

УДК 616-053:616.72-002

DOI 10.31684/25418475-2021-4-39

## СВОЕОБРАЗИЕ ДЕБЮТА И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

<sup>1</sup>Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул<sup>2</sup>Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, г. БарнаулСкударнов Е.В.<sup>1</sup>, Колесникова О.И.<sup>1</sup>, Выходцева Г.И.<sup>1</sup>, Григорьевская О.А.<sup>2</sup>, Скударнова А.П.<sup>1</sup>, Малюга О.М.<sup>1</sup>, Котовщикова Т.А.<sup>1</sup>

*Данная статья посвящена актуальной проблеме педиатрии и ревматологии - диагностике и лечению ювенильных идиопатических артритов у детей разных возрастных групп. Представлены результаты ретроспективного исследования 54 детей с реактивными артритами. Выявлено, что у 42 больных, этиологической причиной заболевания была урогенитальная или кишечная инфекция (17 и 25 соответственно), в том числе у 19 из 54 детей выявлены хронические очаги инфекции. У 16 детей с РеА была отягощенная наследственность по ревматическим заболеваниям. Установлены этиологические особенности дебюта и течения реактивных артритов у детей в Алтайском крае. Диагностика и лечение инфекционной патологии является одним из основных факторов для профилактики реактивных артритов у детей.*

**Ключевые слова:** дети, реактивные артриты, инфекция

## PECULIARITIES OF THE ONSET AND CLINICAL COURSE OF REACTIVE ARTHRITIS IN CHILDREN

<sup>1</sup>Altai State Medical University, Barnaul<sup>2</sup>Altai Krai Clinical Center for Maternal and Child Health, BarnaulE.V. Skudarnov<sup>1</sup>, O.I. Kolesnikova<sup>1</sup>, G.I. Vykhodtseva<sup>1</sup>, O.A. Grigorevskaya<sup>2</sup>, A.P. Skudarnova<sup>1</sup>, O.M. Malyuga<sup>1</sup>, T.A. Kotovshchikova<sup>1</sup>

*This article is devoted to the urgent problem of pediatrics and rheumatology - the diagnosis and treatment of juvenile idiopathic arthritis in children of different age groups. The results of a retrospective study of 54 children with reactive arthritis are presented. It was revealed that in 42 patients, the etiological cause of the disease was urogenital or intestinal infection (17 and 25, respectively), including 19 of 54 children with chronic foci of infection. 16 children with RHEA had a burdened heredity for rheumatic diseases. Etiological features of the onset and course of reactive arthritis in children in the Altai Territory have been established. Diagnosis and treatment of infectious pathology is one of the main factors for preventing of reactive arthritis in children*

**Keywords:** children, reactive arthritis, infection

В последние годы в связи с внедрением современных серологических и иммунологических методов исследования улучшилась топическая диагностика ревматических заболеваний (РЗ) у детей. Реактивный артрит (РеА - шифр, М02 согласно МКБ-Х) входит в структуру ювенильных идиопатических артритов (ЮИА) и является одной из актуальных проблем современной педиатрии и ревматологии, так как РеА составляет около половины от всех воспалительных заболеваний суставов у детей [1,2,3]. В то же время частота распространенности реактивного артрита, как и других РЗ, по различным регионам Российской Федерации достоверно не установлена [2,4,5]. Негативные последствия ревматических заболеваний, в том числе ЮИА, зависят от степени и тяжести иммуновоспалительного процесса, наличия сопутствующих заболеваний и вовлечения в патологический

процесс органов и систем [4,5,6]. Ряд соматических заболеваний, в том числе и ювенильные идиопатические артриты, с наличием синовита, с формированием контрактур, значительно ухудшают качество жизни больных и требуют больших материальных вложений при лечении и проведении реабилитации больных с артритами различной этиологии [2,7].

Реактивные артриты занимают значительное место в структуре ревматических заболеваний, у части детей они быстро прогрессируют, а при хронизации процесса и отсутствии базисной терапии поражение суставов приводит к инвалидности в детском возрасте [1,2,5,8]. Учитывая современные данные, РеА относят к острым воспалительным заболеваниям суставов, развивающихся вследствие иммунных нарушений, на фоне или после перенесенной кишечной или урогенитальной инфекции [1,2,10,11]. Дебют

РеА у детей нередко связан с острой или персистирующей кишечной инфекцией, вызываемой энтеробактериями (чаще *Yersinia enterocolitica*) или инфекциями урогенитального тракта (*Chlamydia trachomatis*). Заболевания легких или бронхов (вызванных *Chlamydoiphila pneumoniae*) у детей также могут являться триггерными причинами ЮИА [2,12,13]. Актуальность проблемы в настоящее время состоит в том, что патогенез заболевания выяснен не полностью. В патогенезе ЮИА, наряду с генетической предрасположенностью, лежат несколько патологических механизмов, как иммунной, так и неиммунной природы и хламидийная инфекция принимает непосредственное участие в активации клеточного иммунитета с выработкой антител (IgM) против хламидийного антигена, увеличивается и синтез антител класса IgG и IgA [11,14,16]. По мнению некоторых авторов, перекрестно реагирующие антитела оказывают повреждающее действие на собственные клетки организма, которые образуют молекулы HLA-B27. Установлено, что у носителей HLA-B27 после перенесенной кишечной и урогенитальной инфекции, РеА развивается значительно чаще, чем у лиц, не имеющих этого антигена гистосовместимости [2,11,14,16]. В литературе имеются сообщения, что у детей причиной реактивных артритов может быть наличие хронических очагов инфекции со стороны носоглотки и бронхолегочной системы [14,15,16]. Инфекционные агенты у значительной части больных выступают в качестве триггерного механизма, влияют на течение заболевания и, как правило, способствуют переходу острого артрита в хронический [2,4,11,15,16].

В практической работе детским ревматологам и врачам педиатрам в острой фазе заболевания необходимо провести дифференциальную диагностику реактивного артрита с другими ревматическими заболеваниями, такими как: системная красная волчанка (СКВ), ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА), ювенильная склеродермия (ЮС), системными васкулитами (СВ), что часто бывает затруднено. В дебюте заболеваний все они имеют сходную клиническую картину, в которой на первое место выходит интоксикационный и суставной синдром. Для всех РЗ характерно наличие воспалительных изменений в общих анализах крови, повышение уровня белков острой фазы заболевания и иммунологических нарушений. Поэтому так важно врачам всех специальностей знать клинические и лабораторно-иммунологические критерии основных ревматических заболеваний у детей. Наиболее часто встречающимися патологиями, требующими дифференциальной диагностики с РеА, являются инфекционные артриты, а также ортопедическая патология и системные заболевания соединительной

ткани [4,12,13,16]. Правильная и своевременная диагностика ревматических заболеваний необходима для назначения базисной и генно-инженерной биологической терапии, что позволит улучшить течение и прогноз заболеваний, а также качество жизни детей с РеА.

Цель исследования: уточнить анамнез и провести клиничко-лабораторный анализ результатов обследования у детей с поражениями суставов и выявить особенности дебюта и клиники реактивных артритов у детей.

### Материалы и методы

Нами проанализированы результаты ретроспективного обследования 54 детей с РеА, которые находились на лечении в ревматологическом отделении КГБУЗ «Алтайский краевой центр охраны материнства и детства» г. Барнаул с 2015 по 2020 гг. Обследование и лечение детей с ЮИА проводилось согласно клиническим рекомендациям по оказанию медицинской помощи детям с реактивными артритами. Клинические рекомендации утверждены на XVIII Конгрессе педиатров России 14 февраля 2015 года [2]. Ключевыми критериями включения детей с РеА в обследование было наличие согласия родителей на обследование и обработку полученных данных и клиничко-лабораторное обследование с наличием подтвержденного диагноза РеА. Исследование проводилось в проспективном режиме с наличием письменного согласия родителей на обследование детей. Критерии исключения из обследования: отказ родителей от обследования; наличие положительного РФ или артриты, связанные с другими ревматическими заболеваниями.

Анализ полученных данных осуществляли методом описательной статистики. Обследование включало в себя: лабораторные и инструментальные методы исследования: нами оценивались показатели, характеризующие активность воспалительного процесса (лейкоциты, СОЭ, СРБ, уровень фибриногена). Проводились иммунологические исследования крови (ЦИК, HLA-B27, РФ, антитела к ДНК, АНФ, АСЛО, криоглобулины), оценивался уровень антител классов IgM, IgA и IgG, которые могли свидетельствовать об остром или хроническом течении хламидиоза. С целью выявления «триггерных» факторов был проведен иммунологический анализ крови, позволяющий выявить АТ к различным бактериям, вирусам и паразитам (методики РПГА, РСК). Взяты мазки из зева и носа (выявление очагов хронической инфекции), проведено ультразвуковое и рентгенологическое исследование суставов с целью выявления функциональной недостаточности суставов.

После проведенного комплексного обследования диагноз реактивный артрит был вы-

ставлен на основании полученных объективных и лабораторных данных, согласно критериям реактивного артрита и клиническим рекомендациям по диагностике и лечению реактивного артрита. К критериям РеА относили: наличие асимметричного олигоартрита крупных суставов нижних конечностей после перенесенной кишечной или урогенитальной инфекции (с наличием высокого уровня антител классов IgM и IgA к антигенам хламидий или лабораторно подтвержденную кишечную инфекцию в анамнезе).

### Результаты и обсуждение

Для достижения цели исследования нами проведено обследование 54 детей с РеА. Все дети были разделены на группы по возрасту: 10 детей дошкольного возраста (2-6 лет), 15 детей младшего школьного возраста (7-11 лет), 29 детей старшего школьного возраста (12-17 лет). Анализ детей по полу и возрасту свидетельствовал о небольшом преобладании среди заболевших мальчиков - 32 (59%), доля девочек же составила 41%. Чаще заболевание выявлялось у детей школьного возраста - 44 чел. (66,7%), детей дошкольного возраста было 10 чел. (33,3%). Также установлено, что 35 (64,8%) детей с диагнозом РеА являются городскими жителями и 19 детей (35,2%) сельскими жителями. При сборе анамнеза нами особое внимание обращалось на наличие аллергических реакций, реакций на профилактические прививки у детей с РеА. Выяснялось наличие предшествующих кишечных, урогенитальных и других инфекций (хламидийной, цитомегаловирусной, герпетической, микоплазменной), которые могли быть триггерами в дебюте ЮИА у детей. Учитывая, что РЗ являются болезнями с наследственной предрасположенностью, мы устанавливали наличие близких родственников с ревматическими заболеваниями (СКВ, острой ревматической лихорадкой, склеродермией и др.), а также с заболеваниями, ассоциированными с HLA B27 (болезнь Рейтера, болезнь Бехтерева, болезнь Крона), псориазом. У детей с РеА проживающих в сельской местности, выяснялось наличие домашних животных, для исключения заболеваний, протекающих с поражением суставов (бруцеллез, туберкулез и др.). У матерей детей младшего возраста уточнялись данные о течении беременности, перенесенных заболеваниях во время беременности для исключения возможного внутриутробного инфицирования плода. При осмотре детей с РеА выявлялись клинические проявления инфекций, такие как: конъюнктивит, баланит, цистит, вульвовагинит, дизурические явления. Проводили осмотр на наличие проявлений герпетической инфекции на коже или слизистых, которая также может служить причиной РеА. Больные осматри-

вались окулистом для исключения увеита или снижение зрения, что нередко является одним из ранних проявлений РЗ.

Отягощенная наследственность по ревматическим заболеваниям выявлена у 16 из 54 детей с РеА, что составило 29,6%. Из анамнеза установлено, что 25 (46,3%) детей ранее находились на лечении в инфекционной больнице с энтеритами различной этиологии. Выяснено, что 10 (18,5%) детей ранее состояли на учете у педиатра с диагнозом «хронический тонзиллит». Для выявления хронических очагов и санации все дети осматривались стоматологом и отоларингологом.

При микробиологическом исследовании мазков с задней стенки глотки и небных миндалин были получены положительные результаты у 19 (35,2%) из 54 больных с РеА. В том числе: *Staphylococcus aureus* - выделен у 10 детей; *Streptococcus pyogenes* - у 5 больных; *Streptococcus pneumoniae* - у 5 детей, *Streptococcus viridans* - у 6 детей, у части детей отмечалось сочетание микроорганизмов. При этом у 3 из 5 больных с высевом *Streptococcus pyogenes* с задней стенки глотки и небных миндалин отмечено наличие высокого титра АСЛ-О. Таким образом, у 35,2% детей выявлены хронические очаги инфекции - это, по нашему мнению, могло являться одной из причин РеА, что согласуется с данными других исследователей [2,13,15]. Антиген гистосовместимости HLA-B27 выявлен у 18 (33,3%) детей из общей группы больных (в том числе у 17 детей с хламидийной инфекцией и у 1 ребенка с перенесенной кишечной инфекцией), что значительно увеличивало риск развития серонегативных спондилоартритов и возможной хронизации патологического процесса у этих детей. Болезнь Рейтера (БР), (шифр, M02.3 согласно МКБ-Х), нами диагностирован у 4 (7,4%) детей, все они отнесены в группу больных с урогенитальной инфекцией. В дебюте заболевание (БР) характеризовалось высокой степенью активности процесса, воспалительными изменениями в крови (СОЭ, СРБ, фибриноген), лихорадкой и наличием конъюнктивита, уретрита и полиартрита с нарушением функции суставов. Все больные с Болезнью Рейтера являлись носителями антигена гистосовместимости HLA-B27. Проведенное лабораторное исследование детей с РеА, в острый период заболевания, позволило нам у 17 (31,5%) из 54 больных выявить наличие текущей хламидийной инфекции, что подтверждалось повышением уровня антител классов IgM и IgA к антигенам хламидий (*Chlamydia trachomatis* у - 7, *Chlamydia pneumoniae* у - 10 детей) в сыворотке крови.

Таким образом, по результатам проведенного обследования отягощенная наследственность по ревматологическим заболеваниям установлена у 29,6% детей; реактивные артриты

ты, ассоциированные с кишечной инфекцией, выявлены у 46,3% детей; у 31,5% больных нами выявлена хламидийная инфекция; антиген гистосовместимости HLA-B27 выявлен у 33,3% больных; хронические очаги со стороны носо-

глотки выявлены у 35,2% детей с реактивными артритами (табл.1). Все эти факторы относятся к триггерным причинам развития ЮИА у детей.

Таблица 1

Триггерные факторы у детей с реактивными артритами

Триггерный фактор	Количество детей (n= 54)	
	абс.	%
Наследственная отягощенность	16	29
Кишечные инфекции	25	46,3
Урогенитальная инфекция	17	31,5

При анализе клинических данных установлено, что у 17 детей суставной синдром дебютировал на фоне хламидийной инфекции. У 25 больных дебют суставного синдрома отмечен на 17±5,1 день после перенесенного заболевания (кишечной инфекции). У 19 детей из общей группы заболевание протекало с наличием хронических очагов инфекции в эту группу вошли и 2 детей с урогенитальной и 3 ребенка с кишечной инфекцией. Таким образом, клинические проявления РеА и время их появления зависели от вероятной этиологической

причины. У всех детей отмечалось поражение крупных суставов нижних конечностей, в том числе: коленные у 33 (61,1%) детей, коленные и голеностопные у 16 (29,6%) детей; поражение коленных, голеностопных и межфаланговых суставов стоп отмечено у 5 (9,2%) детей, энтезиты выявлены у 4 (7,4%) детей, наличие сакроилеита - у 3 (5,65%) обследованных. Болезнь Рейтера диагностирована у 4 (7,4%) больных. По данным УЗИ суставов признаки синовита (в острый период заболевания) выявлены у 39 (72,2%) из 54 больных (табл. 2).

Таблица 2

Клинические проявления реактивного артрита у детей в дебюте заболевания

Клинические проявления	Количество детей (n= 54)	
	абс.	%
Моноартрит	33	61,1
Олигоартрит	16	29,6
Полиартрит	5	9,2
Энтезопатии	4	7,4
Сакроилеит	3	5,6
Синовит	39	72,2
Болезнь Рейтера	4	7,4

У обследованных нами детей с РеА, ведущим клиническим проявлением был суставной синдром, который у всех характеризовался отечностью и артралгией, с преобладанием моноартикулярного варианта поражения суставов у 61,1% детей, олигоартикулярный вариант выявлен у 29,6% детей и лишь у 9,2% детей установлен полиартикулярный вариант. Следует отметить, что моноартикулярный вариант чаще встречался в старшем школьном возрасте, а олигоартикулярный в дошкольном и младшем школьном возрасте. Жалобы на утреннюю скованность предъявляли лишь 5% детей, при этом скованность носила кратковременный характер (до 1

часа). Лечение РеА проводили согласно клиническим рекомендациям по реактивному артриту [2], целью лечения РеА у детей являлась ликвидация причинного фактора – инфекционного агента, а также достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии.

Проведение клинического мониторинга за детьми с РеА в течение 18 месяцев, позволило нам установить, что 36 (66,6%) из 54 больных с РеА повторно поступали (в течение 3-6 месяцев) в отделение ревматологии с наличием рецидивов суставного синдрома, что свидетельствовало о затяжном или хроническом течении заболевания. В эту группу вошли все

дети с отягощенной наследственностью по ревматическим заболеваниям и ранее перенесенной хламидийной инфекции, наличием положительного антигена гистосовместимости HLA-B27 и часть детей с артритами, ассоциированными с кишечной инфекцией и наличием хронических очагов инфекции со стороны носоглотки. Таким образом, по результатам проведенной работы, особенностями клиники реактивных артритов у детей явилось преобладание РеА у больных старшего школьного возраста. В дебюте заболевания у обследованных детей с РеА нами отмечен высокий процент (29,6%) наследственной предрасположенности к ревматическим заболеваниям. При поступлении хронические очаги инфекции выявлены у 35,2% больных, что, вероятно, являлось одной из причин заболевания. Заболевание чаще протекало на фоне урогенитальной (хламидийной) инфекции (у 31,5% детей) или спустя 2-4 недели после перенесенной кишечной инфекции (у 46,3% больных). Антиген гистосовместимости HLA-B27 выявлен у 33,3% детей, что значительно увеличивало риск хронизации патологического процесса.

#### Заключение

По данным исследования, основным этиологическим фактором РеА у обследованных детей является наличие перенесенной кишечной или урогенитальной (хламидийной) инфекции на фоне хронических очагов инфекции с наследственной предрасположенностью к ревматическим заболеваниям. Проведенное обследование детей с РеА обосновывает необходимость своевременной топической диагностики и комплексной терапии выявленной инфекционной патологии у детей с ЮИА, что положительно скажется на качестве лечения и уменьшит риск хронизации артритов. Педиатрам и врачам других специальностей следует знать критерии ЮИА, проявлять настороженность в отношении ревматических заболеваний, оценивать связь артритов с перенесенными инфекционными заболеваниями, своевременно диагностировать и направлять детей с РеА к врачу ревматологу.

Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

#### Список литературы:

1. Алексеева Е.И. Ювенильный идиопатический артрит: клиническая картина, диагностика и лечение. Вопросы современной педиатрии. 2015; 14(1):78-94. <https://doi.org/10.15690/vsp.v14i1.1266>
2. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева Е.И., Валиева С.И., Базарова Т.М., Слепцова Т.В., Чистякова Е.Г. Федеральные кли-

нические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с реактивным артритом. 2015.

3. Управление Федеральной службы государственной статистики по Алтайскому краю и Республике Алтай. Статистический ежегодник. Алтайский край, 2014-2018. Барнаул; 2019.

4. Балабанова Р.М., Белов Б.С., Эрдес Ш.Ф. Высокая распространенность реактивного артрита в России: гипердиагностика или реальность? Научно-практическая ревматология. 2015; 53(6):577-580.

5. Севостьянов В.К., Жолобова Е.С., Баранова О.В., Поёмшина К.С., Полухина А.И., Новикова А.С., Балашов С.Л. Вопросы оказания специализированной ревматологической помощи в Центральном федеральном округе Российской Федерации. Вопросы практической педиатрии. 2019;14(3): 90-98.

6. Скударнов Е.В. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Сибирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации. Томск; 2005.

7. Лобанов Ю.Ф., Скударнов Е.В., Строзенко Л.А., Прокудина М.П., Каракасекова М.К., Печкина К.Г. Качество жизни как проблема в здравоохранении: Современные тенденции. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2018; 5(1):235-239.

8. Севостьянов В.К., Жолобова Е.С., Мелик-Гусейнов Д.В. Структура ювенильного идиопатического артрита по данным регистра детей с ревматическими заболеваниями в Москве. Русский Медицинский Журнал. Медицинское обозрение. 2017;1:6-10.

9. Скударнов Е.В., Колесникова О.И. Лобанов Ю.Ф., Малюга О.М., Скударнова А.П., Серо-клинов В.Н., Горобченко В.М. Этиологические аспекты реактивных артритов у детей. Журнал инфектологии. 2021;13(2S1):76-77.

10. Дагбаева Д.В., Жолобова Е.С., Чистякова Е.Г. Реактивные артриты у детей — диагностика и лечение. Медицинский научно-практический портал. 2007. <https://www.lvrach.ru/2007/02/4534797>

11. Lacoste M.G., Cargnelutti D.E., Tamashiro H. et al. Reactive arthritis with conjunctivitis, urethritis and diarrhea in a child: immunological study of potential bacterial trigger. Clin. Exp. Rheumatol. 2008;26:381-2.

12. Selmi C., Gershwin M.E. Diagnosis and classification of reactive arthritis. Autoimmun Rev. Apr.-May 2014; 13(4-5):546-9. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2014.01.005>

13. Писарева А.Д., Матвиенко Е.В., Кривдина Н.Д., Хмелевская И.Г., Разинькова Н.С. Особенности течения реактивных артритов у детей и подростков на современном этапе. Курский

научно-практический вестник Человек и его здоровье. 2018;1:36-39. <https://doi.org/10.21626/vestnik/2018-1/06>

14. Plesca D.A., Luminos M., Spataru L. et al. Postinfectious arthritis in pediatric practice. *Maedica (Buchar)*. 2013;(8):164-9.

15. Sarakbi H.A., Hammoudeh M., Kanjar I. et al. Poststreptococcal reactive arthritis and the association with tendonitis, tenosynovitis, and enthesitis. *J Clin Rheumatol*. 2010;16(3). <https://doi.org/10.1097/RHU.0b013e3181c3444c>

16. Ajene A.N., Fischer Walker C.L., Black R.E. Enteric pathogens and reactive arthritis: a systematic review of Campylobacter, salmonella and Shigella-associated reactive arthritis. *J. Health Popul. Nutr*. 2013;31:299-307. <https://doi.org/10.3329/jhpn.v31i3.16515>

### References

1. Alekseeva E.I. Juvenile idiopathic arthritis: clinical picture, diagnosis and treatment. *Issues of modern pediatrics*. 2015; 14(1):78-94. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/vsp.v14i1.1266>

2. Baranov A.A., Namazova-Baranova L.S., Alekseeva E.I., Valieva S.I., Bazarova T.M., Sleptsova T.V., Chistyakova E.G. Federal clinical guidelines for providing medical care to children with reactive arthritis. 2015. (In Russ.)

3. Department of the Federal State Statistics Service for the Altai Territory and the Altai Republic. *Statistical Yearbook. Altai Territory, 2014-2018*. Barnaul;2019. (In Russ.)

4. Balabanova R.M., Belov B.S., Erdes S.F. High prevalence of reactive arthritis in Russia: overdiagnosis or reality? *Scientific and practical rheumatology*. 2015; 53(6):577-580 (In Russ.)

5. Sevostyanov V.K., Zholobova E.S., Baranova O.V., Poemshina K.S., Polukhina A.I., Novikova A.S., Balashov S.L. Issues of specialized rheumatology care in the Central Federal District of the Russian Federation. *Questions of practical pediatrics*. 2019;14(3): 90-98. (In Russ.)

6. Skudarnov E.V. Abstract of the dissertation for the degree of Doctor of Medical Sciences / Siberian State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. Tomsk; 2005. (In Russ.)

7. Lobanov Yu.F., Skudarnov E.V., Strozenko L.A., Prokudina M.P., Karakasekova M.K., Pechkina K.G. Quality of life as a problem in healthcare: Current trends. *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2018; 5(1):235-239. (In Russ.)

8. Sevostyanov V.K., Zholobova E.S., Melikhuseynov D.V. Structure of juvenile idiopathic arthritis according to the register of children with rheumatic diseases in Moscow. *Russian Medical Journal. Medical review*. 2017;1:6-10. (In Russ.)

9. Skudarnov E.V., Kolesnikova O.I. Lobanov Yu.F., Malyuga O.M., Skudarnova A.P., Seroklinov

V.N., Gorobchenko V.M. Etiological aspects of reactive arthritis in children. *Journal of Infectology*. 2021;13(2S1):76-77. (In Russ.)

10. Dagbaeva D.V., Zholobova E.S., Chistyakova E.G. Reactive arthritis in children - diagnosis and treatment. *Medical scientific and practical portal*. 2007. <https://www.lvrach.ru/2007/02/4534797> (In Russ.)

11. Lacoste M.G., Cargnelutti D.E., Tamashiro H. et al. Reactive arthritis with conjunctivitis, urethritis and diarrhea in a child: immunological study of potential bacterial trigger. *Clin. Exp. Rheumatol*. 2008;26:381-2.

12. Selmi C., Gershwin M.E. Diagnosis and classification of reactive arthritis. *Autoimmun Rev*. Apr.-May 2014; 13(4-5):546-9. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2014.01.005>

13. Pisareva A.D., Matvienko E.V., Krivdina N.D., Khmelevskaya I.G., Razinkova N.S. Features of the course of reactive arthritis in children and adolescents at the present stage. *Kursk Scientific and Practical bulletin of Man and his health*. 2018;1:36-39. (In Russ.) <https://doi.org/10.21626/vestnik/2018-1/06>

14. Plesca D.A., Luminos M., Spataru L. et al. Postinfectious arthritis in pediatric practice. *Maedica (Buchar)*. 2013;(8):164-9.

15. Sarakbi H.A., Hammoudeh M., Kanjar I. et al. Poststreptococcal reactive arthritis and the association with tendonitis, tenosynovitis, and enthesitis. *J Clin Rheumatol*. 2010;16(3). <https://doi.org/10.1097/RHU.0b013e3181c3444c>

16. Ajene A.N., Fischer Walker C.L., Black R.E. Enteric pathogens and reactive arthritis: a systematic review of Campylobacter, salmonella and Shigella-associated reactive arthritis. *J. Health Popul. Nutr*. 2013;31:299-307. <https://doi.org/10.3329/jhpn.v31i3.16515>

### Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Скударнов Евгений Васильевич, профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии с курсом дополнительного профессионального образования Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

656038, Россия, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 40.

Тел: +7(3852) 56-99-03

E-mail: sev310@mail.ru

### Информация об авторах

Колесникова Ольга Ивановна, профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии с курсом дополнительного профессионального образования Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

656036 Россия, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Петра Сухова, д. 62А, кв. 58. Тел: +79039577931

E-mail: vasculit@list.ru

Выходцева Галина Ивановна, профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой педиатрии с курсом дополнительного профессионального образования Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

656038, Россия, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 40.

Тел.: +79050849172

E-mail: dekanat1966@bk.ru

Григоревская Ольга Александровна, заведующая ревматологическим отделением Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства, г. Барнаул.

656019, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Гущина, д. 179.

Тел.: +7(3852)569825

E-mail: grigorevskaya.olga@mail.ru

Скударнова Анастасия Петровна, кандидат медицинских наук, директор института ординатуры Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 40.

Тел.: +7(3852)566-872

E-mail: agmu\_ordinatura@mail.ru

Малюга Ольга Михайловна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии с курсом дополнительного профессионального образования Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

Тел.: +79609368609

E-mail: malugaolga@mail.ru

Котовщикова Татьяна Александровна, ординатор кафедры педиатрии с курсом дополнительного профессионального образования Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

Тел.: +79237202996

E-mail: agmu\_ordinatura@mail.ru

#### Contact information

Author responsible for correspondence: Skudarnov Evgeny Vasilievich, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Pediatrics with a Course of Additional Professional Education, Altai State Medical University, Barnaul.

656038, Russia, Altai Krai, Barnaul, Lenin Ave. 40.

Tel.: +7(3852) 56-99-03

E-mail: sev310@mail.ru

#### Authors' information

Kolesnikova Olga Ivanovna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Pediatrics with

a Course of Additional Professional Education, Altai State Medical University, Barnaul.

656036 Russia, Altai Krai, Barnaul, 62A, Petra Sukhova St., bld. 58.

Tel.: +79039577931

E-mail: vasculit@list.ru

Vykhodtseva Galina Ivanovna, Professor, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Pediatrics with the Course of Additional Professional Education, Altai State Medical University, Barnaul.

656038, Russia, Altai Krai, Barnaul, Lenin Ave. 40.

Tel.: +79050849172

E-mail: dekanat1966@bk.ru

Grigorevskaya Olga Aleksandrovna, Head of the rheumatology department of the Altai Krai Clinical Center for Maternal and Child Health, Barnaul.

656019, Altai Krai, Barnaul, ul. Gushchina, 179.

Tel.: +7(3852)569825

E-mail: grigorevskaya.olga@mail.ru

Skudarnova Anastasia Petrovna, Candidate of Medical Sciences, Director of Residency Institute of Altai State Medical University, Barnaul.

656038, Altai Krai, Barnaul, Lenin Ave. 40.

Tel.: +7(3852)566-872

E-mail: agmu\_ordinatura@mail.ru

Malyuga Olga Mikhailovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Pediatrics with a Course of Additional Professional Education, Altai State Medical University, Barnaul.

Tel.: +79609368609

E-mail: malugaolga@mail.ru

Kotovshchikova Tatiana Aleksandrovna, Resident of the Department of Pediatrics with a Course of Additional Professional Education, Altai State Medical University, Barnaul.

Tel.: +79237202996

E-mail: agmu\_ordinatura@mail.ru

*Поступила в редакцию 21.09.2021*

*Принята к публикации 18.10.2021*

**Для цитирования:** Скударнов Е.В., Колесникова О.И., Выходцева Г.И., Григоревская О.А., Скударнова А.П., Малюга О.М., Котовщикова Т.А. Своеобразие дебюта и клинического течения реактивного артрита у детей. *Бюллетень медицинской науки.* 2021;4(24): 39-45.

**Citation:** Skudarnov E.V., Kolesnikova O.I., Vykhodtseva G.I., Grigorevskaya O.A., Skudarnova A.P., Malyuga O.M., Kotovshchikova T.A. Peculiarities of the onset and clinical course of reactive arthritis in children. *Bulletin of Medical Science.* 2021;4(24): 39-45. (In Russ.)