

ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ

УДК 616.-053.2+616.72-002: 616.72-002.838.7: 615.844.19

О.И. ГАРМАШ

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕАКТИВНЫМИ АРТРИТАМИ.

На підставі вивчення віддалених результатів санаторно-курортного лікування з використанням клініко-лабораторних і функціональних параметрів 50 дітей з реактивними артритамі встановлений сприятливий ефект в перебігу захворювання, що виявлялося відсутністю загострень, поліпшенням клінічної картини захворювання, зменшенням проявів суглобового синдрому, підвищенням функціональної активності нервово-м'язового апарату, поліпшенням показників якості життя.

* * *

ВВЕДЕНИЕ

Исследования последних лет свидетельствуют об увеличении числа больных с заболеваниями суставов [1]. Наиболее распространенными заболеваниями в ряду ревматических болезней детского возраста являются реактивные артриты (РеА) [2]. Интерес к РеА связан с нарастающей частотой их во всем мире, с явной тенденцией к «омоложению», с трудностью дифференциальной диагностики с другими ревматическими заболеваниями, протекающими с суставным синдромом [3]. По данным Е.И. Алексеевой с соавт., 2002, реактивные артриты составляют 53,7% от всех заболеваний суставов в детском возрасте [4]. Несмотря на то, что согласно определению «реактивный артрит – острый негнонойный артрит, развивающийся после инфекции любой локализации в организме и тесно связанный с антигеном гистосовместимости HLA-B27», отмечена склонность реактивных артритов к многолетнему циклическому течению, которое наблюдается чаще при урогенной форме заболевания [5]. После носоглоточной инфекции хроническое течение воспалительного процесса у детей наблюдается в 44% случаев и достоверно чаще встречается у носителей антигенов HLA-A10 [6]. При анализе развития различных заболеваний опорно-двигательного аппарата наибольший удельный вес составили дети, перенесшие реактивный артрит (20,8%) [7].

Нашими предыдущими работами показано, что по данным анамнеза заболевания обострение воспалительного процесса разной степени выраженности и частоты регистрировали у 37% больных. По частоте обострений преобладали сезонные обострения (21%). В 12% случаев обострения носили более выраженный характер и проявлялись болями в суставах, опуханием суставов, ограничением двигательной активности, субфебрильной температурой. Многократные обострения (2-3 раза в год) наблюдались у 4% детей. Установлено, что 2-3 обострения в год регистрировались при урогенной этиологии заболевания. Артралгии отмечали у 42% больных, заболевших реактивным артритом после перенесенной носоглоточной инфекции. Отсутствовали обострения лишь у 10% больных [8].

Санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями суставов, включающее применение природных и современных физиотерапевтических факторов, оказывает существенное влияние на патогенетические механизмы развития заболевания, состояние саногенетических возможностей детского организма, способствует предупреждению хронизации и прогрессирования процесса, более раннему и эффективному возвращению больных к обычным условиям жизни и учебы [9]. Раннее направление детей с артритамі на санаторно-курортное лечение приводит к более полному восстановлению функций пораженных суставов, так как на ранних стадиях заболевания анатомо-функциональные изменения в большинстве случаев могут быть обратимыми [10]. Основными принципами санаторно-курортного лечения больных с артритамі являются: преемственность, раннее начало лечения, комплексность применения разных методов, дифференцированный подход к назначению физических факторов [11]. Поскольку отдаленные результаты являются одним из принципов доказательной медицины оценки лечебного эффекта по конечным точкам [12], целью исследований явилась оценка отдаленных результатов санаторно-курортного лечения детей с

реактивными артритами по данным основных клинико-функциональных и лабораторных показателей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено клинико-функциональное и лабораторное обследование 50 детей с реактивным артритом, поступивших повторно через год на санаторно-курортное лечение. До первичного санаторно-курортного лечения минимальная активность воспалительного процесса наблюдалась у 18 больных, фаза ремиссии заболевания у 32 человек. Поражение 2-3 суставов (олигоартрит) отмечалось у большинства больных (28 чел.), моноартрит, в основном коленного сустава, у 4 больных. Воспалительные изменения в суставах пролиферативного характера выявлены у 10 больных.

Помимо клинического обследования при первичном и повторном санаторно-курортном лечении, для исключения активности воспалительного процесса определялись основные иммунологические показатели в сыворотке крови (иммуноглобулины классов А, М, G, циркулирующие иммунные комплексы, содержание Т и В-лимфоцитов). При поступлении на повторное санаторно-курортное лечение оценивали в динамике проявления суставного синдрома (характер изменений в суставах, наличие артралгий, тугоподвижности). Оценивались характер и частота обострений, а также заболеваемость острыми респираторно-вирусными инфекциями на протяжении года после первичного санаторно-курортного лечения. Для анализа состояния нервно-мышечной системы использовали показатели электромиографии. Физическая работоспособность определялась по тесту РWC 170 с использованием велоэргометрии. У 15 детей с РеА оценивались показатели качества жизни до и после первичного санаторно-курортного лечения и спустя через год.

В санаторно-курортном лечении использовали широко применяемые в практике грязевые аппликации сульфидной иловой грязи (Т 40°C), продолжительность процедур от 10 до 12 минут, проводимых через день, курсом до 10 процедур. Для улучшения состояния нервно-мышечного аппарата после грязевых аппликаций назначали лазеротерапию (аппарат "Лумис" длина волны 0,81 мкм). Воздействие на область суставов осуществляли при частоте 150 Гц, мощности 7,5 Вт в импульсе. Продолжительность процедуры составляла по 1 мин. на каждое поле. С 5-ой процедуры частоту изменяли до 1500 Гц. Воздействие на рефлексогенную область надпочечников или сосудистые пучки (область подколенной ямки) осуществляли при частоте 1500 Гц, мощности 7,5 Вт, длительности процедур 1-2 мин. Санаторно-курортное лечение детей проводилось на фоне климатотерапии, лечебного питания, массажа, лечебной физкультуры, санации хронических очагов инфекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ отдаленных результатов эффективности санаторно-курортного лечения проводили через год на основе клинического обследования, инструментального и лабораторного исследований сравнительно с аналогичными данными на момент первичного поступления в санаторий.

В течение года после санаторно-курортного лечения обострения основного заболевания проявлялись в основном в виде артралгий при перемене погоды у 40 больных с РеА. Выраженные манифестные обострения с опуханием суставов, значительными артралгиями, субфебрильной температурой не регистрировали. При характеристике клинических симптомов спустя год установлено уменьшение в 2 раза жалоб на боли в суставах, нарушение общего самочувствия, быструю утомляемость, раздражительность, вялость и слабость. Жалобы на другие симптомы (головная боль, боли в области сердца, беспокойный сон) в анамнезе имели тенденцию к снижению.

Отсутствовали признаки формирования тугоподвижности в суставах, пролиферативные изменения в суставах сохранялись лишь у половины больных (5 чел.).

После санаторно-курортного лечения в течение года заболеваемость острыми респираторно-вирусными инфекциями выявлена у 31 ребенка с РеА, причем повторно перенесенная инфекция проявлялась в единичных случаях (5 чел.). Следует отметить, что у детей, получавших санаторно-курортное лечение ежегодно на протяжении трех лет, число перенесенных ОРЗ снижалось более чем в 3 раза, а дважды за год отмечалось лишь у 1 ребенка.

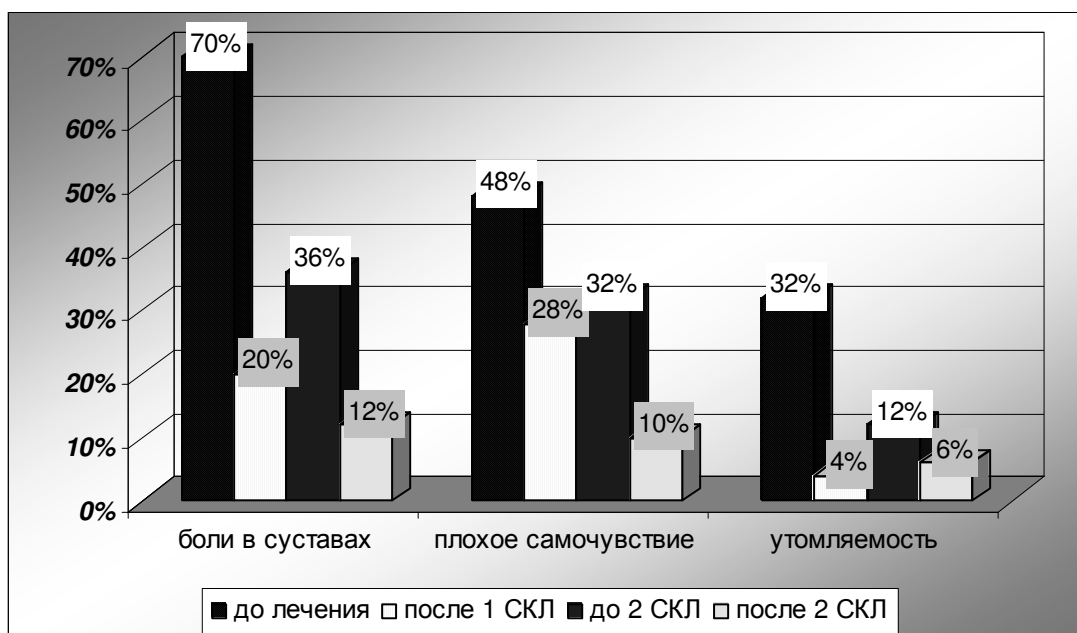


Рисунок 1. Характеристика жалоб в процессе катamnестических наблюдений при оценке эффективности санаторно-курортного лечения у детей с РеА

До санаторно-курортного лечения более 3-х раз в году простудными заболеваниями болело 70 % детей. Если до санаторно-курортного лечения количество пропущенных дней в школе составляло $25,2 \pm 5,2$, то в последующем на протяжении учебного года пропуск занятий составил $10,3 \pm 3,4$ дней ($p < 0,05$).

Санаторно-курортное лечение способствовало формированию устойчивой лабораторной ремиссии у больных РеА. При этом спустя год после санаторно-курортного лечения отмечалось снижение α_2 -глобулинов (с $8,9 \pm 0,3\%$ до $7,6 \pm 0,2\%$, $p \leq 0,01$) и γ -глобулинов (с $18,6 \pm 0,6$ до $16,5 \pm 0,7\%$, $p \leq 0,01$). Выявлено снижение уровня иммуноглобулина G в пределах физиологических значений. Уровень иммуноглобулинов A и M в сыворотке не изменялся в динамике и соответствовал показателям возрастной нормы. Наблюдалось повышение уровня T- лимфоцитов ($44,3 \pm 2,6$ и $52,7 \pm 2,6\%$, $p \leq 0,05$). Регистрировали снижение повышенного содержания циркулирующих иммунных комплексов ($118,8 \pm 8,2$ и $90,3 \pm 7,4$ ед., $p \leq 0,05$), наиболее выраженное после повторного санаторно-курортного лечения ($77 \pm 6,4$ ед., $p \leq 0,05$).

Установлено существенное увеличение биоэлектрической активности мышц голени через год после санаторно-курортного лечения (табл. 1). Уменьшение болевого синдрома и повышение функциональной активности мышц нижних конечностей способствовало увеличению физической работоспособности в 2 раза.

Таблица 1.

Показатели функциональной активности мышц у детей с реактивными артритами поступивших на повторный курс санаторно-курортного лечения

Показатели		до 1 СКЛ (n=25)	После 1 СКЛ (n=20)	до 2 СКЛ (n=18)	После 2 СКЛ (n=15)
ПБМ МкВ (M±m)	D	569±35,3	691,3±63,8	662,5±37,5 $p \leq 0,05$	847,1±51,9
	S	651±83,2	760 ±45,1	680±42,6	855,7±58,8
МИМ МкВ (M±m)	D	527,7±41,6	655 ±54,6	622,5±58,9 $p \leq 0,05$	828,6±43,1*
	S	548±36,7	678,8±41,5	602,5±57,6	788,5±41,3

Примечание: p- достоверность одноименных показателей до 1 и до 2 СКЛ
ПБМ – передние большеберцовые мышцы,
МИМ медиальные икроножные мышцы. D справа, S - слева.

Сохранение продолжительного благоприятного эффекта санаторно-курортного лечения подтверждено показателями качества жизни. Так, спустя год у больных с реактивными артритами определено увеличение показателей, отражающих способности к физической нагрузке, улучшение общего состояния здоровья, выраженное снижение болевого синдрома ($90 \pm 2,5$ и $95,8 \pm 2,0\%$, $p \leq 0,05$).

ВЫВОДЫ

Таким образом, катамнестические наблюдения позволяют:

- подтвердить отсутствие обострений основного заболевания после курса санаторно-курортного лечения у детей с реактивными артритами;
- подтвердить саногенетический эффект санаторно-курортного лечения, проявляющийся в снижении заболеваемости острыми респираторными заболеваниями на протяжении года;
- определить длительность эффективности санаторно-курортного лечения на протяжении года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коваленко В.М. Ревматологія в Україні: Підсумки і перспективи // Український ревматологічний журнал.- 2005.- №3 (21).- С. 3-11
2. Костюрина Г.Н, Лебец И.С., Коломиец А.М., Богмат Л.Ф., Сороколат Ю.В.// Хронические артриты у детей и подростков.- Харьков, "Основа", 2002.- С.101-115.
3. Рейтмаер М.О. Клиническое течение ревматоидного и инфекционно-аллергического (реактивного) артритов у детей с HBV инфекцией и особенности дифференцированного лечение: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- К., 2006.
4. Алексеева Е.И., Жолобова Е.С. Реактивные артриты у детей: клиника, диагноз, лечение // Тезисы Всерос. Конгр. "Детская кардиология 2002" .- М, 2002.- С. 229.
5. Савво В.М., Сороколат Ю.В., Филонова Т.А., Ананьева Н.В., Киселева Л.П. Катамнез детей, перенесших артрит хламидийной этиологии // Таврический медико-биологический вестник.- 2004.- 7, №3.- С.23.
6. Артамонова В.А., Ахмади Агдам София, Полянская И.С. Клинические иммуногенетические особенности реактивных артритов у детей. // Новые технологии в педиатрии: Материалы конгр. педиатров России.- 2000.
7. Малиевский В.А. Ювенильные артриты: эпидемиология, медико-социальные и экономические последствия, качество жизни. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.- М., 2006.
8. Гармаш О.И. и др. Клинико-лабораторные особенности течения реактивных артритов у детей при поступлении на санаторно-курортное лечение // Вестник Физиотерапии и курортологии.- 2005.- №1.- С.109.
9. Дриневский Н.П. Принципы и особенности восстановительного лечения детей, больных ревматоидным артритом // Патологія сполучної тканини – основа формування хронічних захворювань у дітей і підлітків. Мат. н-практ. конференції.- Харків, 2004.- С.47-49.
10. Иванова М.В., Фишер А.Э., Костанда Э.Д. и др. Клиническая, трудовая и социальная реабилитация больных ревматоидным артритом. // Детская курортология – Труды КМИ.- 1987.- 115.- С.40-46.
11. Шляпак Е.А., Габидова. Н.Т. Комплексное курортное лечение при ревматологических заболевания у детей // Материалы международного конгресса «Здравница-2001» «Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии» (Москва, 30 октября- 2ноября).- М., 2001.- С.215-216.
12. Пономаренко Г.Н. Принципы доказательной медицины в физиотерапии // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия.- 2005.- С. 46-52.

GARMASH O.I.

THE ANALYSIS OF REMOTE RESULTS OF RESORT MEDICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH REACTIVE ARTHRITICS

On the basis of study of remote results of resort medical treatment with the use of clinics,-laboratory and functional at 50 children with reactive arthritics a favorable effect in the flow of disease is set, that showed up absence of intensifications, improvement of clinical picture of disease, reduction of displays of joint syndrome, rise of functional activity of muscle vehicle, by the improvement of indexes of quality of life.

Український НДІ дитячої курортології і фізіотерапії, м. Евпаторія

Дата поступлення: 25.12. 2006 р.