



## **REACTIVE ARTHRITIS AGAINST THE BACKGROUND OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA: A CLINICAL CASE**

**Zokirova A.M.**

Tashkent State Medical University

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15542879>

### **ARTICLE INFO**

Received: 23<sup>rd</sup> May 2025

Accepted: 28<sup>th</sup> May 2025

Online: 29<sup>th</sup> May 2025

### **KEYWORDS**

Patient, reactive arthritis,  
connective tissue  
dysplasia, joint.

### **ABSTRACT**

*Reactive arthritis is an aseptic inflammation affecting the joints, occurring simultaneously or following a non-articular infection (such as nasopharyngeal, intestinal, or urogenital infections). It is characterized by asymmetric involvement of the joints, tendons, mucous membranes, skin, nails, lymph nodes, and systemic reactions. Reactive arthritis can appear in both children and adults, with varying clinical manifestations. This clinical case presents a patient diagnosed with reactive arthritis against the background of connective tissue dysplasia, highlighting diagnostic challenges and management approaches in such complex cases.*

## **РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Зокирова А.М.**

Ташкентский Государственный Медицинский Университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15542879>

### **ARTICLE INFO**

Received: 23<sup>rd</sup> May 2025

Accepted: 28<sup>th</sup> May 2025

Online: 29<sup>th</sup> May 2025

### **KEYWORDS**

Пациентка,  
реактивный артрит,  
дисплазия  
соединительной ткани,  
сустав.

### **ABSTRACT**

*Реактивные артриты – асептическое воспаление, поражающее суставы, одновременно или вслед за перенесенной внесуставной инфекцией (носоглоточной, кишечной, урогенитальной). Реактивные артриты характеризуются асимметричным поражением суставов, сухожилий, слизистых оболочек, кожи, ногтей, лимфоузлов, системными реакциями. Появляется реактивный артрит у детей и взрослых.*

### **Введение**

Реактивные артриты (РеА) – воспалительные негнойные заболевания суставов, которые развиваются в тесной хронологической связи (обычно не позднее чем через месяц) с перенесенной преимущественно кишечной или урогенитальной инфекцией. Они относятся к группе спондилоартритов (СпА) и, как правило, ассоциируются с наличием HLA-B27-антигена. Ранее РеА отличали от постинфекционных артритов, которые могут развиваться в рамках реакции макроорганизма на любой инфекционный агент. В настоящее время некоторые авторы указывают



на неактуальность такой дифференциации, поскольку выявлены общие патогенетические механизмы, а диагноз преимущественно устанавливается на основании клинических данных, анамнеза и прямого и/или косвенного выявления возбудителя [1].

Согласно данным большинства авторов, распространенность РеА составляет 4,6–13,0 и 5,0–14,0 случая на 100 тыс. населения для урогенной и энтерогенной форм соответственно.

Артриты, связанные с инфекцией – реактивные (РеА) и инфекционные артриты (ИА), – являются одной из актуальных проблем современной ревматологии, в том числе педиатрической. Среди ревматических заболеваний наиболее распространён реактивный артрит, который встречается у 86,9 на 100 000 детского населения и относится к группе серонегативных спондилоартритов [2].

Ведущими факторами риска артритов, связанных с инфекцией, традиционно считаются микробный фактор и генетическая предрасположенность, связанная с наличием определенных антигенов, в том числе HLA-B27-антигена, обладающего способностью молекулярной мимикрии [3].

В то же время данные многочисленных литературных источников указывают на связь патологии опорно-двигательного аппарата воспалительного и невоспалительного генеза с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) [4,5].

Этот феномен объясняется тем, что, с одной стороны, симптомы ДСТ включают в себя костно-скелетные и суставные симптомы, такие как деформация грудной клетки, сколиотическая деформация позвоночника, дисплазия тазобедренных суставов, частые вывихи/ подвывихи, артралгия, разрывы сухожилий, спондилез, воспаление суставов и околоуставных тканей, плоскостопие [6]. С другой стороны, известно, что гистологически опорно-двигательный аппарат, в том числе суставы, полностью представлен элементами соединительной ткани. Доказанным является факт о связи ДСТ с иммунными нарушениями и дисбиозом кишечника [7,8,9].

Целью исследованием является ранняя диагностика реактивных артритов на фоне дисплазии соединительной ткани с помощью клинических признаков и лабораторных данных.

**Клинический случай.** Данное исследование проводилась 28.01.2025 в клинике ТашПМИ, в кардиоревматологическом отделении. Пациентка С. Родилась в 14.04.2019 (6лет) году в Республике Узбекистан. Она не ходит в садик. Её вес составляет 13кг.

Пациентка С. Поступила в клинику ТашПМИ в 21.01.2025. Жалобы больного: со слов бабушки, боль и контрактура в левой ноге особенно голеностопного сустава и шей ограничение движений, тахикардия. Отставании от физиологического развития. Бабушка жалуется, что у неё плохой аппетит.

Анамнез болезни. Заболевание началось 2024 году в месяце июня с болью в левой стопе и шей. Во время боли наблюдалась ограничение движения сустава и шей. Во время болезненного процесса ребенок даже не смогла самостоятельно ходить, из-за контрактуры голеностопного сустава. Близкие больного обратились к врачу семейной поликлиники, они отправили их на осмотр кардиоревматолога. Таким путём она

поступила в ТашПМИ в отделении кардиоревматологии. Сейчас она получает стационарное лечение и её состояние улучшилась в динамике.

Анамнез жизни. Пациентка 1-ый ребенок от первой роды. Беременность матери протекала благополучно в хорошей состоянии. У неё наблюдалась токсикозы транзиторного характера, во втором триместре мама болела с ОРВИ и получила стационарное лечение. Заболевание со стороны других органов и систем не наблюдалась. У матери ребенка наблюдается частые тонзиллиты, нарушение осанки и остеопороз.

Объективный осмотр. Общее состояние ребенка средней тяжести, сознание ясное. Ребенок активный, отвечает на вопросы. Слизистые и кожные покровы чистые, но бледные. Тургор кожи сохранена. Кожа сухая и имеется шелушение в некоторых участках кожного покрова. Тонус мышц средние. Строение скелета по типу астенического телосложения. Движения суставов в норме. Но в суставах к кисти наблюдается симптом гипермобильности суставов. Голеностопное сустав левой ноги отечные, без гиперемии. При пальпации наблюдается болезненность, чувствуется местная высокая температура на ощупь. Наблюдается ограничение движение левой стопы. У ребенка имеется нарушение осанки, симптомы сколиоза.



1- Рисунок: отёчный левый голеностопный сустав без гиперемии.

Дышит через нос, ЧДД – 28 в минуте. Аускультативно: шумное дыхание. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс 100 в минуты. Язык обложен с белым налётом, увеличены миндалины, но без покрасов. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены. Зубы здоровые. Пальпация живота безболезненная и мягкая. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный 1-2 раза в день. Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

## Результаты лабораторных-инструментальных исследований:

### Общий анализ крови

| Показатель | Результат | Норма                       |
|------------|-----------|-----------------------------|
| Гемоглобин | 121       | М:130-160; Ж:120-140<br>г/л |



|                               |      |  |
|-------------------------------|------|--|
| Эритроциты                    | 4,69 | М:4,0-5,0; Ж:3,9-4,7<br>*10 <sup>12</sup> /л |
| Цветной показатель            | 0,8  | 0,85-1,05                                    |
| Лейкоциты                     | 11,2 | 4,0-9,0*10 <sup>9</sup> /л                   |
| Палочкоядерные<br>нейтрофилы  | 1    | 1-6%   |
| Сегментоядерные<br>нейтрофилы | 63   | 47-72%                                       |
| Эозинофилы                    | 1    | 0,5-5%                                       |
| Моноциты                      | 3    | 3-11%  |
| Лимфоциты                     | 41   | 19-37%                                       |
| СОЭ                           | 35   | М:2-10; Ж:2-15<br>мм/соат                    |

## Общий анализ мочи

| Показатель   | Результаты       | Норма                | Ед. измер.    |
|--------------|------------------|----------------------|---------------|
| Количества   | 10,0             | 100-300              | мл            |
| Цвет         | Соломенно-желтый | До соломенно-желтого |               |
| Прозрачность | прозрачная       |                      |               |
| Уробилиноген | 3,3              | 3,4                  | Мкмоль/л      |
| Белок        | 0,066г/л         | Отр.                 | г/л           |
| Удельный вес | 1020             | 1,015-1,025          |               |
| Глюкоза      | отр              | %                    | Ммоль/л       |
| Соли         | фосфаты          | Отр                  |               |
| Бактерии     | ++               | отр                  | В поле зрения |

## Биохимический анализ крови

| Показатель  | Результат | Норма     | Ед. измер |
|-------------|-----------|-----------|-----------|
| АЛТ         | 27        | <40       | ЕД/л      |
| Белок общий | 79        | 64-83     | г/л       |
| Альбумин    | 42        | 35-53     | г/л       |
| Кальций     | 1.86      | 2,15-2,5  | ммоль/л   |
| Магний      | 0,45      | 0,66-1,07 | ммоль/л   |
| СРБ         | +         | <5        | мг/л      |
| РФ          | -         | <20       | МЕ/л      |

## Маркеры аутоиммунных заболеваний

| Показатель   | Результат | Ед. изм. | Реф. Интервал |
|--|-----------|----------|---------------|
| Антитела к циклическому цитрулиновому пептиду (АТ к CCP) | 0,8       | Ед/мл    | <17,0         |
| Антитела к   | 9,0       | МЕ/мл    | <25,0         |



|                      |               |  |                  |
|----------------------|---------------|--|------------------|
| двуспиральной<br>ДНК |               |  |                  |
| НЛА-B27              | Обнаружен (+) |  | Не обнаружен (-) |

**Обсуждение.** У пациентки С. 6 лет реактивный артрит на фоне дисплазии соединительной ткани подтвержден с генеалогическим анамнезом и показателями лабораторных анализов. У матери пациентки были жалобы на хронический тонзиллит с детства. Во время осмотра мы обнаружили у неё симптомов сколиоза и остеопороза которые указывают что у неё были симптомы дисплазии соединительной ткани. Эти симптомы показывают, что дисплазия соединительной ткани передавалось пациентке со стороны материнского организма. Кроме этого, у пациентки имеется дефицит магния в крови. Это подтверждает, что у пациентки имеется соединительнотканная дисплазия.

Кроме этого, у пациентки С. Обнаружено положительный НЛА-B27 результат анализа который, подтверждает диагноза реактивного артрита.

Повышение СОЭ, увеличение лейкоцитов и обнаружение бактерий в моче показывает, что, в организме идёт инфекционно- воспалительный процесс который указывает что, у пациентки реактивный артрит инфекционного генеза.

В данном случае пациентка получает терапию в стационаре. Была рекомендована антибиотикотерапия с учётом чувствительности, препаратов магния и кальция, нестероидные противовоспалительные препараты.

**Заключение.** Наша работа показывает, что у данной пациентки реактивный артрит на фоне дисплазии соединительной ткани. Вдобавок, имеется инфекционно- воспалительный процесс. Наличие инфекции и соединительнотканной дисплазии приводит к тяжелому течению данного заболевания. С другой стороны, данные этих заболеваний помогут нам правильно диагностировать и назначить эффективных методов терапии.

## References:

1. Zeidler H., Hudson A.P. Reactive arthritis update: spotlight on new and rare infectious agents implicated as pathogens. Curr. Rheumatol. Rep. 2021; 23 (7): 53.
2. Детская ревматология: атлас / Под редакцией А. А. Баранова, Е. И. Алексеевой. – М.: Союз педиатров России, 2009. – 248 с.
3. Насонов, Е. Л. Реактивные артриты / Е. Л. Насонов // Клинические рекомендации. Ревматология // Под ред. Е. Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР медиа, 2008. – С. 86-91.
4. Войтович, Т. Н. Клинико-лабораторная картина и висцеральные признаки дисплазии соединительной ткани у детей и подростков с реактивными артропатиями / Т. Н. Войтович, И. Г. Долюк, С. Э. Загорский // Российский сборник научных трудов с международным участием «Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы». – Выпуск 2; под ред. С. Ф. Гнусаева, Т. И. Кадуриной, А. Н. Семячкиной. – Москва – Тверь – Санкт-Петербург, 2011. – С. 116-122.
5. Виноградов, А. Ф. Тактика коррекции заболеваний костной системы у детей с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани / А. Ф.





Виноградов, Г. Н. Румянцева, Л. В. Рассказов и др. // Российский сборник научных трудов с международным участием «Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы». – Выпуск 2; под ред. С. Ф. Гнусаева, Т. И. Кадуриной, А. Н. Семячкиной. – Москва – Тверь – Санкт-Петербург, 2011. – С. 112-116

6. Земцовский, Э. В. Диспластические фенотипы. Диспластическое сердце / Э. В. Земцовский // Аналитический обзор. – Санкт-Петербург, 2007. – 80 с.

7. Челпаченко, О. Е. Патогенетическое значение микробиоценоза кишечника у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани и возможные пути коррекции / О. Е. Челпаченко: дис. ... д-ра мед. наук. – Оренбург, 2003. – 329 с.

8. Ошлянская, Е. А. Иммунные нарушения у детей с дисплазией соединительной ткани как возможный предиктор ревматической патологии / Е. А. Ошлянская, Л. И. Омельченко, В. П. Чернышов // Российский сборник научных трудов с международным участием «Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы». – Выпуск 2 ; под ред. С. Ф. Гнусаева, Т. И. Кадуриной, А. Н. Семячкиной. – Москва – Тверь – Санкт Петербург, 2011. – С. 57-64.

9. Данилова Елена Ивановна, Челпаченко Ольга Ефимовна, Никифоров Игорь Александрович, Перунова Наталья Борисовна, Иванова Елена Валерьевна, Суменко Владимир Валерьевич Роль дисплазии соединительной ткани в развитии реактивных и инфекционных артритов у детей // Оренбургский медицинский вестник. 2017. №3 (19). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-displazii-soedinitelnoy-tkani-v-razviti-i-reaktivnyh-i-infektsionnyh-artritov-u-detey>.