

УДК 616.72-002.1



ДАНИЛОВ О.А., РИБАЛЬЧЕНКО В.Ф., ТАЛЬКО М.О., СТРЕЛЬЦОВА С.В.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ, Україна
Київська міська дитяча клінічна лікарня № 1, м. Київ, Україна

ЗАСТОСУВАННЯ ПЕНТОЗАНУ ПОЛІСУЛЬФАТУ ПРИ МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ РЕАКТИВНИХ АРТРИТІВ У ДІТЕЙ

Резюме. Мета роботи — вивчити ефективність застосування пентозану полісульфату при місцевому лікуванні реактивних артритів (РеА) у дітей та визначити його безпечність. **Матеріали і методи.** У дослідженні було включено 56 дітей віком від 5 до 15 років, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні № 2 ДМКА № 1 із первинно маніфестованим суглобовим синдромом, у яких під час обстеження не підтверджено гнійну патологію та ревматологічні захворювання. У діагностиці використовувались лабораторні методи (розгорнутий аналіз крові, загальний аналіз сечі, визначення С-реактивного протеїну, ревматоїдного фактора, циркулюючих імунних комплексів, серомукоїду, ASLO), електрокардіографія, ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини. Усі діти консультовані кардіоревматологом. В окремих випадках проводилися рентгенографія та пункція суглобів. Також усім пацієнтам проводили УЗД уражених суглобів на апараті LogiQ 5 датчиками з частотою від 7,5 до 10,5 МГц. Для вивчення дії досліджуваного препарату було сформовано 2 групи: основну (27 осіб), у якій додатково до базової терапії застосовувався місцево гель Тромбоцид, та контрольну (29 осіб), ідентичну за віком та статтю до основної групи, у якій застосовувалась лише базова терапія. Оцінка ефективності пентозану полісульфату (Тромбоцид) базувалась на динаміці локальних проявів та ультразвукової картини уражених суглобів, що визначались на 3-тю, 5-ту та 7-му добу. **Результати дослідження.** Виявлено, що за декілька тижнів появи РеА передували такі чинники: гостре респіраторне захворювання (63 %), діарея (2 %), травма (6 %), у 29 % дітей можливих причинних факторів не встановлено. За кількістю уражених суглобів у дебюті РеА відзначався переважно моноартрит (52 дитини — 93 %), зрідка мали місце олігоартрит (2 — 3,5 %) та симетричне ураження суглобів (2 — 3,5 %). При РеА початок захворювання найчастіше відзначався артритом колінних ($60,47 \pm 3,28$ %) або кульшових ($34,14 \pm 2,35$ %) суглобів. Рідко першими уражались гомілковостопні суглоби ($4,32 \pm 2,32$ %). Припухлість суглобів у половини пацієнтів ($55,10 \pm 7,11$ %) була помірною, у чверті ($22,80 \pm 2,09$ %) — значною, у решти припухлість не відмічалась або була мінімальною. У $58,26 \pm 8,23$ % дітей мала місце локальна гіпертермія. Динаміка місцевих проявів та ультразвукової картини засвідчує виражений позитивний ефект та прискорення темпів одужання в групі із застосуванням місцево гелю Тромбоцид. **Висновки.** Застосування пентозану полісульфату в комплексній терапії РеА прискорює регресування локальних суглобових проявів, сприяє ранній активізації хворих за рахунок ранньої ліквідації больового синдрому та прискорює темпи одужання. Використання даного препарату є безпечним у дитячому віці.

Ключові слова: реактивний артрит, суглобовий синдром, Тромбоцид.

Адреса для листування з авторами:
Данилов Олександр Андрійович
04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, кафедра дитячої хірургії,
НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України
E-mail: pedsurgery_ua@ukr.net

© Данилов О.А., Рибальченко В.Ф., Талько М.О., Стрельцова С.В., 2015
© «Хірургія дитячого віку», 2015
© Заславський О.Ю., 2015

Реактивний артрит (РеА) — це захворювання, що супроводжується асептичним запаленням суглоба, виникає у відповідь на перенесену екстраартикулярну інфекцію, при цьому первинний інфекційний агент не виділяється із синовіальної рідини. Даний термін запроваджено в 1969 р. Р. Ahvonen, К. Sievers і К. Aho для артритів, які розвивалися після перенесеного ієрсиніозного ентероколіту [1]. Реактивні (транзиторні) артрити — найчастіші запальні захворювання суглобів у дітей. Однією з основних їх особливостей є значна поширеність у популяції й усіх вікових групах. Захворюваність серед дітей становить 32,7 випадку на 100 тис. підлітків відповідно, а у структурі дитячих ревматичних захворювань частка РеА становить 57,5 % серед дітей віком до 14 років та 41,8 % — серед підлітків. За даними російських колег, серед ревматичних захворювань у дітей до 14 років РеА становлять 56 %, у підлітків — 37 %, досить значна кількість РеА (близько 10 %) у подальшому трансформується в ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) [1, 4, 6].

РеА в дитячому віці — це завжди серйозна проблема, оскільки він може бути дебютом тяжкої ревматологічної хвороби (гостра ревматична лихоманка, ювенільний ревматоїдний артрит, ювенільний анкілозуючий спондилоартрит). Необхідність в обізнаності лікарів щодо цього захворювання також зумовлена потребою проведення диференціальної діагностики з такою тяжкою патологією, як септичний артрит, гострий гематогенний остеомиєліт [5]. Тому проблема РеА а дітей залишається актуальною.

Найбільш частою причиною виникнення РеА у дітей є хронічні вогнища інфекції носоглотки (аденоїдити, тонзиліти, синусити), кишкові інфекції, гостра або персистуюча урогенітальна інфекція (*Chlamydia trachomatis*), також інфекції респіраторного тракту (збудник — *Mycoplasma pneumoniae* і особливо *Chlamydophila pneumoniae*), віруси та глистяна інвазія [1, 7, 8]. У патогенезі РеА вирішальну роль відіграє порушення клітинної чи гуморальної ланки імунітету з розвитком гіперімунної відповіді організму на пряму інвазію мікроорганізму в порожнину суглоба або на інфекцію, що перебігає за межами суглоба, шляхом прямого впливу на синовіальну оболонку або шляхом ініціації антибактеріальної імунної відповіді, що в подальшому викликає ураження тканин суглоба. Велике значення має носійство антигену HLA-B27. Вважається, що деякі антигени артритогенних мікроорганізмів структурно схожі з HLA-B27, що призводить до розвитку перехресної імунної відповіді внаслідок феномена молекулярної мімікрії з ураженням тканин суглобів, у яких широко експресується цей антиген [1, 4, 5].

Клінічні симптоми РеА проявляються через 1–3 тижні після перенесеного інфекційного процесу. Суглобовий синдром при цьому характеризується го-

стрим початком, характерним є асиметричний моночи олігоартрит з переважним залученням суглобів нижніх кінцівок — кульшових, колінних та гомілково-стопних [4, 6]. Шкіра над ураженими суглобами може змінювати забарвлення, ставати гіперемійованою чи ціанотичною, температура її підвищується. В анамнезі можна виявити ознаки нещодавно перенесеної артритогенної інфекції: лихоманка, діарея, біль у горлі, ознаки респіраторного захворювання, дизурія, виділення із статевих органів тощо. Проте нерідко причинні хвороби можуть перебігати стерто або взагалі субклінічно. Захворювання частіше характеризується сприятливим перебігом та прогнозом, однак при збереженні вогнища хронічної інфекції відмічаються рецидиви РеА (до 15 % випадків), що потребує від лікаря-клініциста проведення повної санації хронічних вогнищ інфекції [6].

З метою діагностики використовують лабораторні методи, серологічну діагностику для можливого виявлення перенесеної інфекції. Корисним є проведення рентгенологічного дослідження ураженого суглоба для виключення гострого гематогенного остеомиєліту. Оскільки клінічно артрит найчастіше проявляється синовітом, на даний час основним діагностичним дослідженням для визначення ступеня змін та контролю ефективності терапії є ультразвукове дослідження. Діагностичними критеріями є потовщена синовіальна оболонка, випіт у порожнині суглоба, енергетичне доплерівське картування (ЕДК) виявляє посилення кровотоку в синовії (гіперемія синовії). При прогресуванні захворювання ехографія виявляє також кісткові ерозії й витончення суглобового хряща. У нормі середня товщина хряща у дітей становить: у кульшовому суглобі — $2,59 \pm 0,41$ мм, колінному — $3,67 \pm 0,64$ мм, гомілковостопному — $1,08 \pm 0,31$ мм [8]. При запаленні в колінному суглобі завжди відмічається потовщення синовії, тоді як у кульшових та гомілковостопних суглобах при РеА практично не спостерігається потовщення суглобової капсули (її звичайна товщина 2–2,5 мм), тому що товщина синовіальної оболонки дуже мала (менше від 1 мм). Навіть потовщена, вона окремо не ідентифікується і помітно не збільшує загальну товщину капсули. Що стосується випоту, то в колінному суглобі в першу чергу рідина локалізується у верхньому завороті. У кульшових суглобах наявність рідини понад 2 мм (у передній частині капсули) вважається патологічною. При ЕДК у нормі не виявляється кровотік у синовіальній оболонці, а при запаленні відмічаються кольорові сигнали в останній. Велика їх кількість та яскравість засвідчує виражену гіперемію. При адекватному лікуванні раніше за все відмічається зникнення гіперемії в режимі ЕДК. Пункція ураженого суглоба має важливе значення для диференціальної діагностики, особливо це стосується моноартритів.

У лікуванні дітям з РеА призначають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) — неселективні

(блокують циклооксигеназу 1-го та 2-го типу): ібупрофен (з 3-місячного віку 5–10 мг/кг на прийом до 3 разів на добу), диклофенак (дітям з 8 років по 2–3 мг/кг/добу, максимум 100 мг/добу), напроксен (підліткам віком понад 16 років по 250 мг двічі на добу), та селективні (блокують переважно циклооксигеназу 2-го типу): німесулід (дітям, старшим від 12 років, 2 мг/кг/добу), мелоксикам (підліткам віком понад 16 років 7,5–15 мг/добу в 1 чи 2 прийоми). Застосування глюкокортикоїдів не рекомендоване. Місцево можна використовувати мазі або гелі на основі НПЗП, але переважно у старшому віці (з 12 років — мазі ібупрофену, диклофенаку) [1, 3]. Це спонукає до пошуку нових препаратів місцевого застосування. Пентозану полісульфату натрієва сіль, що є основною речовиною гелю Тромбоцид, діючи місцево, посилює капілярний кровообіг в уражених тканинах завдяки фібринолітичній та антикоагулянтній активності, а протизапальний вплив відмічається за рахунок пригнічення гіалуронідази, зменшення підвищеної проникності судин у запаленій тканині і зменшення набряку. Ефірні олії мають додатковий спазмолітичний ефект і полегшують біль в ураженій ділянці. Даний препарат дозволено для використання вже з 6-річного віку.

Мета дослідження — вивчити ефективність застосування пентозану полісульфату при місцевому лікуванні реактивних артритів у дітей та визначити його безпечність.

Матеріали та методи

У дослідження було включено 56 дітей віком від 5 до 15 років, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні № 2 ДМКЛ № 1 з первинно маніфестованим суглобовим синдромом, яким під час обстеження не підтверджено гнійну патологію та ревматологічні захворювання. Пацієнти були госпіталізовані в дане відділення з метою виключення в першу чергу гнійного артриту та гострого гематогенного остеомиєліту, оскільки на момент госпіталізації мали значний больо-

вий синдром, обмеження рухів у суглобі та виражені локальні запальні прояви. В діагностиці використовувались лабораторні методи (розгорнутий аналіз крові, загальний аналіз сечі, визначення С-реактивного протеїну, ревматоїдного фактора, циркулюючих імунних комплексів, серомукоїду, ASLO), електрокардіографія, ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини. Усі діти консультовані кардіоревматологом. В окремих випадках проводилися рентгенографія та пункція суглобів. Також всім пацієнтам проводили УЗД уражених суглобів на апараті LogiQ 5 датчиками з частотою від 7,5 до 10,5 МГц. Для вивчення дії досліджуваного препарату було виділено 2 групи: основну (27 осіб), у якій додатково до основної терапії застосовували місцево гель Тромбоцид, та контрольна (29 осіб), ідентичну за віком та статтю до основної групи. За основні критерії оцінки ефективності пентозану полісульфату (Тромбоцид) взято динаміку локальних змін та ультразвукової картини уражених суглобів, які визначались на 3-тю, 5-ту та 7-му добу. Для оцінки останньої проводився також контроль симетричного неураженого суглоба.

Результати дослідження

У хірургічному відділенні № 2 ДМКЛ № 1 в дослідженні брали участь 56 дітей з РеА віком від 5 до 15 років. Серед них осіб жіночої статі було 38, чоловічої — 18. Середній вік хворих на момент обстеження становив 7 ± 2 роки, а тривалість захворювання була від однієї доби до 5 днів. У всіх дітей артрит діагностовано вперше. Виявлено, що за декілька тижнів появи РеА передували такі чинники: ГРЗ (63 %), діарея (2 %), травма (6 %), у 29 % дітей можливих причинних факторів не встановлено. За кількістю уражених суглобів у дебюті РеА відзначався переважно моноартрит (52 дитини — 93 %), рідко — олігоартрит (2 — 3,5 %) та симетричне ураження суглобів (2 — 3,5 %). При РеА початок захворювання найчастіше відзначався артритом колінних ($60,47 \pm 3,28$ %) або куль-

Таблиця 1. Динаміка локальних змін в ураженому суглобі

Зміни		Основна група (n = 27)			Контрольна група (n = 29)		
		3-тя доба	5-та доба	7-ма доба	3-тя доба	5-та доба	7-ма доба
Біль у суглобі	При навантаженні	+++ / ++	+	–	+++	++	+ / –
	При пальпації	++	+	–	++	++	+
Обмеження рухів	Активні	+	+ / –	–	+	+	–
	Пасивні	+	–	–	+	–	–
Локальний набряк		+	+	–	+	+	+
Локальна гіперемія		+	–	–	+	–	–

Примітки: біль: «+++» — виражений; «++» — помірний; «+» — незначний; «–» — відсутній; в інших випадках: «+» — ознака наявна, «–» — ознака відсутня.

Таблиця 2. Результати ультразвукового дослідження уражених суглобів

УЗ-критерії	Суглоби	На момент госпіталізації	Основна група (n = 27)			Контрольна група (n = 29)		
			3-тя доба	5-та доба	7-ма доба	3-тя доба	5-та доба	7-ма доба
Потовщення капсули	Ку	-/+	-/+	-	-	-/+	-/+	-
	Кн	++	++/+	+/-	-	++	++/+	+/-
	Гс	-	-	-	-	-	-	-
Наявність випоту	Ку	++/+	+	-	-	++	+/-	-
	Кн	++	++/+	+/-	-	+/-	+/-	-
	Гс	+/-	+/-	-	-	+/-	-	-
Гіперемія синовії при ЕДК	Ку	++/+	+/-	-	-	+	-	-
	Кн	++	+/-	-	-	+	+/-	-
	Гс	+	-	-	-	+	-	-

Примітки: суглоби: Ку — кульшовий, Кн — колінний, Гс — гомілковостопний; ознака: «+++» — значно виражена, «+» — помірно виражена, «-» — відсутня.

шових ($34,14 \pm 2,35$ %) суглобів. Дуже рідко першими уражались гомілковостопні ($4,32 \pm 2,32$ %) суглоби, в окремих випадках мало місце двобічне симетричне ураження суглобів ($1,07 \pm 2,05$ %). Незадовільне самопочуття відзначалося у 64 % осіб, що обумовлювалося вираженим больовим суглобовим синдромом і/або гіпертермією. Значне обмеження рухів в ураженому суглобі та вимушене положення кінцівки мали $12,12 \pm 2,27$ % хворих. набряк периартикулярних тканин у половини пацієнтів ($55,10 \pm 7,11$ %) був помірним, у чверті ($22,80 \pm 2,09$ %) — значним, у решти припухлість не відмічалась або була мінімальною. У $58,26 \pm 8,23$ % дітей мала місце локальна гіпертермія. У лікуванні в основній групі додатково до базової терапії (нестероїдні протизапальні препарати — ібупрофен, диклофенак та німесулід після 12 років у віковій дозі; антигістамінні препарати — дезлоратидин; антибактеріальні препарати в окремих випадках) місцево застосовувався тричі на добу гелі Тромоцид. Динаміка локальних змін та ультразвукової картини свідчить про виражений позитивний ефект та прискорення темпів одужання в основній групі. Результати дослідження наведені в табл. 1, 2.

Під час дослідження жодних побічних ефектів при використанні даного препарату не виявлено.

Висновки

Застосування пентозану полісульфату в комплексній терапії РеА прискорює регресування локальних суглобових проявів (біль, обмеження рухів, набряк, гіперемія, потовщення капсули, наявність випоту), сприяє ранній активізації хворих та прискорює темпи одужання. Використання даного препарату є безпечним у дитячому віці.

Список літератури

1. Марушко Ю.В. Реактивні артропатії у дітей // *Здоров'я України*. — 2012. Травень. — С. 43-44.
2. Спаська Г.О. Реактивний артрит: сучасний погляд на проблему // *Український медичний часопис*. — 2011. — № 6 (86). — С. 42-48.
3. Ногаєва М.Г., Исаєва Б.Г. Эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов в купировании воспалительного процесса при реактивном артрите // *Клин. геронтология*. — 2010. — 16 (3-4). — С. 15-19.
4. Бойко Я.Є. Реактивний артрит — найчастіше ревматологічне захворювання дитячого віку // *Дитячий лікар*. — 2009. — № 1. — С. 25-28.
5. Бекетова Г.В., Солдатова О.В., Горячева И.П., Алексеенко Н.В. Дифференціальна діагностика суставного синдрому в педиатрії. Частина 1. Артропатії // *Педиатрія. Восточная Европа*. — 2013. — № 4 (04). — С. 108-124.
6. Лебец И.С. Особенности дебюта и течения реактивных артритов у детей / И.С. Лебец, Н.А. Панько // *Здоровье ребенка*. — 2013. — № 6 (49). — С. 37-42.
7. Kwiatkowska B., Filipowicz-Sosnowska A. Reactive arthritis // *Pol. Arch. Med. Wewn.* — 2009 Jan-Feb. — 119 (1-2). — 60-5.
8. Hannu T. Reactive arthritis // *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* — 2011 Jun. — 25 (3). — 347-57.
9. Spannow A.H., Pfeiffer-Jensen M., Andersen N.T., Stenbog E., Herlin T. Inter- and intraobserver variation of ultrasonographic cartilage thickness assessments in small and large joints in healthy children // *Pediatric Rheumatology*. — 2009. — 7. — 12.

Отримано 29.08.15 ■

Данилов А.А., Рыбальченко В.Ф., Талько М.А., Стрельцова С.В.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика МЗ Украины, г. Киев, Украина
Киевская городская детская клиническая больница № 1, г. Киев, Украина

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕНТОЗАНА ПОЛИСУЛЬФАТА ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ

Резюме. Цель работы — изучить эффективность применения пентозана полисульфата при местном лечении реактивных артритов (РеА) у детей и определить его безопасность. **Материалы и методы.** В исследование было включено 56 детей в возрасте от 5 до 15 лет, находившихся на лечении в хирургическом отделении № 2 ДМКБ № 1 с первично манифестированным суставным синдромом, у которых в ходе обследования не подтверждены гнойная патология и ревматологические заболевания. В диагностике использовались лабораторные методы (развернутый анализ крови, общий анализ мочи, определение С-реактивного протеина, ревматоидного фактора, циркулирующих иммунных комплексов, серомукоида, ASLO), электрокардиография, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. Все дети консультированы кардиоревматологом. В отдельных случаях проводилась рентгенография и пункция суставов. Также всем пациентам проводили УЗИ пораженных суставов на аппарате LogiQ 5 датчиками с частотой от 7,5 до 10,5 МГц. Для изучения действия исследуемого препарата были сформированы 2 группы: основная (27 человек), в которой дополнительно к базовой терапии применялся местно гель Тромбоцид, и контрольная (29 человек), идентичная по возрасту и полу с основной группой, в которой применялась только базовая терапия. Оценка эффективности пентозана полисульфата (Тромбоцид) базировалась на динамике локальных проявлений и ультразвуковой картины пораженных суставов, которые определялись на 3-и, 5-е и 7-е сутки. **Результаты**

исследования. Выявлено, что за несколько недель появлению РеА предшествовали следующие факторы: острое респираторное заболевание (63 %), диарея (2 %), травма (6 %), у 29 % детей возможные причинные факторы не установлены. По количеству пораженных суставов в дебюте РеА отмечался преимущественно моноартрит (52 ребенка — 93 %), редко имели место олигоартрит (2 — 3,5 %) и симметричное поражение суставов (2 — 3,5 %). При РеА начало заболевания чаще отмечалось артритом коленных (60,47 ± 3,28 %) или тазобедренных (34,14 ± 2,35 %) суставов. Редко первыми поражались голеностопные суставы (4,32 ± 2,32 %). Припухлость суставов у половины пациентов (55,10 ± 7,11 %) была умеренной, у четверти (22,80 ± 2,09 %) — значительной, у остальных припухлость не отмечалась или была минимальной. У 58,26 ± 8,23% детей имела место локальная гипертермия. Динамика местных изменений и ультразвуковой картины свидетельствует о выраженном положительном эффекте и ускорении темпов выздоровления в группе с применением местно геля Тромбоцид. **Выводы.** Применение пентозана полисульфата в комплексной терапии РеА ускоряет регрессирование локальных суставных проявлений, способствует ранней активизации больных за счет ранней ликвидации болевого синдрома и ускоряет темпы выздоровления. Использование данного препарата является безопасным в детском возрасте.

Ключевые слова: реактивный артрит, суставной синдром, Тромбоцид.

Danylov O.A., Rybalchenko V.F., Talko M.O., Streltsova S.V.

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine
Kyiv Municipal Children's Clinical Hospital № 1, Kyiv, Ukraine

USE OF PENTOSAN POLYSULFATE IN THE LOCAL TREATMENT OF REACTIVE ARTHRITIS IN CHILDREN

Summary. The aim of the study — to examine the efficacy of pentosan polysulfate in the local treatment of reactive arthritis (ReA) in children and to determine its safety. **Materials and methods.** The study included 56 children aged 5 to 15 years who were treated at the surgical department № 2 of Children's Municipal Clinical Hospital № 1 for primary articular syndrome; purulent pathology and rheumatologic diseases were not confirmed in them during examination. In the diagnosis, we have used laboratory methods (complete blood count, urinalysis, determination of C-reactive protein, rheumatoid factor, circulating immune complexes, seromucoid, ASLO), electrocardiography, ultrasound investigation (UI) of the abdominal organs. All children were consulted by a cardiologist. In some cases, radiography and joint puncture were conducted. Also, all patients underwent UI of the affected joints on the LogiQ-5 device with gauges from 7.5 to 10.5 MHz. To study the action of this drug, we allocated 2 groups: the main (27 people), in which in addition to basic therapy, Thrombocid gel was applied topically, and control one (29 persons), identical in age and sex with the main group, in which we used only basic therapy. Evaluating the effectiveness of pentosan polysulphate (Thrombocid) was based on the dynamics of local manifestations and ultrasound picture of the affected joints, de-

termined on days 3, 5 and 7. **Research results.** It was revealed that a in few weeks, the appearance of ReA was preceded by the following factors: acute respiratory disease (63 %), diarrhea (2 %), trauma (6 %), in the rest (29 %) of patients, possible causal factors have not been detected. By the number of affected joints at the onset of ReA, mainly monoarthritis (52 children — 93 %) has been diagnosed, oligoarthritis (2 — 3.5%) and symmetrical joint disease (2 — 3.5 %) occurred rarely. In ReA, the disease most often manifested by arthritis of the knee (60.47 ± 3.28 %) or hip (34.14 ± 2.35 %) joints. Rarely, ankle joint (4.32 ± 2.32 %) has been affected first. Swelling of joints in the half of patients (55.10 ± 7.11 %) was moderate, in the quarter (22.80 ± 2.09 %) — significant, in the rest of them, swelling was not observed or was minimal. 58.26 ± 8.23 % of children had local hyperthermia. Dynamics of the local changes and ultrasound picture shows a pronounced positive effect and acceleration of recovery in the group with the topical use of Thrombocid gel. **Conclusions.** Application of pentosan polysulfate in the comprehensive treatment of ReA accelerates the regression of local articular manifestations, promotes early activation of patients due to the early elimination of pain syndrome and accelerates the recovery. The use of this drug is safe in childhood.

Key words: reactive arthritis, articular syndrome, Thrombocid.