плаценти / Н.М. Пясецька, Т.І. Шевцова // Перинатологія та педіатрія. - 2003. - № 4. - С. 68-72.
Шабалов Н.П. Неонатология / Н.П. Шабалов - М.: Медпрес-инфо, 2006. - 607 с.
Шунько Є.Є. Перехідні (транзиторні, рубіжні) стани у новонароджених, необхідність медичних втручань / Є.Є. Шунько, О.О. Костюк // Педіатрія: національний підручник за редакцією В.В. Бережного. - Київ, 2013. - С. 21-39.
Шунько Є.Є. Фактори перинатального ризику і актуальні питання сучасної неонатології // Медичний всесвіт. - 2002. - Т.2, № 1-2. - С. 106-110.

Лысунец О.В.

АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ДОКТОРА

Резюме. *В статье приведены клинико-анамнестические особенности течения адреногенитального синдрома у недоношенного новорожденного в сроке гестации 32-33 недели. Определены значимые клинические детерминанты, на основании которых можно провести дифференциально-диагностический поиск относительно хода постнатальной адаптации. Предложен алгоритм диагностики адреногенитального синдрома у недоношеных детей с СГ 32 нед. на этапе первичной медико-санитарной помощи.*

Ключевые слова: *адреногенитальный синдром, недоношенные новорожденные, семейный доктор, клиническое мышление.*

Lysunets O.V.

HYPERPLASIA OF THE SUPRARENAL GLANDS IN FAMILY PHYSICIAN'S PRACTICE

Summary. *The article includes clinical and anamnestic patterns of adrenogenital syndrome in premature newborns with a period of gestation of 32-33 weeks. The important clinical determinants that can be used for differentiated and diagnostic search for patterns of post-natal adaptation have been determined. The diagnostic algorithm of adrenogenital syndrome in premature newborns with a period of gestation > 32 weeks during the period of primary health care has been offered.*

Key words: *hyperplasia of the suprarenal glands, clinical thought, a family physician, preterm newborns.*

Стаття надійшла до редакції 23.09.2014 р.

Лисунець Оксана Василівна - кандидат мед. наук, асистент кафедри пропедевтики дитячих захворювань і догляду за хворими дітьми Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова; +38 098 455-29384 lysunets@mail.ru

© Корчинський В.С.

УДК: 616:721 - 002.2

Корчинський В.С.
Вінницький соціально-економічний інститут університету "Україна", м. Вінниця

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА РЕАКТИВНІ АРТРИТИ

Резюме. *У статті висвітлена ефективність комплексного застосування методів фізичної реабілітації хворих на реактивні артрити. Детально розглянуто використання лікувальної фізичної культури, масажу, фізіотерапевтичних методів, проведена клінічна і лабораторна оцінка їх ефективності. Удосконалена методика оцінки ефективності застосування засобів фізичної реабілітації.*

Ключові слова: *реактивний артрит, фізична реабілітація, лікувальна фізична культура, масаж, методи лікування.*

Вступ

Реактивний артрит (РеА) є одним із найбільш частих ревматологічних проявів. РеА - патологія, яка знаходиться на перетині кількох дисциплін: інфектології, мікробіології, ревматології та дерматовенерології, клінічні прояви її множинні та різноманітні, а перебіг - дуже варіабельний. Патогномонічних ознак та загальноприйнятих діагностичних критеріїв цього захворювання не існує [Абрагамович, Жураєв, 2004]. Захворюваність на РеА у світі становить 30-200 випадків на 100 000 населення [Коваленко, Шуба, 2002]. Ці цифри значно варіюють залежно від географічного розташування країни. Здебільшого на РеА хворіють молоді люди 20-40 річного віку і практично, однаковою мірою чоловіки та жінки. Однак, на хворобу Рейтера чоловіки хворіють приблизно в 15 разів частіше [Коваленко, Шуба, 2002]. РеА - група захворювань, яка характеризується однотипним ураженням опорно-рухового апарату. Термін "реактивний артрит" як нозологічна форма, вперше був запропонований у 1969 р. при описі артриту, який виник на фоні кишкової інфекції [Джус та ін., 2002; Гомозова та ін., 2008]. Зараз здебільшого реактивним вважають артрит, який не підпадає під діагностичні критерії ревматоїдного чи подагричного артриту і не супроводжується специфічною для системних ревматичних захворювань позасуглобовою симптоматикою. Дискусії щодо критеріїв класифікації РеА призвели до того, що в 1999 р. постановою Четвертого міжнародного семінару з реактивних артритів прийнято термін "реактивний артрит" який використовували тільки стосовно носіїв антигену HLA-B27 з інфекційним артритом, що відповідають критеріям серонегативної спондилоартропатії [Коваленко, Шуба, 2002]. Актуальність проблеми РеА обумовлена тим, що клінічно подібні з ним ураження суглобів у ряді випадків є початком інших більш важких системних захворювань. У даний час РеА розглядається як мультифакторне захворювання, пов'язане з

хронічною інфекцією, у розвитку якого значну роль відіграють не тільки мікроорганізми, але й їх стан [Бондаренко, 2002]. До реактивних артритів відносять запальні негнійні захворювання суглобів, які розвиваються внаслідок імунних порушень після перенесеної урогенітальної, кишкової чи респіраторної інфекції [Лила, 2002; Бойчак, Спаська, 2010]. З огляду на відсутність єдиного розуміння патогенезу РеА питання базисного лікування залишається дискусійним і зводиться в основному до проведення симптоматичної терапії [Лила 2002; Абрагамович, Жураєв, 2004], що включає нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), внутрішньосуглобові ін'єкції глюкокортикостероїдів та фізіотерапевтичні методи. Не дивлячись на те що існує велика кількість публікацій, які стосуються застосування методів апаратної фізіотерапії в лікуванні і реабілітації хворих на реактивний артрит, досліджень, які підтверджували б ефективність того чи іншого методу при РеА, недостатньо. Практично відсутня доказова база для диференційованого призначення фізичних факторів хворим на РеА. Все це вимагає наукового обгрунтування і доказу ефективності методів апаратної фізіотерапії в лікуванні і реабілітації хворих на РеА. Мета дослідження - вивчити особливості застосування методів апаратної фізіотерапії в комплексному санаторно-курортному лікуванні для реабілітації хворих на РеА і оцінити їх ефекимвність.

Матеріали та методи

Дослідження проводилось на базі клінічного санаторію "Хмільник".

Під спостереженням знаходилось 70 хворих з достовірним діагнозом реактивний артрит згідно критеріїв j.Sieper і співавт. 2002р. Вираженість РеА була різноманітною: у 39 хворих в клінічній картині переважало ураження периферичних суглобів, у 31 - ураження периферичних суглобів і хребта. Для оцінки результатів проведених досліджень використовували ряд клінічних, клініко-лабораторних, біохімічних та імунологічних показників, які характеризують різноманітні аспекти: наявність і ступінь вираженості клінічних проявів, активності хвороби, а також зміни в процесі санаторно-курортного лікування. Клінічний стан хворих оцінювали за тривалістю ранкової скутості -РС (у хвилинах), суглобовому (СІ), сухожильному (СхІ) і хребтовому (Хі) індексах, симптому Томайєра (СТ) і показнику рухливості хребта (ПРХ). Функціональну недостатність (ФН) хворих класифікували наступним чином: ФН0 - функціональна здатність збережена, ФН1 - збережена професійна здатність, ФН2 - втрачена професійна здатність, ФН3 - втрачена здатність до самообслуговування. Динаміку лабораторних показників запалення оцінювали за змінами ШОЕ і числа лейкоцитів в периферичній крові, концентрації в сиворотці крові С - реактивного білка (С-РБ), фібриногену, церулоплазміну та серомукоїда.

Ступінь загальної клінічної активності визначалась згідно сумарному індексу активності (СІА), який визначався шляхом додавання значень: суглобового, сухожильного і хребтового індексів і показника рухливості хребта, швидкості осідання еритроцитів, С реактивного білка і серомукоїда. При значенні СІА 1-10 балів ступінь загальної клінічної активності розцінювали як низький, 11-21 бал - як високий. Методи апаратної фізіотерапії призначали в залежності від переважання клінічних проявів захворювання: локально на периферичні суглоби, ентезиси, вздовж ураженої частини хребта чи паравертебрально. Перша група хворих (39 чол.) отримувала низькочастотний ультразвук (НУЗ). Лікувальний вплив здійснювали на уражені суглоби, місця прикріплення сухожиль і зв'язок, паравертебральні зони відповідних відділів хребта, по лабільній методиці, в безперервному режимі, частотою 44 кГц, інтенсивністю 0,4 - 0,8 Вт/см^2, по 4 - 6хв. на кожну ділянку. В якості контактного середовища використовували офіцінальну 1% гідрокортизонову мазь. Курс апаратної фізіотерапії складав 10 - 12 щоденних процедур. У другій групі хворих (31чол.), які отримували методи апаратної фізіотерапії, проводили вплив надвисокочастотними електромагнітними полями дециметрового діапазону (ЕМП ДМХ) стаціонарним апаратом ВОЛНА-2 (частота коливань 460Гц). Прямокутний (розмір (16х35 чи 20х10 см) або циліндричний випромінювач розміщували поперечно над перефиричними суглобами, місцями прикріплень сухожиль та зв'язок, вздовж враженої частини хребта із припуском 3-4 см. Використовували інтенсивність, яка викликала слабке відчуття тепла (30-50 Вт). Тривалість впливу до 30 хв на одну процедуру. В двох групах 90% хворих отримували симптоматичну медикаментозну терапію (нестероїдні протизапальні препарати), яка не змінювалася в процесі проведення курсу фізіотерапії. Всі хворі отримували лікувальну гімнастику та масаж. Лікувальну гімнастику призначали з урахуванням клінічного перебігу захворювання, функціонального стану опорно-рухового апарату за сумарним індексом активності, серцево-судинної і дихальної систем. Застосовували класичний лікувальний масаж. На початку курсу масажувалися відділи кінцівок, розташовані проксимально від ураженого суглобу, надалі виконувався масаж всієї кінцівки і відповідних відділів хребта. Радонові ванни призначалися за основною методикою: 20 нКu/л, темрепатура 36°С, тривалістю 8 -15 хв., на курс 10 ванн.

Для оцінки глобальної ефективності методів апаратної фізіотерапії використовували критерії СІА. Зменшення величини СІА на 25% і більше розцінювали як покращення, зменшення СІА менше ніж на 25%, як стан без динаміки, а збільшення СІА на 15% і більше - як погіршення. Крім того зниження СІА з вихідного високого до низького ступеню розцінювали як значне покращення. Статистичну обробку матеріалу виконали за допомогою пакета прикладних програм Statistica 6,0. Оскільки групи були різні за чисельністю і роз-

поділ більшості параметричних показників у них не відповідав закону нормальності згідно з критерієм Шапіро-Вілкса, їх описували за медіаною (нижній-верхній квартилі) - і порівнювали між групами за допомогою непараметричного критерію Манна-Уітні. Для порівняння якісних характеристик (таблиці частот) застосовували критерій х2. Відмінності вважали статистично значущими при значенні p<0,05.

Результати. Обговорення

Хворі на РеА, що отримували ЕМП ДМВ і НУЗ, були співставні за основними вихідними клінічними показниками (стать, вік, тривалість захворювання, ступінь ФН і величиною СІА - табл. 1).

Зменшення СІА у хворих, які отримували НУЗ корелювало зі зменшенням болю і запалення периферичних суглобів і ентезисів (r = 0,39; r = 0,45; p<0,05). Зменшення клінічної активності РеА у хворих, що отримували ЕМП ДМХ було тісно пов'язано зі зменшенням болю у хребті (r=0,48; p<0,05) і збільшенням його рухливості (r=-0,41; p<0,05). Тому можна припустити, що зниження загальної клінічної активності у хворих на РеА, які отримували ЕМП ДМХ, відбувалося переважно за рахунок зменшення клінічних проявів зі сторони хребта, а у хворих які отримували НУЗ - за рахунок покращення стану суглобів і ентезисів. На основі отриманих даних встановлено переважну спрямованість лікувальної дії методів апаратної фізіотерапії у хворих, які в основному спричиняли місцеву дію: знижували болючість і вираженість запалення периферичних суглобів, ентезисів і хреба, збільшували об'єм рухів в суглобах, що призводило до зменшення загальної клінічної активності.

Встановлено, що ЕМП ДМХ порівняно з НУЗ спричиняли суттєвий позитивний вплив на спондиліт, а НУЗ на периферичний артрит. Суттєвих змін показників імунної системи у хворих що отримували УЗ методи апаратної фізіотерапії (НУЗ) не виявлено (p>0,01). Проведений аналіз дозволив встановити, що ЕМП ДМХ на відміну від НУЗ спричиняли позитивний вплив на стан гуморальної ланки імунітету, підвищувався рівень адаптації. Таке покращення клінічного стану хворих було зумовлено зменшенням тривалості РС, одного із показників активності РеА.

Згідно критеріїв СІА покращення після завершення курсу ЕМП ДМВ спостерігалися у 58.1% хворих, а НУЗ у 61,5% (табл. 3). Порівняння частоти глобальної ефективності ЕМП ДМХ і НУЗ між собою не виявило переваг якого-небудь методу (х2; p>0,05). При співставленні вихідних клініко-лабораторних показників відзначали низьку ефективність ЕМП ДМХ при наявності виражених ексудативних змін периферичних суглобів і ентезисів в області пяток. Відсутність ефекту від застосування НУЗ частіше спостерігали при виражених обмеженнях рухомості хребта, а ексудативні зміни в суглобах і ентезисах суттєво збільшували ризик загострення РеА.

Таблиця 1. Співставлення клінічної активності у хворих , що отримували НУЗ та ЕМП ДМХ.

Показник	І група НУЗ (n=39)	ІІ група ЕМП ДМП (n=31)
Стать (Ч/Ж)	36/3	26/5
Вік, роки	32,5 (25;42)	31,5 (25;38)
Тривалість захворювання, роки	6,5 (4;15)	8 (5;10)
ФН, ступінь	1 (0;1)	1 (0;1)
СІА, бали	9 (7;11)	8 (7;11)

Примітка: наведені медіани значень (в дужках - верхні і нижні квартилі) Призначення методів фізіотерапії позитивно впливало на основні клінічні прояви РеА. У хворих відзначали зменшення тривалості РС (p<0,05), зменшення пальпаторної болючості і вираженості запалення суглобів, ентезисів і хребта (p<0,05), зниження СІА (p<0,05).

Таблиця 2. Співставлення динаміки клініко-лабораторних показників хворих на РеА, що отримували НУЗ та ЕМП ДМХ.

Показник	І група НУЗ (n=40)	ІІ група ЕМП ДМП (n=30)
СІ, бали	2 (0:4)	1,5(1:2)
СхІ, бали	2(0,5;3)	2 (1;2)
ПРХ,см	-2,25 (-3;-1,25)	-2,5 (-4;-1.5)
СТ,см	5(0;8)	8(4;12)
ХІ, бали	1(0;2)	2(1;3)*
ШОЕ, мм/г	5(0;10)	7(-1;10)
С-РБ, ум.од	0,5(0;1)	0,5(0;1)
СІА, бали	3(-0,5;5)	2(0;4)

Примітка: в таблиці наведені медіани значень (в дужках - нижній і верхній квартилі); *- p<0,05.

Таблиця 3. Порівняння ефективності ЕМП ДМВ, НУЗ. у хворих (критерії СІА).

Лікувальний фактор	Число хворих	Результати лікування		
		Покращення	Без ефекту	Погіршення
ЕМП ДМВ	31	18(58,1) [7(22.5)]	12(38,7)	1(3,2)
НУЗ	39	24 (61,5) [11(28,2)]	7(17,9)	6(15,4)

Примітка: В квадратних дужках - число хворих зі значним покращенням, в круглих - відсоток.

Отже, методи апаратної фізіотерапії були ефективними більш, ніж у половини хворих. Локальне призначення методів апаратної фізіотерапії позитивно вплинуло на основні клінічні прояви РеА. У хворих відзначали зниження тривалості РС, зменшення пальпаторної болючості і вираженості запалення суглобів, ентезисів і хребта.

Встановлено, що ЕМП ДМХ справляло істотний позитивний вплив на запальні зміни хребта, а НУЗ - на периферичний артрит. ЕМП ДМХ порівняно з НУЗ спричиняло більш виражену позитивну дію. В результаті проведеного дослідження обгрунтовано застосування методів апаратної фізіотерапії при реактивних артри-

тах, доказана їх ефективність, встановлено переважну спрямованість лікувальної дії, визначені диференційовані показання і фактори ризику розвитку загострення при призначенні НУЗ і ЕМП ДМХ хворим на РеА. Використання НУЗ у поєднанні з радонотерапією приводило до покращення у 61,5%хворих, ЕМП ДМХ у поєнанні з радонотерапією - у 58,1% хворих. Встановлено, що ЕМП ДМХ чинить суттєвий позитивний вплив на запальні зміни в хребті, а НУЗ - на периферичний артрит. ЕМП ДМХ і НУЗ в основному спричиняли місцевий вплив: зменшували біль і вираженість запалення периферичних суглобів, ентезисів і хребта, збільшували обєм рухів, що призводило до зменшення загальної клінічної активності.

Представлені методи апаратної фізіотерапії хворих на реактивний артрит можуть бути рекомендовані для застосування в реабілітаційних центрах, ревматологічних і фізіотерапевтичних відділеннях стаціонарів та поліклінік, санаторно-курортних закладах.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Реактивний артрит - системне захворювання, яке розвивається внаслідок хламідійної або (значно рідше) іншої інфекції у осіб з генетичною схильністю, характеризується ураженням сечостатевих органів та суглобів і нерідко поєднується з ураженням шкіри, слизових оболонок, вісцеральними проявами. РеА завершується одужанням або набуває хронічного рецидивного перебігу.

2. Сучасні концепції лікування хворих на РеА засновані на принципах ранньої діагностики, а також раннього початку отримання терапії, оскільки захворювання у більшості осіб набувають хронічного перебігу із системним ураженням опорно-рухового апарату.

3. Застосування комплексу фізичної реабілітації у хворих на реактивний артрит із включанням до індивідуальних програм лікувальної фізичної культури, масажу, фізіотерапевтичних методів, радонотерапії призводить до покращення клінічного перебігу, зниження активності запального процесу.

4. При побудові комплексу фізичної реабілітації на санаторно-курортному етапі потрібно враховувати особливості перебігу, наявність системних уражень, показники суглобових індексів, активність запального процесу, механізми дії фізичних факторів.

Представлені диференційовані програми фізичної реабілітації хворих на реактивний артрит можуть бути рекомендовані для застосування в реабілітаційних центрах, ревматологічних та фізіотерапевтичних відділеннях стаціонарів і поліклінік, санаторно-курортних закладах.

Список літератури

Абрагамович О.М. Перший досвід застосування флуренізиду в комплексному лікуванні пацієнтів з реактивним артритом хламідійної етіології / О.М. Абрагамович, Р.К. Жураєв // Укр. ревматол. журн. - 2004. - № 4(18). - С. 14 - 16.

Бойчак М.П. Особливості змін ендотеліальної функції та клапанів серця у хворих на реактивні артрити / М.П. Бойчак, Г.О. Спаська // Лікарська справа. Врачеб. Практика. - 2010. - № 7-8. - С. 57 - 60.

Бондаренко Г.М. Современные данные о распространенности болезни Рейтера / Г.М. Бондаренко // Дерматология и венерология. - 2002. - № 3(17). - С. 42 - 45.

Клинико-патогенетическое значение нарушений пуринового обмена при хламидийассоциированном реактивном артрите (болезни Рейтера) / [Е.А. Гомозова, О.В. Синяченко, Е.Ю. Снопко, В.О Супрунова] // Дерматологія та венерологія. - 2008. - № 1(39). - С. 67-69.

Коваленко В.Н. Ревматические болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения / В.Н. Коваленко, Н.М. Шуба. - Киев, 2002. - С. 121 - 122.

Лила А.М. Реактивный артрит: клиника, диагностика, лечение / А.М Лила // Рос. семейный врач. - 2002. - № 6 (4). - С. 9 - 16.

Реактивні артрити: визначення, епідеміологія та етіологія / [М.Б. Джус, В.О. Чопяк, Г.М. Гаврилюк, Л.С. Юхимів] // Укр. ревматол. журн. - 2002. - № 2(8). - С. 24 - 28.

Корчинский В. С.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМИ АРТРИТАМИ

Резюме. *В данной статье приведена эффективность применения методов физической реабилитации больных реактивными артритами. Подробно рассмотрено использование лечебной физической культуры, массажа, физиотерапевтических методов, проведена клиническая и лабораторная оценка их эффективности. Усовершенствована методика оценки эффективности применения средств физической реабилитации.*

Ключевые слова: *реактивний артрит, физическая реабилитация, лечебная физическая культура, массаж, методы лечения.*

Korchinsky V.S.

PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH REACTIVE ARTHRITIS

Summary. *The paper highlighted the effectiveness of comprehensive application of methods of physical rehabilitation of patients with reactive arthritis. Reviewed in detail the use of therapeutic physical training, massage, physio-therapeutic methods, carried out clinical and laboratory evaluation of their effectiveness. The method of evaluating the effectiveness of the use of physical rehabilitation.*

Key words: *reactive arthritis, physical rehabilitation, therapeutic physical training, massage, theatments.*

Стаття надійшла до редакції 27.03.2015 р.

Корчинський В.С. - доктор медичних наук, ст. науковий співробітник, зав. кафедри "Фізичної та соціальної реабілітації" Вінницького інституту Університету Україна; +38 097 170-15-00; vnzvmurol@yandex.ru