

Т.В. Марушко, д.м.н., професор, кафедра педіатрії № 2 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Ювенільний ревматоїдний артрит у практиці лікаря-педіатра

Продовження. Початок на стор. 26.

- визначення мінеральної щільності кісткової тканини на сучасному етапі проводять за допомогою ультразвукової денситометрії. Діагноз остеопенічного синдрому підтверджується при значеннях показників структурно-функціонального стану кісткової тканини менше ніж -1 SD (стандартне відхилення від вікових нормативів, діагноз «остеопороз» передбачає значення показників менших ніж 2,5 SD, а також за наявності характерних клінічних і рентгенологічних симптомів;

- ультразвукове дослідження суглобів дає змогу визначити навіть незначне накопичення рідини в суглобах, коли його не видно під час рентгенологічного обстеження, діагностувати синовіт, бурсит, оцінити морфологію навколосуглобових тканин, виявити кісти;

- артроскопію суглобів проводять як з діагностичною метою, так і з лікувальною — синовектомія та ін.

Особливості перебігу різних варіантів ЮРА

Переважаючою суглобовою формою ЮРА спостерігається у 65-80% хворих. Серед хворих переважають дівчатка. Проявляється у вигляді моноартриту, олігоартриту й поліартриту. У деяких випадках початок хвороби повільний — із симетричного поліартриту дрібних суглобів кистей і стоп. Потім залучаються більші суглоби — променево-зап'ястковий, надп'ястково-гомільковий, колінний, плечовий, кульшовий. Однак у дітей РА може починатися з переважного ураження середніх або великих суглобів.

Моноартрит як перша ознака захворювання спостерігається при суглобовій формі у 40-50% дітей. У переважній більшості розвивається ураження колінного суглоба, у третини — надп'ястково-гомількового, значно рідше процес починається з інших суглобів. Перші скарги часто поєднуються з травмою. Дуже рідко першим до патологічного процесу залучається кульшовий суглоб. Далі до моноартриту додається ураження інших суглобів.

До олігоартикулярної форми ЮРА прийнятні відносити випадки захворювання з ураженням 2-4 суглобів. Місцеві прояви ураження суглобів характеризуються змінами форми у вигляді периартикулярного набряку, наявності випоту в порожнину суглоба, підвищеною місцевою термоактивністю, обмеженням рухливості функції, болем, який посилюється наприкінці ночі або вранці, вранішньою скутістю різної тривалості. У процесі прогресування захворювання, коли дитина обмежує рухливість ураженого суглоба, відбуваються трофічні зміни тканин над ураженим суглобом, гіпотрофія м'язів відповідної кінцівки.

При поліартикулярній формі перебігу ЮРА до патологічного процесу залучаються більш ніж чотири суглоби. У периартикулярних тканинах уражених суглобів можна виявити ревматоїдні вузлики. З розвитком захворювання залучається м'язова система у вигляді міозиту, дистрофічних і атрофічних змін. При суглобовій формі ЮРА органічне ураження внутрішніх органів (серця, печінки, селезінки, нирок), виражена лімфаденопатія практично не спостерігаються. Зміни з боку серцево-судинної системи й інших органів мають переважно функціональний характер.

Особливу увагу надають ураженню очей при переважно суглобовій формі ЮРА у дітей. Ураження очей при ЮРА може призвести до грубих анатомо-функціональних змін з високим ступенем інвалідизації. За даними світової літератури, частота виникнення увеїту

у дітей при ЮРА коливається від 9,3 до 30%. При системних формах ЮРА увеїт зустрічається досить рідко (менше ніж у 2% випадків). При суглобових формах, якщо до процесу залучається 5 і більше суглобів, кількість уражень органів зору досягає 8-9%. Якщо захворювання починається з моно- чи олігоартриту, цей показник збільшується. До захворювання увеїтом більш схильні дівчатка. Вони становлять 73-85% серед дітей з ЮРА й увеїтом, причому переважають дівчатка дошкільного віку. Виділяють навіть «увеїт маленьких дівчаток» для визначення однієї з найбільш важких форм РА з первинним ураженням очей.

Увеїт при ЮРА клінічно перебігає, як правило, у вигляді хронічного іридоцикліту або хронічного переднього увеїту. Одна з класичних ознак ревматоїдного увеїту — стрічковидна дистрофія рогівки, тобто гіалінове переродження боуменової оболонки й поверхневих шарів строми з появою новоутвореної сполучної тканини і відкладанням кальцієвих нашарувань.

У переважній більшості пацієнтів (85-90%) при ЮРА спочатку виникає ураження суглобів, а ураження очей приєднується в перші 5 років від початку суглобового синдрому. Проте треба підкреслити, що увеїт може виникати як первинна ознака ЮРА до ураження суглобів, що дуже ускладнює діагностику і, що найважливіше, перешкоджає правильному початку лікування цієї патології.

Для ревматоїдного процесу, як для суглобового, так і для очного, характерні сезонні загострення. Найчастіше загострення спостерігаються в осінній або весняний період, але можуть виникнути і після перенесення вірусної інфекції або іншого соматичного захворювання, травми, унаслідок стресу.

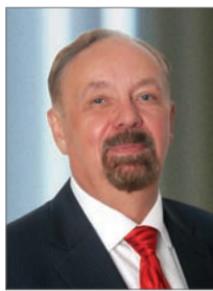
Література

1. Агазов Д.С., Загородний Н.М., Султанов Е.М. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при ревматических заболеваниях // В кн. тезисов международного конгресса «Современные технологии в травматологии, ортопедии: ошибки и осложнения — профилактика, лечение». — Москва, 2004. — С. 142-143.
2. Бортевич О.П., Биласька Ю.В. Клініко-діагностичне значення антитіл до циклічного цитрулінового пептиду у пацієнтів з різною тривалістю ревматоїдного артрити // Укр. ревматол. журн. — 2008. — № 3. — С. 58-64.
3. Детская ревматология: Руководство для врачей / Под ред. А.А. Баранова, Л.К. Баженовой. — М.: Медицина, 2002. — 336 с.
4. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Тогизбаев Г. Современные принципы ведения больных с ранним ревматоидным артритом // Рус. мед. журн. — 2009. — 17, № 3. — С. 85-89.
5. Кардиология и ревматология детского возраста / Под ред. Г.А. Самсыгиной, М.Ю. Щербаковой. — М.: Медпрактика. — М., 2004. — 744 с.
6. Клинические рекомендации для педиатров. Детская ревматология. Ювенильный артрит / Под ред. А.А. Баранова, Е.И. Алексеевой. — Москва: Союз педиатров России, 2011. — 40 с.
7. Макаров С.А. Изменение минеральной плотности костной ткани вокруг импланта при тотальном бесцементном эндопротезировании тазобедренного сустава у больных ревматическими заболеваниями // Автореф. канд. мед. наук. — Москва, 2004. — 120 с.
8. Сигидин Я.А., Лукина Г.В. Биологическая терапия в ревматологии. — Москва, 2007. — 168 с.
9. Современная стратегия и тактика фармакотерапии ювенильных артритов / Н.Н. Кузьмина, И.П. Никишина, С.О. Салугина // Рус. мед. журн. — 2003. — Т. 11. — № 7. — С. 11-15.
10. Стан здоров'я дітей 0-17 років в Україні та надання їм медичної допомоги за 2010 рік // Київ, 2011. — 218 с.
11. Чепой В.М. Диагностика и лечение болезней суставов. — М.: Медицина, 1990. — 176 с.
12. American College of Rheumatology Recommendations for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Initiation and Safety Monitoring of Therapeutic Agents for the Treatment of Arthritis and Systemic Features // Arthritis Care & Research, 2011. — Vol. 63, №. 4. — P. 465-482.
13. Chmell M.J., Scott R.D., Thomas W.H. et al. Total hip arthroplasty with cement for juvenile rheumatoid arthritis // The Journal of Bone and Joint Surgery. 1997. — Vol. 79-A. — № 8. — P. 44-52.
14. French A.R., Mason T., Nelson A.M., O'Fallon W.M., Gabriel S.E. Increased mortality in adults with a history of juvenile rheumatoid arthritis: a population-based study // Arthritis Rheum. — 2001. — Vol. 44. — P. 523-527.
15. Minden K., Niewerth M., Listing J., Biedermann T., Schoentube M., Zink A., Burden and cost of illness in patients with juvenile idiopathic arthritis: a prospective outcome study // Clinical and Experimental Rheumatology. — 2004. — Vol. 63. — P. 836-842.
16. Susic G.Z., Stojanovic R.M. et al. Analysis of disease activity, functional disability and articular damage in patients with juvenile idiopathic arthritis: a prospective outcome study // Clinical and Experimental Rheumatology. — 2011. — Vol. 29. — № 2. — P. 337-344.

Острые респираторные заболевания сезона 2011/12 г. — прогнозы и тенденции

Мы стоим на пороге осенне-зимнего сезона, когда лето еще не отступило, однако солнечные дни становятся все короче, а температура на наших термометрах опускается все ниже и ниже. И чтобы не оказаться в роли печально известной стрекозы из известной басни И.А. Крылова, к зиме необходимо готовиться заранее.

Ежегодно при сочетании различных климатических факторов в определенное время возникают вспышки острых респираторных заболеваний (ОРЗ). Учитывая это, медицинская служба на всех уровнях должна быть готова к увеличению частоты заболеваемости указанной патологией.



Проблема часто болеющих детей — одна из наиболее актуальных в амбулаторной педиатрической практике. Именно эти дети после контакта с инфекционными возбудителями ОРЗ практически сразу заболевают и являются источниками дальнейшего распространения болезни. Учитывая все это, мы решили заблаговременно проинформировать педиатров об основных современных тенденциях в лечении ОРЗ, профилактике и иммунореабилитации часто болеющих детей и обратились за помощью к главному внештатному детскому пульмонологу МОЗ Украины, заведующему отделением проблем аллергии и иммунореабилитации ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» доктору медицинских наук, профессору Владимиру Федоровичу Лапшину.

Уточниками дальнейшего распространения болезни. Учитывая все это, мы решили заблаговременно проинформировать педиатров об основных современных тенденциях в лечении ОРЗ, профилактике и иммунореабилитации часто болеющих детей и обратились за помощью к главному внештатному детскому пульмонологу МОЗ Украины, заведующему отделением проблем аллергии и иммунореабилитации ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» доктору медицинских наук, профессору Владимиру Федоровичу Лапшину.

В прессе, и в медицинских кругах много говорят о проблеме ОРЗ. О чем должен помнить врач-педиатр, употребляя этот термин?

Прежде всего необходимо определиться, что же на самом деле представляет собой этот внедрившийся в нашу повседневную практику термин, так как многие употребляют его неправильно или не совсем точно. ОРЗ — это этиологически разнородная группа инфекционных болезней дыхательных путей, имеющих сходные механизмы развития, эпидемиологические и клинические характеристики. Эта группа включает инфекции, вызываемые как вирусами, в основном респираторными, так и пневмотропными бактериями, в том числе нередко вегетирующими в дыхательных путях. К ОРЗ не принято относить редкие специфические инфекции, вызывающие острые поражения органов дыхания (чума, сибирская язва, актиномикоз), хотя хламидийные инфекции, орнитоз, легионеллез и микоплазмоз относятся к этой группе. Не входят в группу ОРЗ аллергические заболевания дыхательных путей, а также микобактериальные и грибковые инфекции.

Среди основных возбудителей, на которые приходится 99% всех заболеваний, — вирусы гриппа, парагриппа, аденовирус, респираторно-синцитиальный вирус, риновирусы, рео- и коронавирусы. У детей первых двух лет жизни основным этиологическим фактором является респираторно-синцитиальный вирус (25%), далее следуют вирус гриппа (15%), риновирус и вирус парагриппа (по 20%).

В связи с отсутствием характерных клинических проявлений вызвавшей ОРЗ вирусной инфекции принято использовать термин «острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)». Часто по клиническим данным с большой долей вероятности можно предположить об этиологической роли того или иного вируса. В этих случаях (как и при выявлении вируса) диагноз ОРВИ уместно расширять или дополнить указанием на грипп, аденовирусную, респираторно-синцитиальную или иную инфекцию.

Поскольку диагноз ОРВИ (как и конкретной вирусной инфекции) обозначает лишь

этиологию болезни, его следует дополнять указанием на клинический синдром, обусловленный инфекцией. Выделяют острые заболевания верхних дыхательных путей — воспаление слизистых оболочек, расположенных выше голосовых связок (ринит, синусит, фарингит, тонзиллит, отит), и острые заболевания нижних дыхательных путей — поражение дыхательного тракта ниже голосовых связок (ларингит, трахеит, бронхит, пневмония).

Какова эпидемиология ОРЗ в детской популяции в Украине?

ОРЗ составляют около 90% всех инфекционных заболеваний и считаются наиболее распространенными. На сегодняшний день существует более 500 различных возбудителей ОРЗ.

Несмотря на то что подавляющее большинство случаев заболевания ОРЗ имеют легкое и неосложненное течение, они являются серьезной проблемой здравоохранения, так как причиняют значительный экономический ущерб.

По данным МЗ Украины, уровень заболеваемости гриппом и другими ОРЗ по состоянию на 33-ю неделю 2011 г. по 10 контрольным городам Украины невысокий и не превышает эпидемический порог. Однако не стоит особенно надеяться на то, что так будет продолжаться и в дальнейшем. Как свидетельствует статистика, как правило, заболеваемость резко возрастает в более поздний период. В этом году прогнозируется, что основной пик заболеваемости гриппом будет приходиться на ноябрь, но о вероятности эпидемии пока говорить рано, поскольку информации недостаточно. Согласно данным, полученным за первое полугодие текущего года, дети в возрасте от 0 до 17 лет составили более половины заболевших гриппом и ОРВИ, при этом возраст около 40% детей — 1-4 года.

Ежегодно взрослые болеют в среднем 2 раза в год, школьники — 3 раза, дошкольники — 6 раз, в то же время на грипп даже в эпидемию приходится не более 40% всех случаев заболевания.

Почему инфекционный процесс достаточно быстро распространяется среди населения только в определенные периоды? Существует ли научное объяснение тому факту, что ежегодно возникают новые вспышки заболеваний, но уже с новыми инфекционными агентами?

Процесс быстрого распространения ОРЗ в определенные периоды связан с большим числом факторов. Основной путь передачи ОРЗ — воздушно-капельный. Кроме того, у детей может отмечаться и контактный путь передачи — через немытые руки или игрушки. Поэтому, когда повышается вероятность общения людей, отмечается и рост частоты случаев инфекционной патологии. В осенний период большинство людей возвращаются к своим повседневным делам, дети начинают посещать организованные коллективы, детские сады и школы. Носитель вируса ОРЗ становится заразным и опасным для окружающих, если расстояние между ним и другим чувствительным организмом составляет менее трех метров. Вследствие большой

скученности населения, особенно в больших городах, происходит 100% инфицирование друг друга. Поэтому данный фактор является основной причиной возникновения эпидемий.

Вторым фактором можно считать ослабление защитных сил организма. Особенно часто это происходит в период, когда резко снижается температура воздуха, в том числе и в помещениях. Это характерно для крупных городов, где, кроме естественного снижения иммунитета в результате простудных заболеваний, отмечается и большое негативное влияние многих экологических факторов.

Очень важным фактором в ослаблении иммунитета у детей является несбалансированное питание.

У многих людей после болезни формируется иммунитет к перенесенной инфекции, однако мы можем наблюдать, что далеко не всегда человек, переболевший одним вирусом, способен защититься от других. Большинство вирусов респираторной группы способны к персистенции, то есть к длительному в организме инфицированному. Активных средств воздействия на персистенцию и методов борьбы с ней пока нет, а сама персистенция вирусов осложняет проведение мероприятий по борьбе с этой инфекцией. Таким образом, ежегодно появляются новые штаммы вирусов, вызывающие новые эпидемии.

? Ранее была общепринятой практика закаливания и физического воспитания детей для профилактики простудных и вирусных заболеваний. Актуально ли это в настоящее время и насколько изменились основные принципы и подходы к профилактическим мероприятиям в современных условиях?

— В настоящее время появилась возможность положительно повлиять на иммунитет ребенка благодаря целому комплексу мероприятий. Как следствие, возник термин, обозначающий такой комплексный подход, — комплексная иммунореабилитация. Иммунореабилитация представляет собой мероприятия по восстановлению и поддержанию физиологических, функциональных способностей иммунной системы под воздействием различных лечебных факторов, что проявляется в нормализации иммунологических показателей и исчезновении или минимизации рецидивов респираторных заболеваний.

Иммунореабилитация подразделяется на медикаментозную и немедикаментозную. Последняя включает воздействие преформированными и естественными физическими факторами, психологическую реабилитацию и др. К влиянию естественными физическими факторами относится и закаливание, которое и сегодня остается мощным оружием в поддержании защитных сил организма ребенка. Однако необходимо помнить о том, что закаливание должно начинаться постепенно и только у практически здоровых детей. При наличии у ребенка каких-либо патологических состояний, у часто болеющих детей к закаливанию необходимо подходить с большой осторожностью.

В настоящее время эффективным методом предупреждения гриппа является вакцинация, однако относительно других возбудителей ОРВИ специфическая профилактика не имеет больших перспектив, так как невозможно использовать сотни вакцин против сотен вирусов. Более перспективным следует считать использование медикаментозной терапии, в том числе фитопрепаратов.

? В настоящее время существует большое разнообразие лекарственных средств для лечения простудных заболеваний. Какое место занимает в этом ряду фитотерапия? Существуют ли комплексные фитопрепараты, способные воздействовать сразу на несколько звеньев патологического процесса?

— При появлении первых признаков ОРЗ, таких как повышенная температура тела и интоксикационный синдром, необходимо руководствоваться следующими принципами:

постельный режим, адекватное питание, регидратационная терапия, при температуре тела $>38^{\circ}\text{C}$ — жаропонижающие, такие как парацетамол или ибупрофен. Антибиотики не относятся к числу препаратов первой линии при ОРЗ, их назначение целесообразно только при развитии бактериальных осложнений. Для поддержания защитных механизмов на должном уровне рекомендуется назначение патогенетических средств, действующих на различные уровни патологического процесса. К этой группе можно отнести и фитопрепараты.

Среди большого арсенала лекарственных средств фитопрепаратам принадлежит ведущая роль в проведении лечебно-профилактических мероприятий у детей с рецидивирующими бронхолегочными заболеваниями. Особое значение имеют фитопрепараты на этапах восстановительного лечения, так как их можно использовать на протяжении длительного периода как с целью профилактики, так и в комплексе лечебных мероприятий при обострении заболевания.

Согласно современным представлениям терапевтическая эффективность фитопрепаратов зависит от фармакологического качества, которое определяется следующими параметрами: высоким качеством растительного сырья, стандартизацией производства, оптимальной формой выпуска.

Всем этим требованиям соответствуют растительные препараты компании «Бионорика», среди которых для лечения и профилактики патологии верхних и нижних дыхательных путей широко используется препарат Синупрет.

Этот препарат доказал высокую эффективность на протяжении нескольких десятилетий его использования в клинической практике во всем мире. Хорошие результаты применения Синупрета у детей были получены в наших работах, проведенных на базе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» в течение последних 10 лет.

В основе патогенеза ОРЗ лежит воспалительная слизистая оболочка в ответ на внедрение инфекционного агента, приводящее к снижению санирующей и эвакуационной функций реснитчатого эпителия. При этом происходят сосудистые изменения, обусловленные вазодилатацией, увеличением проницаемости сосудов и экссудацией, что приводит к отеку ткани, высвобождению медиаторов воспаления и изменению состава секрета. Почти у 90% больных с респираторными вирусными инфекциями в околоносовых пазухах выявляют такие изменения, как отек, катаральное воспаление слизистой оболочки и застой секрета. Известно, что Синупрет обладает секретолитическим, противовоспалительным, противоотечным, иммуномодулирующим, противовирусным и мукокинетическим эффектами. Сочетание свойств препарата обуславливает нормализацию вязкости слизи и мукоцилиарного клиренса, облегчение носового дыхания, раскрытие соустьев и восстановление дренажа синусов.

Следует помнить о том, что не все фитопрепараты можно назначать детям, особенно это касается детей младшей возрастной группы, и детей, имеющих в анамнезе предрасположенность к аллергическим заболеваниям. Дозирование таких препаратов, особенно у детей, связано с большими трудностями, поскольку определить эквивалентную дозу действующего вещества в конкретном флаконе очень сложно по многим причинам. В первую очередь, это обусловлено неоднородностью содержания биологически активных веществ в самих растениях, а также методами экстракции и дальнейшего контроля в полученных препаратах.

Однако исходя из опыта применения Синупрета могу сказать, что побочные эффекты препарата практически не встречаются благодаря высокому уровню стандартизации и очистки. В то же время клиническая эффективность препарата Синупрет остается на высоком уровне.

Подготовил **Владимир Савченко**



 **Bionorica**[®]



Синупрет[®]

В лікуванні нежитю та синуситу

-  Знімає запалення слизової оболонки носа
-  Розріджує густий слиз та сприяє його виведенню
-  Прискорює одужання та захищає від ускладнень

Синупрет[®] Драже, Синупрет[®] Краплі, Синупрет[®] Форте, Синупрет[®] Сироп містять екстракти: трави щавлю (*Herba Rumicis*), трави вербени (*Herba Verbenae*), коренів горечавки (*Radix Gentianae*), квіток бузини (*Flores Sambuci*), квіток з чашечкою (*Flores Primulae cum Calycibus*). Рослинні компоненти, що входять до складу препарату, чинять комплексний вплив, що виявляється у секретолітичній дії, протизапальному та протинабряковому ефектах. Препарат регулює секрецію та зменшує набряк тканин. Відновлює дренаж та вентиляцію навколоносових пазух, усуває закладеність носа, нормалізує захисну функцію епітелію дихальних шляхів. Показання. Гострі та хронічні запальні захворювання придаткових пазух носа. Синупрет сироп: реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/4373/03/01 від 01.09.10 року. Синупрет Форте: реєстраційне посвідчення МОЗ України UA/4373/04/01 від 01.09.10 року. Синупрет краплі для перорального застосування: реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/4373/02/01 від 13.04.06 року. Синупрет драже: реєстраційне посвідчення МОЗ України UA/4373/01/01 від 13.04.06 року. Перед застосуванням уважно ознайомтесь з інструкцією. Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Виробник: Біонорика (Німеччина).

ТОВ "БІОНОРИКА" м. Київ, вул. Мініна, 9
тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01
e-mail: office@bionorica.com.ua