали приступы раздражительности, они замыкались в себе, что особенно было выражено у больных с системным и полиартикулярным вариантами, имеющими функциональную недостаточность суставов II и III степени.

Несколько большие трудности в общении мы испытывали при беседе с детьми второй возрастной группы (11-16 лет). Они были более замкнуты, неохотно отвечали на вопросы. Раздражительность и небольшую агрессивность проявляли мальчики (33,3%) 15-16 лет, имеющие физическую неполноценность за счёт деформации суставов. Девочки (58,3%) отмечались вспыльчивостью и быстрой сменой настроения. Социальная дезадаптация детей чаще встречалась в этой возрастной группе.

Около 1/3 детей I и II возрастных групп (32,5%) и их родители отметили снижение успеваемости в школе, что по-видимому может быть обусловлено как вследствие неблагоприятного воздействия самого заболевания, так и частых и длительных госпитализаций.

Заключение. Таким образом, среди обследованных нами детей с ЮИА чаще встречалась суставная форма (82,5%), а по гендерной принадлежности преобладали представительницы женского пола (65%). Ведущим проявлением вегетативных расстройств у детей с ювенильным артритом явилась головная боль (65%) предъявляемая детьми I (86,6%) и II (77,8%) возрастных групп, преимущественно с полиартикулярным вариантом, обусловленная сосудистыми нарушениями, подтвержденными результатами РЭГ.

Эмоциональная лабильность в I группе детей с ЮИА проявлялась повышенной возбудимостью, плаксивостью, гипергидрозом и раздражительностью; в II группе – вспыльчивостью, агрессивностью и социальной дезадаптацией.

Вывод. Своевременное выявление и коррекция психоэмоциональных расстройств – важный аспект в комплексном лечении детей с ЮА.

Литература.

1. Алексеева Е.И. Ювенильный идиопатический артрит. Клиническая картина, диагностика, лечение. Вопросы современной педиатрии. – М., ГЕОТАР-Медиа /2015/ том 14 /№1/ с.78-94.
2. Богмат Л.Ф., Шевченко Н.С. Системный вариант ювенильного идиопатического (ревматоидного) артрита у детей и подростков: новое в лечении. // Здоровье ребенка, т.12, №4, 2017.
3. Долженкова В.Г., Матвиенко Е.В., Кривдина Н.Д., Хмелевская И.Г., Фетисова А.С. Клинико-лабораторная характеристика ювенильного ревматоидного артрита у детей и подростков. Вестник Смоленской Государственной Медицинской Академии. 2018, том 17, №2, с.105-108.
4. Ефименко О.В., Ганиева М.Ш., Хайдарова Л.Р. Частота и характер экстраартикулярных проявлений у детей с суставным вариантом ювенильного ревматоидного артрита.// Электронное научно-практическое периодическое международное издание «Экономика и социум», №4 (83), 2021, с.1095-1101.
5. Лусевич А.И., Щербакова Е.С., Фаустова Ю.П. Ювенильный ревматоидный артрит. // Аллея науки. – 2021- т.2.-№5-с.403-406.
6. Маллаев С.В., Алимов А.В. Клинико-лабораторные проявления ювенильного ревматоидного артрита. //Евразийский вестник педиатрии. – 2020; 3(6); 118-123
7. Никишина И.П., Костарёва О.М. Ювенильный артрит в детской и взрослой ревматологической практике – проблема преемственности в ведении пациентов. Научно-практическая ревматология, 2018, 56(2), с.138-143

8. Efimenko O.V., Ganieva M.Sh., Khaidarova L.R. Character of somatic and psycho-emotional disorders in children with various types of juvenile arthritis// Journal of Cardiovascular Medicine and Cardiology, USA, June, 2023, p.28-34
9. Prevalence and risk factors of depressive symptoms in children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis Johanna Roemer^{1,2} · Ariane Klein^{1,3} · Gerd Horneff^{1,3} Received: 7 February 2023 / Accepted: 28 March 2023. Rheumatology International <https://doi.org/10.1007/s00296-023-05323-4>
10. Ultrasound Features across Subtypes of Juvenile Idiopathic Arthritis Doaa Mosad Mosa ¹, Ashraf M. Abdelrahman ² and Amany S. El-Bahnasawy Rheumato 2022, 2, 2–14. <https://doi.org/10.3390/rheumato2010002> <https://www.mdpi.com/journal/rheumato>
11. Risk of Psychiatric Disorders in Juvenile Idiopathic Arthritis: Population- and Sibling-Controlled Cohort and Cross-Sectional Analyses Bénédicte Delcoigne,¹ AnnaCarin Horne,² Johan Reutfors,¹ and Johan Askling. Author disclosures are available online at <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr2.11549>. Submitted for publication November 30, 2022; accepted in revised form March 30, 2023.
12. Growth Pattern in Children with Juvenile Idiopathic Arthritis: A Retrospective Study Rana A. Alsulami¹, Ahlam O. Alsulami¹, Mohammed A. Muzaffer. Open Journal of Rheumatology and Autoimmune Diseases, 2017, 7, 80-95 <http://www.scirp.org/journal/ojra> ISSN Online: 2164-005X ISSN Print: 2163-9914
13. Juvenile Idiopathic Arthritis Associated Uveitis Emil Carlsson ^{1,*}, Michael W. Beresford ^{1,2,3}, Athimalaipet V. Ramanan ⁴ , Andrew D. Dick ^{5,6,7} and Christian M. Hedrich ^{1,2,3}, Children 2021, 8, 646.