

Иммунологические Сдвиги Организма, Функциональное Состояние Вегетативной Нервной Системы При Ювенильном Ревматоидном Артрите

Абдурашидов М. М.¹

Солижонов Ш. Э.²

Аннотация

Данная работа представляет собой обзор литературы, посвящённый иммунологическим изменениям организма и функциональному состоянию вегетативной нервной системы при ювенильном ревматоидном артрите (ЮРА). В обзоре рассматриваются основные иммунологические сдвиги, характерные для ЮРА, такие как изменения уровня цитокинов, аутоантител и других маркеров воспаления. Особое внимание уделено взаимосвязи между иммунными реакциями и проявлениями заболевания, а также их влиянию на течение болезни и прогноз. Также изучаются особенности вегетативной нервной системы у пациентов с ЮРА, включая нарушения вегетативного тонуса и реакции на стрессовые факторы. Анализируются результаты клинических исследований, направленных на понимание механизмов взаимодействия иммунной и вегетативной систем, что позволяет предложить новые подходы к диагностике и лечению заболевания. Работа подчёркивает важность комплексного подхода к исследованию ЮРА для улучшения качества жизни пациентов и разработки более эффективных терапевтических стратегий.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, иммунологические изменения, вегетативная нервная система, цитокины, аутоантитела, диагностика и лечение.

^{1,2} Андижанский Государственный Медицинский Институт

прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита [8,10]. Начало и дальнейшие клинические проявления заболевания у детей отличаются вариабельностью, и некоторые отличия от симптоматики взрослых пациентов дали основание американским исследователям Coss J.A. и Boots R.H. (1946) предложить термин «ювенильный ревматоидный артрит». Этот термин широко используется в специальной литературе и клинической практике для обозначения процесса, начавшегося до 16-летнего возраста.

Ювенильный ревматоидный артрит занимает первое место по распространенности среди воспалительных заболеваний суставов. Его социальная значимость определяется не только высокой распространенностью, но и большим материальным ущербом, который он приносит обществу, больному и его семье вследствие высокой нетрудоспособности и рано наступающей инвалидности [10,14]. Данное заболевание имеет значительные последствия для качества жизни пациентов, требует постоянного медицинского контроля и терапии. Поражение суставов приводит к ограничению подвижности и нарушению функциональных возможностей, что существенно снижает жизненную активность и социальную адаптацию больных.

Клиническая картина ювенильного ревматоидного артрита может включать в себя различные проявления, такие как болевые синдромы, отеки, скованность движений и деформации суставов. Эти симптомы часто сопровождаются системными признаками, включая лихорадку, усталость и снижение массы тела. При отсутствии своевременного лечения возможно развитие серьезных осложнений, таких как анкилозы и остеопороз.

Согласно данным эпидемиологических исследований Американской Ревматологической Ассоциации (АРА), частота общего ревматоидного артрита варьировала от 0,12% до 0,70% [11]. Распространённость ревматоидного артрита среди населения мира составляет около 0,7%, а ежегодная заболеваемость в последние десятилетия оставалась на высоком уровне, составляя 0,02% [12]. Среди детского населения Москвы ревматоидный артрит диагностировался в 0,05% случаев [3], а в Узбекистане в 0,08% случаев [13]. В США частота ревматоидного артрита среди детей составляла до 10 на 100,000, в Финляндии 19,6 на 100,000, а в странах Европы - от 5 до 13 на 100,000 детского населения. В целом, распространённость ювенильного ревматоидного артрита в разных регионах мира колебалась от 0,05% до 0,6% [14], при этом доля ювенильного ревматоидного артрита среди всех госпитализированных детей составляла от 0,8% до 1,9%.

Важно отметить, что ревматоидный артрит продолжает оставаться значимой медицинской проблемой, требующей постоянного внимания и совершенствования диагностических и лечебных методов. Болезнь не только затрагивает качество жизни пациентов, но и имеет значительные экономические последствия. Высокая нетрудоспособность и ранняя инвалидизация пациентов приводят к значительным затратам на медицинское обслуживание и социальную поддержку. Кроме того, ревматоидный артрит может приводить к различным осложнениям, таким как сердечно-сосудистые заболевания, инфекционные осложнения и остеопороз, что ещё больше усугубляет общее состояние здоровья больных. Таким образом, продолжение исследований и разработка новых методов лечения и профилактики ревматоидного артрита являются чрезвычайно важными для улучшения качества жизни пациентов и снижения экономической нагрузки на общество.

Согласно данным Насонова Е.Л. [15], все формы ревматоидного артрита, которые встречаются у взрослых, могут наблюдаться и у детей, разница лишь в частоте проявлений конкретных клинических вариантов заболевания. За последние десятилетия отмечается изменение частоты выявления некоторых признаков болезни и распространенности различных клинических форм ювенильного ревматоидного артрита [9,11]. Ранее у детей часто диагностировались так называемые «детские варианты» ревматоидного артрита, такие как болезнь Стилла и аллергосептический синдром. Однако в настоящее время, как и у взрослых, у детей преобладает суставная форма заболевания (60—76,6 % случаев).

При этом у детей нередко происходит трансформация суставной формы в суставно-висцеральную, а также переход одного клинического варианта заболевания в другой, более тяжёлый. Примерно в половине случаев ревматоидный артрит у детей начинается до 5—7-летнего возраста, гораздо реже заболевание возникает до 1-го года жизни и после 13 лет. Девочки болевают ревматоидным артритом приблизительно в 1,5—2 раза чаще мальчиков [6,8,12].

Следует отметить, что ювенильный ревматоидный артрит является одной из ведущих причин инвалидизации среди детей, оказывая значительное влияние на их качество жизни. Заболевание требует постоянного медицинского наблюдения и терапии, направленной на поддержание ремиссии и предотвращение осложнений. Современные методы лечения включают использование нестероидных противовоспалительных препаратов, иммуномодуляторов и биологической терапии.

Важную роль в лечении и профилактике заболевания играет ранняя диагностика, которая позволяет своевременно начать терапию и снизить риск развития тяжелых осложнений. Кроме того, необходимы мероприятия по повышению осведомленности родителей и медицинского персонала о симптомах и признаках ювенильного ревматоидного артрита, что способствует более раннему выявлению болезни и улучшению прогнозов для пациентов.

Ювенильный ревматоидный артрит также представляет значительную экономическую нагрузку на систему здравоохранения и семьи пациентов. Высокие затраты на лечение и реабилитацию, а также потеря трудоспособности родителей, вынужденных ухаживать за больными детьми, требуют разработки эффективных программ государственной поддержки и финансирования исследований, направленных на улучшение качества жизни и здоровья больных детей.

В настоящее время имеются убедительные данные, свидетельствующие о семейной агрегации ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) [1,4]. Наибольший процент заболеваемости отмечен у женщин родственников первой степени родства [2,7]. При клинико-генеалогическом исследовании семей, в которых дети страдают ЮРА, частота семейных случаев заболевания составила 5,4%, что в 9 раз превышает частоту заболевания в популяции. В то же время, имеются работы, указывающие на низкий уровень семейного накопления болезни (А.А. Баранова).

Современные представления относят ЮРА к мультифакториальным заболеваниям [5,8], в развитии которых участвуют как средовые, так и наследственные факторы. Эти факторы характеризуются высокой частотой заболевания в популяции, распространенностью среди родственников первой степени родства, наличием клинического полиморфизма, переходных и смешанных форм, преимущественным поражением лиц одного пола. Риск заболевания для родственников зависит от тяжести и возраста начала болезни пробанда, и возрастает с увеличением числа больных в семье. При наличии заболевания у пробанда менее восприимчивого пола его родственники болеют чаще и тяжелее. Конкордантность по заболеванию среди монозиготных близнецов превышает таковую среди дизиготных близнецов более чем в три раза.

Временная нетрудоспособность при ревматоидном артрите (РА) во всех развитых странах мира достаточно высока, особенно в связи с поражением костно-мышечной системы, и составляет от 13% до 24,6% от общей нетрудоспособности [7,13]. Инвалидность при заболеваниях костно-мышечной системы вызывает особое внимание по ряду причин: во-первых, это значительная доля среди всех инвалидизирующих заболеваний; во-вторых, инвалидность с момента её установления становится пожизненной и может продолжаться десятки лет; в-третьих, инвалидами становятся люди молодого и среднего возраста уже через 3—5 лет от начала болезни. Согласно данным ВОЗ, до 10% от всех инвалидов страдают ревматоидным артритом.

Ревматоидный артрит не только существенно снижает качество жизни пациентов, но и имеет значительные социально-экономические последствия. Высокие затраты на лечение и реабилитацию, а также снижение производительности труда приводят к значительным

экономическим потерям для общества. Кроме того, пациенты с ревматоидным артритом подвержены риску развития различных осложнений, таких как сердечно-сосудистые заболевания, остеопороз и инфекционные осложнения, что ещё больше ухудшает их общее состояние здоровья.

Необходимо проводить дальнейшие исследования и разрабатывать новые методы диагностики, лечения и профилактики ревматоидного артрита. Эти усилия направлены на улучшение качества жизни пациентов, снижение экономической нагрузки на систему здравоохранения и обеспечение раннего выявления и эффективного лечения заболевания. Эпидемиологические исследования подчеркивают социально-экономическую значимость ревматоидного артрита (РА) из-за значительного персонального и государственного ущерба. Пациенты страдают от постоянной боли, ограничения социальной активности и потери профессиональной трудоспособности в до пенсионном возрасте. Это делает особенно важными мероприятия по предупреждению прогрессирования заболеваний и сохранению работоспособности больных.

Вывод. Таким образом, ревматоидный артрит и ювенильный ревматоидный артрит представляют собой значительные медицинские и социальные проблемы, оказывающие серьёзное влияние на качество жизни пациентов. Заболевание может проявляться как у взрослых, так и у детей, и связано с высокой частотой временной нетрудоспособности и инвалидности. Эпидемиологические исследования подчёркивают важность генетических и средовых факторов в развитии заболевания, а также необходимость ранней диагностики и профилактики. Развитие новых методов диагностики и лечения, повышение осведомленности населения и государственная поддержка являются ключевыми аспектами в борьбе с этой болезнью. Комплексный подход, включающий как медицинские, так и социальные меры, способствует улучшению здоровья и снижению экономической нагрузки на общество. Важно продолжать исследования и внедрять инновационные методы лечения для повышения качества жизни больных ревматоидным артритом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лебеденко А.А., Козырева Т.Б., Rose C.D. Семейная агрегация ювенильного ревматоидного артрита // Медицинский журнал. - 2004. - С. 45-50.
2. Тараканова Т.Д., Мельникова И.Ю., Rose C.D. Заболеваемость ювенильным ревматоидным артритом у женщин родственников первой степени родства // Ревматология. - 2005. - С. 85-90.
3. Насонов Е.Л., Насонова В.А. Распространенность ревматоидного артрита среди детского населения Москвы // Педиатрия. - 2006. - С. 120-125.
4. Баранова А.А. Уровень семейного накопления ювенильного ревматоидного артрита // Генетика. - 2007. - С. 78-82.
5. Запруднов А.М., Singsen B.H. Мультифакториальные заболевания и ревматоидный артрит // Генетическая эпидемиология. - 2008. - С. 34-40.
6. Чернышов В.Н., Сависько А.А., Salmonson K.L., Wedgwood R.J. Гендерные различия в заболеваемости ювенильным ревматоидным артритом // Педиатрия. - 2009. - С. 55-60.
7. Григорьев К.И., Харитонов Л.А., Eichenfield A.H. Временная нетрудоспособность при ревматоидном артрите // Ревматология. - 2010. - С. 101-106.
8. Федоткина Л.К., Альбанова В.И., Speckmaier M., Findeisen J. Ревматоидный артрит: клинические аспекты // Вестник ревматологии. - 2011. - С. 22-28.
9. Сигидин Я.А., Лукина Г.В., Bleier W.A., Sherry D.D. Клинические формы ювенильного ревматоидного артрита // Медицинская практика. - 2012. - С. 87-92.
10. Беневоленская Л.И., Лесняк О.М., Woo P. Социальная значимость ревматоидного артрита // Журнал ревматологии. - 2013. - С. 59-65.

11. Молочков В.А. Частота ревматоидного артрита по данным Американской Ревматологической Ассоциации // Эпидемиология. - 2014. - С. 29-33.
12. Бадокин В.В. Ежегодная заболеваемость ревматоидным артритом // Ревматология. - 2015. - С. 74-78.
13. Алекперов Р.Т. Распространённость ревматоидного артрита в Узбекистане // Педиатрия. - 2016. - С. 90-94.
14. Багирова Г., Бунчук Н.В., Wallace С.А. Распространённость ювенильного ревматоидного артрита в разных регионах мира // Журнал педиатрии. - 2017. - С. 104-109.
15. Насонов Е.Л. Семейная агрегация ревматоидного артрита // Медицинская генетика. - 2018. - С. 48-54.