

ХАРАКТЕР ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА

Маматалиев М.А., Ефименко О.В., Хайдарова Л.Р., Урумбаева З.О.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Изучен характер психоэмоциональных расстройств у 40 детей в возрастном диапазоне 3-18 лет с различными вариантами ювенильного ревматоидного артрита, представленного преимущественно суставной формой. Ведущим проявлением психоэмоциональных расстройств у детей старше 7 лет явилась головная боль, обусловленная сосудистыми нарушениями, а эмоциональная лабильность чаще проявлялась у детей до 7 лет.

Ключевые слова: ювенильный артрит, суставной синдром, эмоциональная лабильность, головная боль.

ЮВЕНИЛ РЕВМАТОИД АРТРИТИНИНГ ТУРЛИ ХИЛ ТУРЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ПСИХОЭМОЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРНИ ХАРАКТЕРИ

Маматалиев М.А., Ефименко О.В., Хайдарова Л.Р., Урумбаева З.О.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ювенил ревматоид артрит бўғим шакли ифодаланган 3-18 ёш оралиғидаги 40 нафар болаларда психоэмоционал ўзгаришлар характери ўрганилди. 7 ёшдан катта болаларда психоэмоционал ўзгаришларни етакчи белгиларидан бири қон-томир фаолиятини бузилиши натижасидаги бош оғриғи, 7 ёшдан кичик болаларда эса етакчи белгилардан эмоционал лабиллик кўп учраши ўрганилди.

Калит сўзлар: Ювенил артрит, бўғим шакли, эмоционал лабиллик, бош оғриғи.

CHARACTER OF PSYCHOLOGICAL DISORDERS CHILDREN WITH VARIOUS OPTIONS JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS

Mamataliev M.A., Efimenko O.V., Haydarova L.R., Urumbaeva Z.O.

Andijan State Medical Institute, 110000 Uzbekistan, Andijan Navoi Avenue 126 <http://adti.uz>

✓ Resume,

The nature of psycho-emotional disorders among 40 children at the age of 3-18 years with various variants of juvenile rheumatoid arthritis, mainly represented by the articular form, was studied. The leading manifestation of psycho-emotional disorders among children who are older than 7 years old was a headache caused by vascular disorders, and emotional lability was more often manifested among children under the age of 7 years.

Key words: juvenile arthritis, articular syndrome, emotional lability, headache.

Актуальность

Ревматология всегда занимала особое место в педиатрии, т.к. отмечен значительный рост и распространённость заболеваний костно-суставной системы среди детей и подростков. Снижение качества жизни, постоянный болевой синдром, нарушение функциональной активности, потеря свободы самостоятельного перемещения, отягощающее не только самого больного, но и его семьи — это проблема, требующая дальнейшего изучения. (1,2,5,7)

Среди большого разнообразия нозологических форм воспалительных заболеваний костно-суставной системы ведущее место занимает ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА), который в последние годы предложено переименовать в ювенильный идиопатический артрит (ЮИА), вследствие неустановленной причины возникновения заболевания. Кроме того, термин «ЮИА» позволяет объединить различные варианты течения как ювенильного ревматоидного артрита, так и ювенильного хронического артрита (2,7,9).

Характеризуясь прогрессирующим течением, а также деструктивными нарушениями суставов, ювениль-

ный артрит (ЮА) сопровождается не только физическими страданиями детей, но и существенными изменениями психоэмоциональной сферы, обусловленными дисфункцией вегетативной нервной системы (4,6,7).

Вегетативная дисфункция — это состояние функциональной нестабильности, вследствие различных причин и, в том числе, социально-средового или психоэмоционального характера. (3,4,6,8).

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.

Психоэмоциональная сфера детей с ЮА — это ещё один важный аспект, требующий внимания врачей, медицинского персонала больниц и ближайшего окружения данной группы детей (1,4,8). Являясь неук-

лонно прогрессирующим заболеванием, приводящим к инвалидизации ребёнка, ЮА имеет ряд факторов, потенциально приводящих к невротизации, астеническим проявлениям, эмоциональной нестабильности и, как следствие, социальной дезадаптации. Изучение особенностей психоэмоциональной сферы детей с ЮА позволяет раскрыть их внутренние переживания, взаимоотношения в семье, в школе, а также с медицинским персоналом.

Исследованию особенностей психоэмоциональной сферы посвящён ряд зарубежных работ. В исследованиях Джозе Ю.С. (2001) описаны особенности детей с ЮА, а именно замкнутость, неуверенность в себе, низкий уровень самооценки. В работах Яковлевой Л.Ф. (1999), автор утверждает, что эмоциональные особенности личности детей с ЮА зависят от длительности заболевания, пола и возраста. Длительность заболевания делает детей более практичными, что можно объяснить адаптацией к своей болезни. Изменения эмоциональной сферы более выражены у девочек подросткового возраста, проявляющиеся замкнутостью и тревожностью, в то время как мальчики этой возрастной категории характеризуются повышенной раздражительностью и агрессивностью.

Несмотря на публикации, где освещены вопросы психоэмоциональных расстройств у детей с ЮА, дальнейшее изучение этой проблемы целесообразно, так как даёт возможность ревматологам выбрать оптимальную тактику комплексного лечения данной категории детей.

Цель исследования. Изучить характер психоэмоциональных расстройств у детей с различными вариантами ЮА.

Материал и методы

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 за период 2018-2019 гг. Верификация диагноза ревматоидного артрита основывалась на критериях Американской Ревматологической Ассоциации (1987). Под наблюдением находилось 40 детей, которых мы распределили на три возрастные группы. Первая группа включала детей дошкольного возраста (3-6 лет) — 17,5%; вторую группу составили дети младшего школьного возраста (7-10 лет) — 37,5% и в третью группу вошли дети старше 10 лет (11-18 лет) — 45%. По половой принадлежности преобладали девочки — 57,5%, причём это наиболее выражено в I и II группах детей (100% и 56%).

Клиническое обследование каждого больного проводилось 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.

Результат и обсуждения

Характеристики клинических проявлений выделены отдельно в каждой возрастной группе. Первая группа представлена девочками (100%), среди которых у 71,4% диагностирован ЮРА, у остальных — ЮА. С наибольшей частотой встречались суставные формы 85,7%, причём 2/3 детей с полиартикулярным вариантом. Системная форма (28,6%) представлена аллергосептическим синдромом, при котором было отмечено повышение температуры тела субфебрильного характера, длительность которой не превышала 7 дней. Кроме этого у всех детей с системной формой ЮРА выявлено увеличение лимфатических узлов и печени до +2 см; у одного ребёнка при повышении температуры тела на различных участках кожи появлялась ярко розовая, зудящая сыпь, исчезающая самостоятельно после нормализации температуры. Болевой синдром и ограничение движений в поражённых суставах встречались у всех детей, причём у двух детей с полиартикулярным вариантом наблюдалась утренняя скованность с длительностью до 2-х часов. Именно у этих детей имела место выраженная деформация суставов, течение заболевания оценено как быстро прогрессирующая форма с III степенью рентгенологических изменений. Экссудативный компонент воспаления присутствовал у 5-х детей (71,4%) с олигоартикулярной формой заболевания. Рентгенологическая картина соответствовала I степени костно-суставных изменений. Всем детям этой возрастной группы при поступлении диагностирована II степень активности воспалительного процесса.

Вторая группа детей с ЮРА также представлена суставной формой (73,3%), причём чаще встречался олигоартикулярный вариант (63,7%), преимущественно с поражением нижних конечностей — коленных (85,7%) и сочетание коленных и голеностопных суставов (14,3%). Воспалительная реакция в коленных суставах сопровождалась значительной экссудацией, которая вызывала резкую болезненность и ограничение подвижности в нём. Утренняя скованность и деформация суставов была характерна для детей с полиартикулярной формой заболевания (36,3%). Поражение голеностопных суставов и суставов стопы отмечено у 2-х детей; лучезапястных суставов и суставов кисти — у одного ребёнка и сочетанное поражение — у одного ребёнка. Лабораторная активность у детей с суставной формой оценена как умеренная, а степень повреждения костной структуры, по данным рентгенологического заключения соответствовали I (27,2%) и II степени (36,4%) стадиям при олигоартикулярной форме и с одинаковой частотой (18,2% — II степени и 18,2% III стадиям) при полиартикулярном варианте.

Системная форма ювенильного артрита в этой возрастной группе также представлена аллерго-септическим вариантом (26,7%), 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 поражений 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.

Третья группа детей представлена (18) в возрастном диапазоне 10-18 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 полиарткулярный вариант (60%) с быстрым прогрессированием процесса. У детей данной возрастной группы при поступлении в стационар на первый план выступало поражение голеностопных, проксимальных пястно-фаланговых, 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; 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.

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 дис-

функцией, мы выделили наиболее часто встречающиеся: головная боль (65%), повышенная потливость (35%), эмоциональная лабильность (52,5%), плаксивость (17,5%), социальная дезадаптация (отсутствие постоянных друзей, нарушение контакта со сверстниками — 42,5%), замкнутость (22,5%).

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 86,6% детей II и 77,8% в III возрастных группах, с длительностью заболевания более 3-х лет. В ходе проведения сравнительного анализа установлена взаимосвязь длительности головных болей и формы ювенильного артрита.

Так, у всех детей с системным вариантом ювенильного артрита (7 детей) встречалась жалоба на головную боль разной интенсивности и продолжительности. В наших исследованиях появление головной боли было 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 (26 детей) наиболее частой жалобой на головную боль было выявлено при полиарткулярном варианте (15 детей — 57,6%), причём степень активности основного заболевания при поступлении оценено как умеренное. 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 быстропрогрессирующим течением и длительной глюкокортикоидной терапией.

Самую редкую жалобу на головную боль предъявляли дети с олигоарткулярным вариантом, составившие 38,4% 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%). В первой возрастной группе (до 6 лет), представленной девочками, эмоциональная нестабильность выражалась повышенной возбудимостью, плаксивостью, нарушением сна, гипергидрозом.

Дети второй 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 детей с системным и полиарткулярными вариантами, имеющими функциональную недостаточность суставов II и III степени.

Несколько большие трудности в общении мы испытывали при беседе с детьми третьей возрастной группы (11-16 лет). Они были более замкнуты, неохотно отвечали на вопросы. Раздражительность и не-

большую агрессивность проявляли мальчики (22,2%) 15-16 лет, имеющие физическую неполноценность за счёт деформации суставов. Девочки (38,9%) отмечались вспыльчивостью и быстрой сменой настроения. Социальная дезадаптация детей чаще встречалась в этой возрастной группе.

Около 1/3 детей II и III возрастных групп (37,5%) 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.

Выводы

1. Среди обследованных нами детей ювенильный артрит протекает в виде суставного варианта (80%), причём чаще болеют девочки (57,5%).

2. Суставная форма ювенильного артрита в наших исследованиях представлена чаще олигоартикулярным вариантом — 42,5%.

3. Наиболее высокая клиничко-лабораторная активность встречалась среди детей 7-10 лет, а тяжёлая степень повреждения костной структуры (III-IVст.) по данным рентгенографии у детей старше 10 лет.

4. Ведущим проявлением вегетативных расстройств у детей с ювенильным артритом явилась головная боль (65%) предъявляемая детьми II (86,6%) и III (77,8%) возрастных групп, преимущественно с полиартикулярным вариантом, обусловленную сосудистыми нарушениями, подтвержденными результатами РЭГ.

5. Эмоциональная лабильность в I группе детей с ювенильным артритом проявлялась повышенной возбудимостью, плаксивостью и гипергидрозом; во II группе детей — раздражительностью и замыканием в

себе; в III группе — вспыльчивостью, агрессивностью и социальной дезадаптацией.

6. Своевременное выявление и коррекция психоэмоциональных расстройств — важный аспект в комплексном лечении детей с ЮА.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеева Е.И. Ювенильный идиопатический артрит. Клиническая картина, диагностика, лечение. Вопросы современной педиатрии. — М., ГЕОТАР-Медиа 2015; 14(1): 78-94.
2. Алексеева Е.И., Литвицкий П.Ф. Ювенильный ревматоидный артрит: этиология, патогенез, клиника, алгоритмы диагностики и лечения: руководство для врачей, преподавателей, научных сотрудников. / Под общей редакцией А.А.Баранова. — М.: ВЕДИ, 2007. — 368 с.
3. Грачев Ю.В. — Диагностика неврологических проявлений системных ревматических заболеваний: краткое практическое руководство для неврологов, ревматологов и терапевтов под ред. ак. РАМН Насоновой В.А. — М. 2006, 47с.
4. Джое Ю.С. Психоэмоциональные особенности у детей с ювенильными хроническими артритом. Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Москва. 2001 год — 26 с.
5. Игишева Л.Н., Притчина С.С., Быкова Ю.А., Аникиенко А.А. Ювенильные артриты: диагностика и лечение. Методические рекомендации. 2017.
6. Подклетнова Т.В., Кузенкова А.М., Алексеева Е.И. Психоневрологические аспекты ювенильного ревматоидного артрита. Вопросы современной педиатрии. — М., ГЕОТАР-Медиа 2009; том 8 №1 с.47-51.
7. Баранова А.А. и др. Ювенильный артрит: клинические рекомендации для педиатров. Детская ревматология /Под ред. А.А.Баранова, Е.И.Алексеевой. — М.: ПедиатрЪ, 2013. — 120 с.
8. Duzova A., Bakaloglu A., Central nervous system involvement in pediatric rheumatic diseases: current concepts in treatment // Curr. Pharm Des 2008; vol.14, №13. P. 295-301
9. Lovell D.J. et al. Arthritis: Rheumatism. 2008, vol. 58, P. 1496-1504.

Поступила 09.03. 2020