

# UŞAQLARDA REAKTİV ARTRİTİN DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİNƏ MÜASİR YANAŞMALAR

**İsayev İ.İ.\*, Məmmədova R.R., Rəfiyeva S.K., Mustafayeva Ş.S., Hacıyeva  
M.R., Xanməmmədova S.Q., Mustafayeva A.I.**

**\*e-mail: ibrahimisayev@yahoo.com**

*Azərbaycan Tibb Universiteti, terapeutik və pediatrik propedeutika kafedrası, Bakı,  
Azərbaycan*

Məqalədə son zamanlar uşaqlar arasında çox yayılmış, bir çox məsələləri hələ də dəqiqləşdirilməmiş olaraq qalan reaktiv artritin etiologiya, patogenezi, klinik gedişi, diaqnostika və müalicəsinə yeni baxışlar ümumiləşdirilərək verilmişdir.

**Açar sözlər:** uşaq, reaktiv artrir, klinika, müalicə.

Son illərdə uşaq revmatologiyasının ən aktual problemlərindən biri oynaqların iltihabi prosesi olan və çox rast gəlinən reaktiv artritdir (ReA). Ədəbiyyat məlumatlarında ReA-in hər 100.000 uşaq əhalisi arasında orta statistik olaraq 86,9 halda rast gəlinəndiyi göstərilir [1, 2].

“Reaktiv artrit” termini ədəbiyyata XX əsrin 70-ci illərinin əvvəlində fin alimləri K.Aho və P.Ahvonen tərəfindən gətirilmişdir. Tədqiqatçılar tərəfindən bu terminlə keçirilmiş iersinioz infeksiyasından sonra yaranan artriti adlandırmış və bu zaman xüsusi olaraq artritin sterilliyi, reaktivliyi qeyd edilmişdir. Ancaq diaqnostik üsullar təkmilləşdikcə ReA zamanı yaranan sinovitin sterilliyi nisbi xarakter daşımağa başlamışdır. Tədqiqatlarda ReA xəstəliyi zamanı qan zərdabında və sinovial mayədə dövr edən bakterial antigenlərin və mikrobların DNT və RNT fraqmentlərinin aşkar olunması ReA yeni yanaşmanın yaranmasına təkan verdi [2-6]. Son zamanlara qədər ReA dedikdə, hər hansı mövcud olan və ya keçirilmiş infeksiya ilə əlaqəli olan, oynaqların iltihabi xəstəliyi nəzərdə tutulurdu.

Hal hazırda ReA immun pozğunluqlar nəticəsində inkişaf edən iltihabi irinsiz oynaq xəstəliklərinə aid edilməklə bağırsağ və ya urogenital infeksiyalardan sonra yaranması əsas götürülür. ReA əsasən kəskin və ya persistəedici bağırsağ infeksiyaları olan entero bakteriyalar (*Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuber culosis*, *Salmonella Newcastle*, *Campylobacter yeyuni*), kəskin və ya

persistədicu urogenital infeksiyalar (*Chlamdia trachomatis*) tərəfindən törədilir. Eləcədə *Mycoplasma pneumoniae* xüsusən də *Chlamdia pneumonia* tərəfindən törədilən respirator traktın infeksiyaları ReA yaranmasına səbəb ola bilər. Bununla yanaşı ReA *Clostridium difficile* və parazit infeksiyalar tərəfindən törədilən bağırsağ infeksiyaları əlaqəsi haqqında məlumatlar da vardır.

Bağırsağ infeksiyaları və *Chlamdia trachomatis* tərəfindən törədilən infeksiya ilə assosasiya olunan ReA əsasən genetik meyilli insanlarda (HLA-B27 daşıyıcıları) inkişaf edir və seroneqativ spondiloartritlər qrupuna aiddir [2, 3, 7, 8].

Müəyyən edilmişdir ki, bir sıra mikroorqanizimlərə qarşı yaranan anti cisimlər HLA-B27 ilə çarpaz reaksiyaya girərək molekulyar mimikriya fenomeni yaradır. Bu fenomenə uyğun olaraq bir sıra bağırsağ bakteriyalarının və xlamidiyaların hüceyrə divarının zülallarının HLA-B27 molekulasının ayrı-ayrı nahiyələri ilə quruluş oxşarlığı olur. Güman edilir ki, çarpaz reaksiya verən anticisimlər orqanizimin daha çox HLA-B27 molekulaları ekspress edən öz hüceyrələrinə zədələyici təsir göstərərək, adekvat immun cavabın yaranmasına mane olmaqla, infeksiyaların xronikləşməsi və persistə etməsinə səbəb olur. Bəzi məlumatlara görə, HLA-B27 daşıyıcılarında keçirilmiş bağırsağ və urogenital infeksiyalarından sonra ReA bu antigen daşımayan insanlardan 50 dəfə daha çox inkişaf edir.

ReA diaqnozu 1996-cı ildə Berlin şəhərində III Beynəlxalq konfransda təsdiq olunmuş aşağıdakı diaqnostik meyarlara əsasən qoyulur [9].

- Periferik artrit: asimmetrik; oliqoartrit (4 oynaqın zədələnməsi); əsasən ayaq oynaqlarının zədələnməsi.
- İnfeksiyon təzahürlər: diarreya; uretrit; yaranma vaxtı: artiritin inkişafından 2-4 həftə əvvəl.
- İnfeksiyaların laborator təsdiqi: mütləq deyil ancaq, klinik təzahürlər olduqda arzu olunandır; mütləqdir, aydın klinik təzahürlər olmadıqda
- İstisna hallar – mono- və oliqo artrit inkişafının səbəblərinin təyin olunması:
- Spondiloartrit; septik artrit; kristallik artrit; Laym xəstəliyi; streptokokk artriti

Bununla yanaşı praktikada, keçirilmiş virus infeksiyalarından sonra yaranan, postvaksinal artritlər, poststreptokokk artritlər və bəzi başqa artritlər nəzərdə tutulur.

Hal hazırda ReA yaranmasının ən geniş yayılan səbəblərindən biri xlamidiya infeksiyası sayılır (80%) [10-12] və onun inkişaf tsikli, ötürülmə yollarının xüsusiyyətləri, terapiyaya reaksiya ilə əlaqələndirilir. Xlamidiyalara həssaslıq ümumidir, infeksiyaların müxtəlif yayılma yolları vardır (əsasən kontakt – məişət yolu, *Chlamdia trachomatis*), bağırsağ infeksiyasının da trigger rolu aktual olaraq qalır.

ReA klassik təzahürü Reyter xəstəliyi və ya uretrookulo-sinovial sindromu şəklində özünü göstərir. Reyter xəstəliyi son zamanlar ReA xüsusi forması kimi qeyd olunur və klinik simptomları triada ilə səciyyə olunur: *uretrit, konyuktivit, artrit*. Keratodermiya olduqda Reyter xəstəliyinin tetradası haqqında danışılır. Reyter sindromu daha çox keçirilmiş bağırsağ infeksiyalarından və ya xlamidiyalardan 2-4 həftə sonra təzahür edir, xarakter urogenital zədələnmə əlamətləri ilə başlanır. Reyter sindromu zamanı trigger infeksiya faktor kimi ən çox *Chlamdia trachomatis, Shigella flexneri 2a* və ya hər ikisinin müştərək rast gəlməsi rol oynayır.

**Klinik mənzərə.** Bağırsağ infeksiyaları ilə assosiasiya olan Reyter sindromu kəskin başlayır, bədən hərarəti febril göstəricilərə qalxır, ümumi halsızlıq, intoksikasiya halları rast gəlinir. Triadanın klassik simptomları – konyuktivit (keratokonyuktivit), uretrit çox vaxt artrit inkişafına səbəb olur. Konyuktivit 30-60% xəstələrdə rast gəlinir və kəskin gedişli olan (ışıqdan qorxma, blefarospazm) sklerit əlamətləri ("pişik gözü simptomu"), keratokonyuktivit, buynuz qişanın xoralarının yaranması ilə təzahür edir. 12-37% xəstələrdə uretrit inkişaf edir [13, 14]. Uretrit kəskin, yarımkəskin, bəzi hallarda isə ancaq steril piuriya ilə təzahür edən simptomuz gedişli ola bilər. Reyter xəstəliyinin şiqelyoz və iersinioz etiologiyalı oynaq sindromu da kəskin başlanğıcla xarakterizə olunur [15, 16]. Assimetrik oliqartrit, nadir hallarda isə poliartikulyar artrit variantında rast gəlməsi mümkündür. Artrit kəskin ağrı reaksiyası, oynaq defiqurasiyası (əsasən oynaq

boşluğuna eksudasiya və periartikulyar yumşaq toxunmaların ödemi hesabına), yerli hərarətin artması, oynaq üzərində hiperemiya əlamətləri ilə keçir. Bir çox hallarda zədələnmiş oynaq üzərində dəri hiperesteziyası, ağrı kontrakturası yaranır və xəstə ağrıdan ayağı üstə dura bilmir. Reyter xəstəliyi zamanı əsasən diz, baldır, baş ayaq barmağın oynaqları, nadir hallarda isə oma nahiyəsi zədələnir. Mil, bilək və bazu oynaqlarının da zədələnməsi bu xəstəlik üçün xarakterikdir. Xırda oynaqların assimetrik zədələnməsi, bilək və daban nahiyəsində oynaq ətrafı toxunmaların zədələnməsi baş verir, bu zaman 5-10% uşaqlarda barmaqlarda ödem, dəri hiperemiyası müşahidə edilir, barmaqların sosisəbənzər deformasiyayı formalaşır. Təqribən 50% xəstələrdə assimetrik oliqoartrit entezit və entezopatiya (vəterlərin sümüyə birləşən nahiyəsində ağrı və palpasiyada ağırlı olması) ilə müştərək rast gəlinir. Daha çox hallarda entezopatiyalar fəqərələrin tin çıxıntıları boyu, qalça sümüklərinin tinləri üzərində, oma qılça birləşməsi proeksiyası nahiyəsində, axill vəterinin daban sümüyünə birləşdiyi yerdə, eləcə də pəncə aponevrozunun daban sümüyünə birləşdiyi yerdə müşahidə olunur. Reyter xəstələrində daban nahiyəsində ağrı (talalgiya) boyun və bel nahiyəsində eləcə də oma, büzdümdə hərəkət məhdudluğu ilə rast gəlinir. Bu klinik əlamətlər əsasən yeniyetmə dövründə olan HLA-B27 daşıyıcısı olan oğlanlar üçün səciyyəvidir. Bu uşaqlarda yuvenil spondiloartrit formalaşması riski yüksəkdir.

Xlamidiya infeksiyası ilə assosiasiya olmuş Reyter xəstəliyi daha zəif klinik mənzərə ilə müşahidə olunur [10, 12]. Urogenital traktın zədələnməsi klinik mənzərənin silinmiş forması ilə keçir. Oğlanlarda balanit, fimoz, infeksiyalaşmış sinexiyalar inkişaf edə bilər. Qızlarda isə urogenital traktın zədələnməsi vulvit, vulvovaginit, leykosituriya və ya mikrohematuriya eləcə də, sistit klinikası ilə təzahür edə bilər. Urogenital traktın zədələnməsi oynaq sindromunun inkişafından bir neçə ay qabaq müşahidə edilə bilər.

Gözlərin zədələnməsi konyunktivit inkişafı ilə səciyyəvi edilir: daha çox kataral, az nəzərə çarpan, qısa müddətli 1/3 xəstələrdə korluqla müşahidə edilən, kəskin iridosiklit inkişaf edə bilər. Gözlərin zədələnməsi oynaq sindromundan bir neçə ay və ya il əvvəl müşahidə edilə bilər. Reyter xəstəliyi zamanı rast gəlinən

xlamidiya etiologiyalı eksudativ artrit ağrısız, hərəkət məhdudluğu, funksiya pozğunluqları olunan gedişli ola bilər, ancaq çox miqdarıda sinovial mayenin toplanması ilə müşahidə olunur. Bu zaman baş verən sinovitə baxmayaraq oynaqaların zədələnməsi uzun müddətli destruktiv zədələnmələr olmadan keçə bilər. Bəzi hallarda, ReA-in oynaqdan kənar təzahürləri konyuktivit, uretrit, keratodermiya olmayan gedişli olur. Bu vaxt əsas əlamətlər oynaq sindromu şəklində təzahür etməklə əsasən aşağı ətaflarının asimmetrik oynaq zədələnmələri ilə özünü göstərir. Belə uşaqlarda oynaqdan kənar təzahürlərin olmamasına baxmayaraq yuvenil spondiloartititin inkişaf etmə riski yüksək olur. Aşkar eksudasiya ilə müşayiət edilən keçirilmiş bağırsağ və ya urogenital infeksiya ilə əlaqəsi olan xarakter oynaq sindromu və ya bağırsağ və ya urogenital infeksiyaların seroloji markerlərinin olması, yüksək ehtimalla xəstəliyi reaktiv artritlərə aid etməyə imkan verir.

**ReA diaqnostikası.** ReA diaqnostikası xarakter oynaq sindromu ilə müşayiət olunan, infeksiyon proseslərlə əlaqəli olan klinik-anamnestik göstəricilərə əsaslanır. ReA inkişafına səbəb olan infeksiyon proses həmişə kəskin nəzərə çarpsa da əlavə laborator müayinələrin göstəriciləri xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Diaqnozun təsdiq olunması üçün törədiciyin aşkar olunması və ya qan zərdabında ona qarşı artıq maddələrin yüksək titrinin təyin olunması vacibdir. Trigger infeksiyalarının identifikasiyası üçün müxtəlif mikrobioloji, immunoloji və molekulyar-bioloji metodlardan istifadə olunur.

ReA-in asimptom gedişdən asimmetrik oliqoartrit oynaqdankənar əlamətlərinə qədər müxtəlifliyini nəzərə alaraq hazırda patoetik olaraq təsdiqlənmiş meyarları və təsnifatı müəyyən edilməmişdir. Son zamanlarda praktikada C.Selmi, M.E.Gershwin (2014) [17] tərəfindən özündə mikrobioloji və klinik meyarları cəmləşdirən Amerika Revmatoloqlar Assosiasiyası (ARA) və Berlin meyarlarına əsasən təklif edilmiş təsnifatdan istifadə edilir (cədvəl).

Cədvəl

Revmatik artrit diaqnostik meyarları (C.Selmi, M.E.Gershwin, 2014)

Meyarlar	Xarakteristikası
----------	------------------

Əsas meyarlar	Aşağıdakı 3 əlamətlərdən ikisi olan artrit: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Assimmetrik</li> <li>– Mono- və ya oliqoartrit</li> <li>– Aşağı ətraf oynaqlarının zədələnməsi</li> </ul>
	Aşağıda iki əlamətdən biri ilə yanaşı gedən keçirilmiş infeksiya: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Enterit (bir gündən az olmayan davam edən diareyanın bir epizodu kimi təyin edilir artritə başlanğıcında və 3 gündən 6 həftəyədək inkişaf edir)</li> <li>– Uretrit (artritə başlamasından bir gündən az olmayaraq 3 gündən 6 həftəyədək davam edən sidik axarının və ya uşaqlıq yolunun ifrazatı və ya dizuriyanın bir epizodu kimi təyin olunur)</li> </ul>
Əlavə meyarlar	Aşağıda göstərilənlərdən ən az biri olarsa: <p>İnfeksiyanın əlamətlərini təsdiq edən laborator müayinələrin nəticəsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sidiyin liqaz reaksiyasının və ya sidik kanalının/uşaqlıq boynundan götürülən yaxmanın nəticəsinin <i>Ch. Trachomatis</i> infeksiyasının müsbət olması</li> <li>– Artrogen bağırsağ infeksiyasının fekalının bakterioloji reaksiyasının müsbət olması</li> </ul>
	Chlamydia Sinoval qabığının infeksiyasının sayının verilməsi (Chlamydia üçün immunohistoloji müayinə və ya PZR)

RA-nın dürüst diaqnozu hər iki meyarın əlavə meyarlarla təsdiq edilməsinə əsasən qoyulur. RA-nın ehtimal diaqnozu hər iki əsas meyarın olması və əlavə meyarların olmadığı yaxud bir əsas meyarın, bir və ya bir neçə əlavə meyarların olması zamanı təsdiq edilir.

Etioloji diaqnostikaya aiddir:

1. Uretra və konyuktivadan götürülmüş yaxmadan alınmış epitel hüceyrələrdə eləcədə sinovial mayedə (immunoferment analiz və s.) xlamidiya antigenlərinin aşkar olunması.
2. Qan zərdabında və sinovial mayedə (komplementin birləşmə reaksiyası, düz və qeyri immunoflyuorosensiya) xlamidiya antigenlərinə qarşı anticisimlərin aşkar olunması:
  - xlamidiozun kəskin fazası və ya xroniki prosesin kəskinləşməsi – 5 gün ərzində immunoqolulin (İg) M aşkar olunması, 10 gün ərzində İgA, 2-3 həftə ərzində İgG aşkar olunması;
  - ilkin xlamidiya infeksiyasının neoinfeksiya və ya reaktivasiyası – İgG yüksəlməsi, İgA təyin olunması tək-tək İgM aşkar oluna bilər;
  - xlamidiozun simptomuz gedişi, törədiciyin persistensiyası – İg A aşağı titrləri;

- keçirilmiş xlamidiya infeksiyası – İ<sub>g</sub> G aşağı titri.
3. Qan zərdabında bağırsağ bakteriyaları qrupuna qarşı anticisimlərin aşkar olunması (düz hemoaqlütasiya reaksiyası və komplementin birləşmə reaksiyası):
- morfoloji metod – törədiciyin morfoloji strukturlarının aşkar olunması (preparatların boyanması, immunoflyuorosent analiz);
  - kultural metod – xlamidiyaların təyin edilməsi (hüceyrə kulturası, toyuq embrionları, laborator heyvanlar);
  - molekulyar-bioloji törədiciyin DNT-nin aşkar olunması (polimeraz zəncirvari reaksiya və s.) metodu – qanda və sinovial mayedə törədiciyin DNT-nin aşkar olunması [5];
  - nəcisin bakterioloji müayinəsi.

Klassik mikrobioloji metodlarla (nəcisin əkilməsi; yaxmanın uretra və ya konyuktivanın epitelindən hüceyrə kulturasının götürülməsi) trigger mikroorqanizimlərin aşkar olunması daha dəqiq metod hesab olunur.

ReA diaqnostikasının çətinliyi əsasən ilkin infeksiyon prosesin silinmiş subklinik gedişi ilə əlaqəlidir. Artrit daha çox ağır olmayan bağırsağ və ya urogenital infeksiyalar zamanı inkişaf edir, və artiritin inkişaf etdiyi vaxtda trigger infeksiyalarının əlamətləri çox vaxt keçmiş olur. Bununla yanaşı, immun cavabın pozulması şəraitində infeksiyaların xroniki persistəedici formalarının inkişafı mümkündür. Ona görə də, oynaq sindromunun bütün ilk növlərində gizli bağırsağ və xlamidiya infeksiyasını inkar etmək lazımdır. Bununla yanaşı, ReA diaqnostikasını müxtəlif lokalizasiyalı infeksiyon proseslərin olması çətinləşdirir. Təyin olunmuşdur ki, bağırsağ və sidik çıxarici yollarının zədələnməsi ReA dan əvvəl, eyni vaxtda və ya bəzi hallarda ondan sonra inkişaf edə bilər. Buna görə də çox vaxt infeksiyon prosesi ReA ilə əlaqələndirmək çətin olur.

**Diferensial diaqnoz.** ReA başqa yuvenil artritlərdən fərqləndirmək, çox hallarda çətin olur. ReA ilə differensiasiyası tələb olunan patologiyalar infeksiyon artritlər, artritlə müşayiət olunan (infeksiya ilə əlaqəli xəstəliklər), eləcədə ortopedik patologiyalar və yuvenil idiopatik artritlərdir.

Virus artriti – hal hazırda kəskin artritin inkişafına səbəb ola bilən 30-a yaxın virus aşkar olunmuşdur. Bunlara, məxmərək virusu, parvovirus, adenovirus, hepatit B virusu, müxtəlif tip herpes virusları, parotit virusları, enteroviruslar və s. aid edilir. Diaqnostika keçirilmiş virus infeksiyasına və ya keçirilmiş vaksinasiyaya əsasən aparılır. Klinik mənzərə əsasən artralgiyalar ilə təzahür edir, nadir hallarda artritlər zamanı klinik əlamətlər 1-2 həftə ərzində müşahidə olunur və qalıcı əlamətlərsiz keçib gedir.

Postsreptokokk artritlərin diaqnostik meyarları aşağıdakılardır. Keçirilmiş burun-udlaq infeksiyalarından (streptokokk etiologiyalı) – 1-2 həftə sonra və ya eyni vaxtda artritin inkişafı. Eyni zamanda prosesə orta və iri ölçülü oynaqların qoşulması, oynaq sindromunun qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlarının təsirinə torpidliyi, postsreptokokk anticisimlərin titrinin yüksək olması, burun – udlaqda xroniki infeksiya ocaqlarının (xroniki tonsillit, farinqit, haymorit) aşkar olunması.

Gənə borrelliozu (Laym xəstəliyi) – borreliozun diaqnostikası anamnez göstəricilərinə, xəstənin endemik zonada olmasına, anamnezdə gənə dişləməsi faktının olmasına, xarakter klinik mənzərəyə əsaslanır. Diaqnozun tədiqlənməsi seroloji müayinələrə əsasən olur (*Borellia bingdoferi* qarşı anti cisimlər aşkar edilir).

Septiki artrit – diaqnostika infeksiya prosesinin klinik mənzərəsinə, sinovial mayenin xarakterinin təyininə, sinovial mayenin florasının antibiotikə həساسlığına, əkilməsinin nəticəsinə, eləcə də rentgenoloji göstəricilərə (osteomyelit inkişaf etdikdə) əsaslanır.

Vərəm artriti – klinik mənzərəsi vərəm infeksiyasının ümumi simptomları ilə təzahür edir: intoksikaya, subfebril temperatur, negativ pozğunluqlar və lokal simptomlar oynaqlarda ağrı, əsasən gecə vaxtı, artrit əlamətləri. Diaqnozun təsdiqi üçün rentgenoloji müayinə, sinovial mayenin müayinəsi, sinovial qişanın biopsiyası vacibdir.

ReA yuvenil revmatoid artritlə (YRA) diferensial diaqnostikası daha çətin olur; Belə ki, klinik mənzərədə oxşarlıq çoxdur: oliqoartrit, gözlərin konyuktivit

tipli zədələnməsi, uveit ola bilər. YRA diaqnozu artritin progressivləşən gedişinə, immunmoloji dəyişikliklərin aşkar olunmasına (müsbət antinuklear faktor), xarakter immunoloji markerlərin (HLA-A2, -DR5, -DR8) təyin olunmasına, oynaqlarda dəyişikliklərə əsaslanaraq qoyulur.

Yuvenil spondiloartrit. Bu xəstəlik genetik meyilli insanlarda (HLA-B27 daşıyıcılarında) xroniki gedişli ReA nəticəsi kimi aşkar edə bilər. Oynaq sindromu ReA olduğu kimi, əsasən ayaq oynaqlarının zədələnməsi ilə assimetrik mono və ya oligo artrit şəklində təzahür edə bilər. Yuvenil spondiloartritin diaqnozunu təsdiqləyən kardinal əlamətlər, rentgenoloji müayinədə sakroileit əlamətlərinin (birtərəfli və ya ikitərəfli) olmasıdır.

**Müalicə** etiotrop, patogenetik və simptomatik olmaqla 3 istiqamətdə aparılır.

Xlamidiya ilə assosiasiya olunmuş ReA etiotrop müalicəsi zamanı, xlamidiyalar hüceyrə daxili parazitlər olduğundan antibakterial terapiyada yalnız hüceyrə daxilinə keçə bilən preparatlardan istifadə oluna bilər. Bu preparatlara mikrolidlər, tetrasiklinlər və ftorxinolonlar aiddir. Ancaq tetrasiklinlər və ftorxinolonlar toksiki olduğuna görə, onların pediatriyada tətbiqi məhdudlaşdırılıb. Bununla əlaqədar uşaqlarda xlamidioz artritin müalicəsində makrolidlərdən geniş istifadə olunur. Aztitromisin ilk günlər 10mq/kq, sonrakı 5-7 gün isə – 5 mq/kq hesabıyla gündə bir dəfə olaraq təyin olunur. Ən yaxşı effekt antibiotiki 7-10 gün təyin etdikdə alınır. Roksitromisin – gündəlik doza uşaqlar üçün 5-8 mq/kq olaraq verilir. Djozomisin (vilprafen)-preparatın gündəlik dozası 30-50 mq/kq hesabıyla olmaqla və 3 qəbula bölünür. Klaritromisin 6 aydan yuxarı uşaqlarda istifadə olunur – 15 mq/kq/gün 2 dəfəyə, spiramisin 20 kq çəkidən yuxarı uşaqlara 1,5 mln BV/10kq gündə 2 dəfəyə təyin olunur. Yeniyetmələrdə tetrasiklin və ftorxilononların təyini mümkündür. Bağırsağ infeksiyası ilə əlaqəli olan ReA müalicəsində birmənalı məsləhət görülən antibiotikoterapiya müəyyən edilməmişdir. Bağırsağ infeksiyasının bakterial təsdiqindən və bağırsağ qrupu bakteriyalarına anticisimlərin aşkar edilməsinə uyğun olaraq antibiotik təyin edilir. Aminoqlikozidlərdən – amikasindən – 15 mq/kq/gün istifadə olunur. Müalicə

müddəti 7 gündür, eləcə də ftorxinolon preparatları tətbiq edilə bilər (12 yaşdan böyük uşaqlarda).

Patogenetik terapiya. ReA uzunmüddətli və xroniki gedişində antibiotiklərlə monoterapiya lazımi effekt vermir. Bunun üçün xroniki xlamidioz artritlərin müalicəsində müxtəlif immuno modilə edən preparatlardan da antibiotiklə yanaşı istifadə etmək məqsədə uyğundur (taktivin, likopid, polioksidoniy). Çox illik müayinələrin nəticəsinə görə, daha effektiv likopidin istifadə sxemidir [8, 10, 13]. Xlamidiya infeksiyası assosasiya olmuş xroniki gedişli ReA müalicəsində likopidlə antibiotiklərin müştərək istifadəsinin sxemi aşağıdakı kimidir: Likopid sublingval tablet şəklində istifadə olunur. 5 yaşa kimi uşaqlara likopid 1mq gündə 3 dəfə, 5 yaşdan böyük uşaqlarda isə likopid 2 mq 3 dəfə təyin olunması məqsədə uyğundur. Likopid istifadəsinin 7-ci günü antibiotik təyin olunur. İstənilən xlamidiya əleyhinə təsir edən antibiotik istifadə edilə bilər. Xlamidiyanın 2-3 həyat tsikli boyunca təsir etmək lazım olduğundan, antibiotiklə müalicə kursu 7-10 gündən az olmamalıdır. Antibakterial terapiya qurtardıqdan sonra uşaqlar Likopidi hələ 24 gündə qəbul etməyə davam edirlər.

Simpatomatik terapiya. ReA zamanı oynaq sindromunun müalicə etmək məqsədi ilə qeyri steroid iltihab əleyhinə preparatlardan da istifadə edilir. Diklofenak daxilə 2-3 mq/kq gündə 2-3 dəfəyə və ya Naproksen daxilə 15-20 mq/kq gün 2 dəfəyə və ya İbuprofen daxilə 35-40 mq/kq 2-4 qəbula və ya Nimesulid daxilə 5 mq/kq 2-3 qəbula və ya Meloksikamın daxilə 0,3-0,5 mq/kq 1 qəbula təyin edilir.

Qlükokortikosteroidlər, daha güclü iltihab əleyhinə maddələr olduğundan, oynaq sindromunun kəskinləşmə dövründə təyin edilir. Onların tətbiqi adətən oynaqdaxili yeritmə yolu ilə məhdudlaşır, vacib olduqda Metilprednizalon ilə qısa puls-terapiya etmək olar, bu zaman sürətli olaraq (30-60 dəq) böyük dozada Metilprednizalon (5-15 mq/kq 3 gün ərzində) vena daxili yeridilir.

Xəstəliyin ağır və torpid gedişində spondiloartrit əlamətləri nəzərə çarpırsa, yüksək klinik və laborator, eləcə də immunoloji aktivlik zamanı immunosupressiv preparatların istifadəsi mümkündür. Daha çox hallarda Sulfasalazin (30-40

mq/kq/gün), nadir hallarda Metotreksat (10 mq/kq 2 həftədə) istifadə olunur. Çox hallarda uşaqlarda ReA tam sağalma ilə nəticələnir. Bəzi uşaqlarda, əsasəndə HLA-B27 pozitiv xəstələrdə, ReA epizodları residivləşir və sonralar spondiloartirit əlamətləri meydana çıxır.

Profilaktik tədbir olaraq uşaqda və onun ailə üzvlərində xlamidiya infeksiyasının vaxtında aşkar olunması və urogenital infeksiyaların adekvat terapiyası aparılmalıdır.

## ƏDƏBİYYAT – REFERENCES – ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Е. И., Баранов А. А., Шувалова М. П. и др. Ревматические заболевания у детей в Российской Федерации: масштаб проблемы / Педиатрия Приложение 3 «Актуальные вопросы детской кардиологии на VII Конгрессе педиатров России», 2003. С. 2–10.
2. Баранов А.А., Алексеева Е.И. Детская ревматология. Атлас. 2-е издание. М.: Педиатр. 2015: 131-137
3. Агабабова Э. Р. Реактивные артриты и синдром Рейтера. Ревматические болезни/ под ред. В. А. Насоновой, Н. В. Бунчук. М.: Медицина, 1997. С. 324–331.
4. Агабабова Э. Р., Бунчук Н. В., Шубин С. В. и др. Критерии урогенных и энтерогенных реактивных артритов (проект) // Научно-практическая ревматология. 2003; № 3: С. 82–83.
5. Sokka T. Reactive Arthritis. Clinical Guidance from ACP, 2004.
6. Caminer A., Haberman R., Scher J. Human mikrobiome, infections and rheumatic disease // Clin. Rheumatol., 2017;36 (12) 2645-2653
7. Taylor-Rabinson D., Keat A. Observations on Chlamidia trachomatis and oter mikrobies in reactive arthritis // Int.J., STD AİDS. 2015; 26 (3): 139-144
8. Toivanen A., Toivanen P. Reactive arthritis // Isr Med Assoc J. 2001; Sep.; V. 3: 681–685.
9. Yu D., Kuipers J. G. Role of bacteria and HLA-B27 in the pathogenesis of reactive arthritis // Rheum Dis Clin North Am. 2003; V. 29: 21–36.
10. Kingsly G., Sieper J. Third International Workshop on Reactive Arthritis: an overview // Ann. Rheum. Dis. 1996; V. 55: 564–570.
11. Алексеева Е. И., Жолобова Е. С. Реактивные артриты у детей // Вопросы современной педиатрии. 2003. Т. 2. № 1. С. 51–56.
12. Schumacher H. R. Chlamidial arthritis Pros Meet Eur Soc Chlam Res Helsinki Finland, 2002.
13. Чистякова Е. Г., Жолобова Е. С. Роль хламидийной инфекции в развитии артритов у детей // Педиатрия, 2003; Приложение 3, С. 30–34.
14. Слизовский Н. В., Осипова Е. В., Масалова В. В. и др. Артриты у детей. под ред. И. М. Воронцова, СПб., 2000.
15. Cassidi J. T., Petty R. E. Textbook of Pediatric Rheumatology. Toronto, W. B. Saunders Company. 2002. 819 p.
16. Алексеева Е. И., Жолобова Е. С., Чистякова Е. Г., Валиева С. И. Принципы терапии реактивных артритов, ассоциированных с хламидийной инфекцией, у детей // Вопросы современной педиатрии, 2004; Т. 3, № 4: С. 28–34.
17. Selmi C., Gershwin M.E. Diaqnosis and classificasion of reactive arthritis // Autoimmun .Rev. 2014; 13: 546-549

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Исаев И.И., Мамедова Р.Р., Рафиева С.К., Мустафаева Ш.С., Гаджиева М.Р.,  
Мустафаева А.И.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра терапевтической и  
педиатрической пропедевтики, Баку, Азербайджан

Основные принципиальные вопросы реактивного артрита у детей до сих пор остаются не  
определенными. В статье представлены современные подходы этиологии, клинического  
течения, диагностики и принципы лечения реактивного артрита у детей.

**Ключевые слова:** дети, реактивный артрит, клиника, лечение.

## MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF REACTIVE ARTHRITIS IN CHILDREN

Isayev I.I., Mammadova R.R., Rafiyeva S.K., Mustafayeva Sh.S., Hajiyeva M.R.,  
Khanmamedova S. Q., Mustafayeva A.I.

Azerbaijan Medical University, therapeutic and pediatric propaedeutics  
derapartment, Baku, Azerbaijan

The article summarizes the etiology, clinical course, new views on the diagnosis and treatment of  
reactive arthritis, which has recently become widespread among children and many questions of  
which remain unresolved.

**Keywords:** children, reactive arthritis, clinic, treatment.

*Redaksiyaya daxil olub: 21.01.2021*

*Çapa tövsiyə olunub: 18.02.2021*

*Rəyçi: t.ü.e.d. Z.M.Quliyeva*