

ВЛИЯНИЕ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ПО ДАННЫМ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА (УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА № 1) ОНМЕДУ

Кравчук Ольга Евгениевна
кандидат медицинских наук

Гриценко Мария Владимировна
магистрант

Одесский национальный медицинский университет, Одесса (Украина)

Аннотация. Показана важность использования преформированных факторов в лечении суставного синдрома у больных системной красной волчанке. Отмечены результаты лечения через 6 месяцев.

Ключевые слова: системная красная волчанка, суставной синдром, преформированные факторы.

INFLUENCE FACTORS PREFORMED ON THE EXPRESSION OF ARTICULAR SYNDROME IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS ACCORDING RHEUMATOLOGICAL DEPARTMENT OF DIVERSIFIED MEDICAL CENTER (UNIVERSITY CLINIC № 1) ODESSA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Kravchuk Olga Evgenievna
candidate of medical science

Gritsenko Maria Vladimirovna
undergraduate

Odessa National Medical University, Odessa (Ukraine)

Abstract. Was shown the importance of the use of preformed factors in the treatment of articular syndrome in patients with systemic lupus erythematosus and was shown the results of treatment after 6 months.

Key words: systemic lupus erythematosus, articular syndrome, preformed factors.

Системные заболевания соединительной ткани – одна из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной ревматологии и медицины в целом. Это обусловлено тяжестью течения, полисиндромностью поражения внутренних органов, частотой развития серьёзных осложнений, что приводит к увеличению показателей временной и стойкой утраты трудоспособности и высокой летальности [1-3].

Системная красная волчанка (СКВ) является классическим представителем системных заболеваний соединительной ткани, её распространенность отличается в разных климатогеографических зонах и составляет от 4 до 250 случаев на 100 тыс. населения [4-6]. В последнее время отмечается тенденция к увеличению заболеваемости, что характеризуется расширением возрастного дебюта заболевания (СКВ стали фиксировать с 14-15 летнего возраста, а также после 40) по данным Одесского городского ревматологического центра за последние 23 года.

Системная красная волчанка – хроническое аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, в основе патогенеза которого лежит гиперпродукция широкого спектра органоспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, что вызывает иммуновоспалительное повреждение внутренних органов с нарушением их функции [1-2]. Характерная особенность СКВ – многообразие клинических проявлений и вариантов течения болезни. Атипичные варианты дебюта и течения, полисиндромность, широкий спектр сопутствующей патологии – всё это затрудняет проведение дифференциальной диагностики и лечение данных пациентов.

По данным Американской коллегии ревматологов одним из 11 достоверных критериев постановки диагноза является артрит. Это проявление СКВ наиболее часто встречается в разные периоды заболевания, включая дебют.

Поражение опорно-двигательного аппарата встречается у 80-90 % больных СКВ. Часто артрит является первым и единственным симптомом заболевания на протяжении достаточно длительного времени [7].

Артриты при СКВ, имеют в большинстве случаев остро-подострый характер, склонны к периодическим обострениям с дальнейшими ремиссиями и могут полностью исчезать, не давая клинически выраженных остаточных явлений. Однако в ряде случаев отмечаются артриты, которые носят подостро-хронический характер и по тяжести течения очень похожи на ревматоидный артрит. При этом может наблюдаться стойкая деформация и деформация суставов, подвывихи, ульнарная девиация [8-9].

Учитывая частоту и выраженность суставного синдрома при подостром течении СКВ и, в связи с этим, необходимость в дополнительном назначении повышенных доз нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикостероидов, которые неблагоприятно влияют на желудочно-кишечный тракт и не всегда дают стойкий эффект, возникла необходимость исследовать эффективность преформированных факторов с лекарственными препаратами натурального происхождения на стойкость и выраженность суставного синдрома.

В качестве препарата натурального происхождения нами выбран пелоидодестиллят, который достаточно давно используется в комплексном лечении суставного синдрома при других нозоформах, и представляет собой вытяжку из Куяльницкой грязи.

В основном препарат используется в виде примочек, нами же выбран метод доставки препарата с помощью электрофореза, поскольку этот метод способствует глубокому проникновению в ткани, снятию отека и воспаления, а в сочетании с магнитотерапией, улучшающей микроциркуляцию и снятие болевого синдрома, по нашему мнению, дают положительный противовоспалительный и обезболивающий эффект.

Цель исследования: оценка эффективности лечения суставного синдрома при СКВ с преформированными факторами по сравнению с традиционной схемой лечения.

В исследовании приняли участие 36 пациентов с подострым течением СКВ, в нее вошли женщины в возрасте от 28 до 50 лет. Для постановки диагноза СКВ руководствовались классификационными критериями ACR (1997), наличием не менее 4 из 11 критериев. Все пациентки были разделены на две группы – группу наблюдения и контрольную группу.

В качестве базисной терапии в группе наблюдения использовался цитостатик метотрексат (15 мг / в неделю) в сочетании с нестероидным противовоспалительным препаратом (аэртал – 100 мг 2 раза в сутки) и преформированными факторами в виде фонофореза пелоидодестиллята (с помощью синусоидальных модулированных токов на выпрямленном режиме 50 % 50 Гц, интенсивностью тока 0,04-0,06 мА / см, продолжительностью 10-15 мин, ежедневно курсом 14-16 процедур) и магнитотерапии (низкочастотную, индуктивностью 20-30 мТл, продолжительностью 20-25 мин).

Контрольная группа получала лечение в виде базисного препарата метотрексат (15 мг / в неделю) и нестероидного противовоспалительного препарата (аэртал – 100 мг 2 раза в сутки).

Оценка эффективности лечения проводилась по шкале ВАШ, контроль острофазовых показателей воспаления (СОЭ, С-реактивный белок, серомукоид, фибриноген), подвижность суставов оценивалась при помощи угломера.

Результаты исследования:

У 75 % пациентов наблюдалось поражение мелких суставов кистей рук (межфаланговых, пястно-фаланговых), у 25 % поражение крупных суставов (плечевых, локтевых, коленных).

Суставной синдром у большинства пациентов носил стойкий характер со всеми признаками воспаления (отёчность, краснота, нарушение функции) и в последующем переходил в стойкую полиартралгию.

При рентгенографии у лиц до 40 лет (35 % обследованных) обнаруживалось уменьшение рентген-щели сустава, умеренный остеопороз. У лиц старшей возрастной группы наряду с этими изменениями присутствовали признаки деформирующего остеоартроза. Явления деструкции субхондральной кости с узорами, подвывихов и анкилозов не наблюдалось.

Болевой синдром, который оценивался по визуальной аналоговой шкале ВАШ был интенсивным и продолжительным у всех обследованных женщин (Рис. 1).

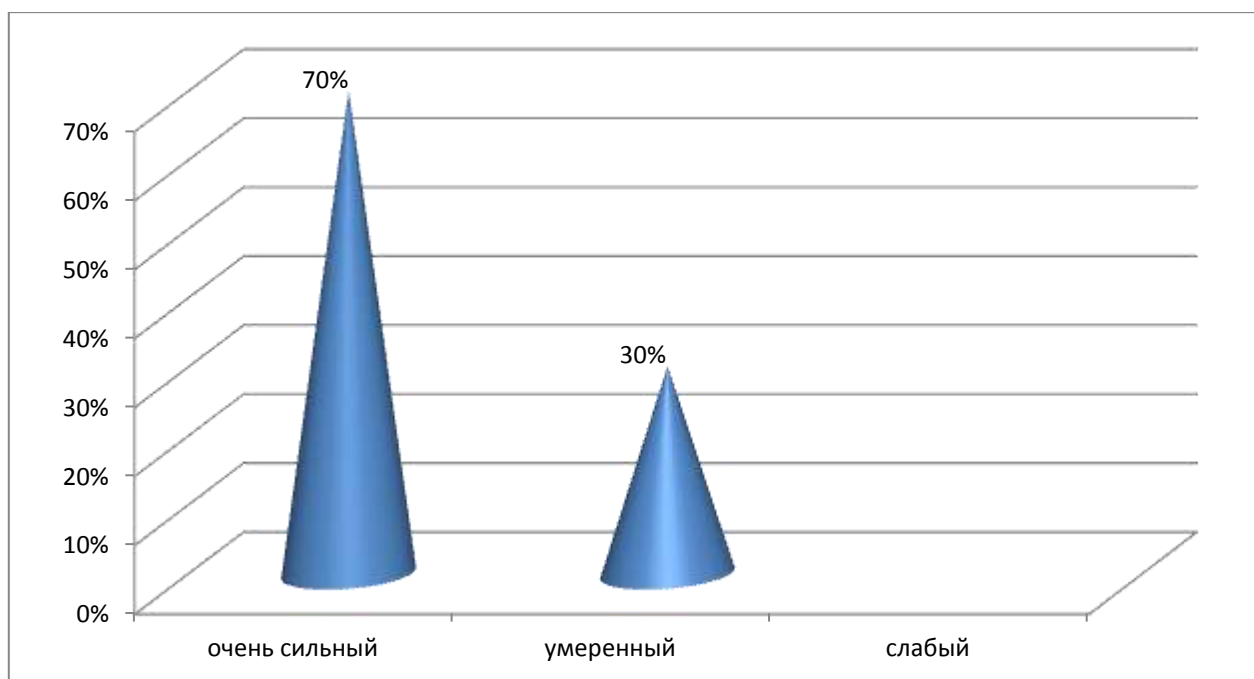


Рис. 1. Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ у женщин с СКВ ($p \leq 0,05$)

У исследуемых больных были обнаружены зависимость уровня острофазовых показателей воспаления от выраженности болевого синдрома, которые подтверждены лабораторно.

Таблица 1

**Острофазовые показатели воспаления у женщин
с СКВ в зависимости от выраженности болевого синдрома**

Показатели	Умеренно выраженный болевого синдром	Очень сильный болевой синдром	P
СРБ(мг/л)	7,45 ± 0,36 ↑↑	9,3 ± 0,42 ↑↑↑	< 0,05
Фибриноген (г/л)	4,3 ± 0,5г/л ↑↑	5,2 ± 0,7г/л ↑↑↑	
Серомукоид (ед.)	0,260 ± 0,003 ↑↑	0,320 ± 0,002 ↑↑↑	< 0,05
СОЭ(мм/ч)	54 мм/ч ↑↑	59 мм/год ↑↑↑	< 0,05

После проведенного лечения у пациентов группы наблюдения отмечалось значительное уменьшение выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ, а также улучшение биохимических показателей крови по сравнению с контрольной группой, у 80 % пациентов увеличилась активная и пассивная подвижность суставов.

Таблица 2

**Сравнительная оценка острофазовых показателей воспаления
у женщин, в разных группах проводимой терапии**

Показатель	1 группа n = 15		2 группа n = 15		P 1,2
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
СРБ (мг/л)	9,5 ± 0,52	5,6 ± 0,23 ↓41 %	9,6 ± 0,47	3,3 ± 0,29 ↓60 %	< 0,05
Фибриноген (г/л)	5,2 ± 0,7	4,8 ± 0,3	5,1 ± 0,6	3,4 ± 0,8	> 0,05
Серомукоид (ед.)	0,320 ± 0,002	0,280 ± 0,004	0,320 ± 0,003	0,200 ± 0,002	< 0,05
СОЭ (мм/час)	53 ± 1,06	32 ± 0,96 ↓40 %	55 ± 2,21	24 ± 0,48 ↓56 %	< 0,05

Стойкий эффект относительно суставного синдрома сохранялся в течение 3х месяцев, что говорит о целесообразности повторных курсов лечения раз в триместр.

Таким образом, суставной синдром при СКВ носит стойкий характер и часто переходит в выраженную артралгию. Он не сопровождается деструкцией субхондральной кости. Комплексная терапия суставного синдрома при СКВ с преформированными факторами, такими как фонфорез пелоидодестиллята и магнитотерапия на пораженных суставах, является оправданной, что подтверждается положительной динамикой изменений клинических, биохимических показателей и может быть рекомендована в качестве альтернативной схемы лечения.

Список использованных источников

1. Дядык А.И. Системная красная волчанка: некоторые вопросы этиологии и патофизиологии / А.И. Дядык, А.Э. Багрий, И.В.Ракитская та ін. // Укр. ревм. журн. 2009. № 2 (36). С. 61-66.
2. Журавлева Л.В. Особенности дифференциальной диагностики системной красной волчанки / Л.В. Журавлева, И.В. Летик, Н.К. Александрова // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. 2015. № 1. С. 25-35.
3. Клинические рекомендации по ревматологии / под ред. акад. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. С. 429-481.
4. Коваленко В.М. Системний червоний вовчак: патогенетичні особливості клінічної симптоматики, сучасна діагностична і терапевтична тактики ведення хворих // Укр. ревматол. журн. 2010. Т. 39. №. 1. С. 13-23.
5. Cervera R. Systemic lupus erythematosus pathogenesis, clinical manifestations and diagnosis. In Bijlsma JWJ(ed) EULAR / R. Cervera, G. Espinosa, D. D'Cruz // Compendium on rheumatic diseases. BMJ Publishing Group. 2009. P. 257-269.
6. D'Cruz D.P. Systemic lupus erythematosus / D.P. D'Cruz, M.A. Khamashta, G.R. Hughes // Lancet. 2007. V. 369. P. 587-596.

7. Bertsias G. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics / G. Bertsias, J.P.A. Ioannidis, J. Boletis et al. // Ann. Rheum. Dis. 2008. V. 67. P. 195-205.
8. Абрагамович У.О. Особливості ремоделювання кісткової тканини у хворих на системний червоний вовчак залежно від ступеня зниження мінеральної щільності кісткової тканини // Львівський клінічний вісник. 2014. № 4 (8). С. 39-42.
9. Антипова О.В. Артропатия Жакку при системной красной волчанке / О.В. Антипова, Т.И. Злобина, М.В. Складнова // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2007. Т. 74. №. 7. С. 25-28.