

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ДІТЕЙ

Ковальчук Т.А.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського»

Резюме. Метою дослідження було вивчити особливості фізичного розвитку у хворих на ювенільний ревматоїдний артрит дітей. Обстежено 129 пацієнтів – 60 з на ювенільний ревматоїдний артрит, 30 – з реактивним артритом та 39 практично здорових дітей. Встановлено, що у хворих на ювенільний ревматоїдний артрит відзначається тенденція до зниження частоти середнього фізичного розвитку за масою тіла відносно здорових дітей та нормальні показники росту. Активність ревматичного процесу є предиктором дисгармонійності фізичного розвитку. Дворічна терапія метотрексатом у дозі 5 мг/м² поверхні тіла один раз на тиждень внутрішньом'язово на динаміку маси тіла та росту не впливає.

Ключові слова: ювенільний ревматоїдний артрит, фізичний розвиток, діти.

Вступ. Термін «фізичний розвиток» у клінічній педіатрії розуміють як динамічний процес збільшення довжини та маси тіла, розвиток окремих частин тіла та біологічного дозрівання дитини в тому чи іншому періоді дитинства. Ці процеси головним чином запрограмовані спадковими механізмами й за оптимальних умов життєдіяльності реалізуються за чітко встановленим планом. Однак, несприятливі фактори зовнішнього середовища, умови харчування, соціальні фактори й, що не менш важливо, наявність захворювання, можуть виявляти більший вплив на фізичний розвиток, ніж генетичні або інші біологічні фактори, особливо в період інтенсивного росту та розвитку дитини [1, 2].

Останніми роками в наукових колах все частіше обговорюється проблематика затримки фізичного розвитку у хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) дітей та її наслідки – остеопенія, часті переломи, низька якість життя. Результати причин затримки фізичного розвитку часто були неоднозначні. Так, Я.С. Бойко та ін. показали, що активність ревматичного процесу є основною причиною зниження темпів росту, тоді як стать, тривалість захворювання, варіант перебігу, застосування метотрексату не мали суттєвого впливу на темпи росту дітей з ЮРА [3]. У дослідженнях Н.Н. Каладзе та ін. доведено взаємозв'язок затримки фізичного розвитку й суглобово-вісцеральної форми за

швидкопрогресуючого перебігу ЮРА, А.В. Матвеева – дозозалежний вплив метотрексату на динаміку маси тіла та росту [4, 5]. Тому **метою роботи** було вивчити особливості становлення фізичного розвитку дітей, що страждають на ЮРА.

Матеріали та методи. Представлене дослідження ґрунтується на даних, отриманих при обстеженні 129 дітей. Основну групу склали 60 хворих на ЮРА – 32 (53,3%) хлопця та 28 (46,7%) дівчат, групу порівняння – 30 хворих на реактивний артрит (РеА) – 19 (63,3%) хлопців та 11 (36,7%) дівчат, контрольну групу – 39 практично здорових дітей – 21 (53,8%) хлопець та 18 (46,2%) дівчат. При визначенні антропометричних показників – маси тіла та росту – використовували загальноприйняті методи. Оцінку отриманих показників проводили за допомогою перцентильних таблиць у відповідності до наказу МОЗ України №55 від 03.02.2009 р. «Про затвердження протоколів лікування дітей з ендокринними захворюваннями». Високий рівень антропометричного показника констатували при його розміщенні вище 97-ї перцентилі на графіку, вище середнього – в межах від 85-ї до 97-ї перцентилі, середній – від 15-ї до 85-ї перцентилі, нижче середнього – від 3-ї до 15-ї перцентилі, низький – нижче 3-ї перцентилі. Показники індексу маси тіла (ІМТ) оцінювали відповідно до розроблених ВООЗ критеріїв: нижче 5 перцентилів – дефіцит маси тіла, від 5 до 85 перцентилів – нор-

мальна маса тіла, від 85 до 95 перцентилів – підвищена маса тіла, вище 95 перцентилів – ожиріння [6].

Результати й обговорення. Вивчення типів тілобудови виявило низьку частоту гіперстенічної тілобудови у хворих на ЮРА та її відсутність у хворих на РеА (табл. 1). Досліджуючи рівні фізичного розвитку за масою тіла, нами простежено тенденцію до зниження частоти середнього фізичного розвитку у пацієнтів із ЮРА. На відміну від основної та групи порівняння, серед здорових дітей випадки високої та низької маси тіла не реєструвалися (рис. 1).

На рисунку 2 представлені рівні фізичного розвитку в дітей різних груп за ростом. Очевидно, відсутність достовірної різниці у відставанні в рості пов'язана з низькою тривалістю захворювання цих дітей ($2,6 \pm 0,4$ роки) та переважанням випадків мінімальної активності хвороби. Використання ІМТ як універсального рекомендованого ВООЗ критерію оцінки маси тіла виявило достовірне зростання частоти дефіциту маси тіла та зниження частоти випадків підвищеної маси тіла в дітей, що страждають на ЮРА (рис. 3).

Таблиця 1. Тип тілобудови у обстежених дітей

Тип тілобудови	Основна група (n=60)		Група порівняння (n=30)		Контрольна група (n=39)	
	абс.	%, (M±m)	абс.	%, (M±m)	абс.	%, (M±m)
Астенічний	28	46,7±6,5	10	33,3±8,8	13	33,3±7,6
Нормостенічний	30	50,0±6,5	20	66,6±8,8	19	48,7±8,1
Гіперстенічний	2*	3,3±2,3*	0	0,0±0,0	7	18,0±6,2

Примітка. * - $p < 0,05$ у порівнянні основної та контрольної груп.

* - $p < 0,05$ між показниками основної та контрольної груп
- $p < 0,05$ між показниками основної та групи порівняння

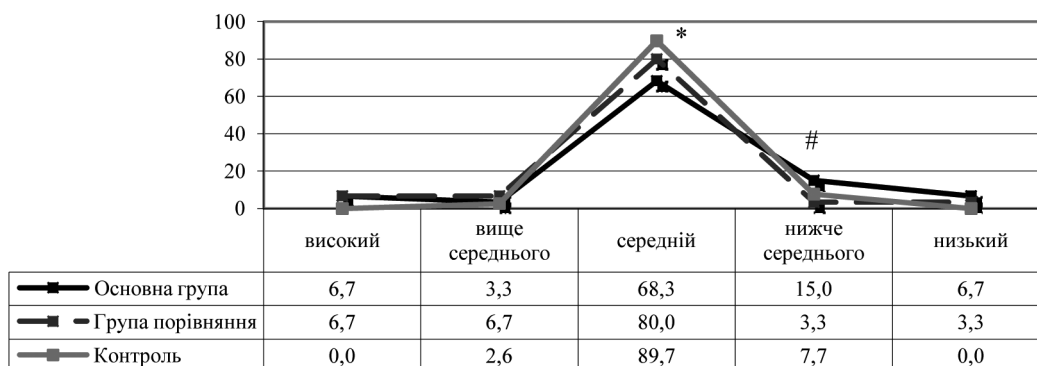


Рис. 1. Рівень фізичного розвитку обстежених дітей за масою тіла.



Рис. 2. Рівень фізичного розвитку обстежених дітей за ростом.

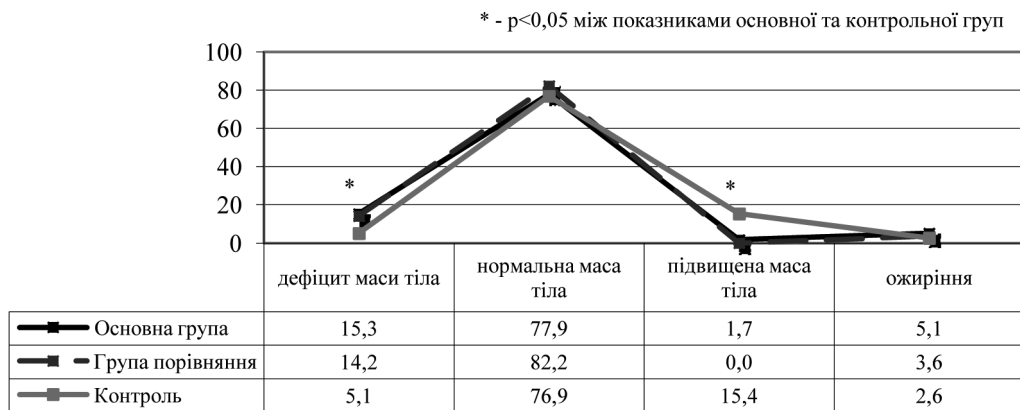


Рис. 3. Оцінка маси тіла у обстежених групах дітей за даними показника ІМТ.

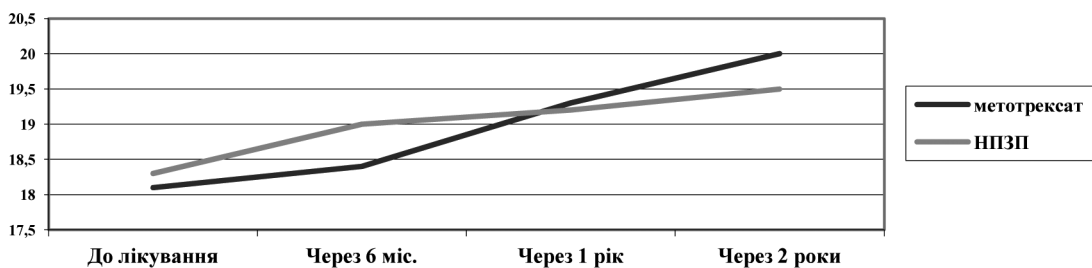


Рис. 4. Динаміка показника ІМТ на тлі лікування.

Застосування центильного методу оцінки фізичного розвитку хворих на ЮРА дітей у процесі кореляційного аналізу дозволило встановити наявність наступних взаємозв'язків. Маса тіла корелювала із тривалістю ранкової скутості ($r = -0,28$), числом обмежених суглобів ($r = -0,30$), рівнем ШОЕ ($r = -0,26$), $p < 0,05$. Показник росту залежав від функціонального класу ($r = -0,38$), тривалості ранкової скутості ($r = -0,27$), суглобового індексу ($r = -0,26$), числа активних ($r = -0,31$), обмежених ($r = -0,28$) та болючих ($r = -0,28$) суглобів, активності хвороби за даними індексу CDAI ($r = -0,27$), $p < 0,05$. ІМТ корелював із загальною вираженістю болю в суглобах ($r = 0,26$, $p < 0,05$). У дітей, що страждали на РеА, було виявлено лише один взаємозв'язок між ІМТ та активністю за даними індексу SDAI ($r = -0,43$; $p < 0,05$).

Виявлена закономірність зростання частоти дефіциту маси тіла та зниження випадків підвищеної маси тіла в дітей, що страждають на ЮРА, обґрунтувала необхідність вивчення змін ІМТ залежно від варіанту проведеної терапії в динаміці – через 6 місяців, 1 та 2 роки. Досліджено,

що рівні ІМТ зростали у хворих, які отримували монотерапію як метотрексатом (5 мг/м² поверхні тіла один раз на тиждень внутрішньом'язово), так і нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП). ІМТ до початку терапії метотрексатом був дещо нижчим, ніж у групі дітей, які отримували НПЗП, через 2 роки – вищим, однак достовірної різниці між даними показниками не виявлено (рис. 4).

Висновки. У хворих на ЮРА, порівняно зі здоровими дітьми, відзначається тенденція до зниження частоти середнього фізичного розвитку за масою тіла та нормальні показники росту ($p < 0,05$). На зниження маси тіла впливають такі чинники, як ранкова скутість, число обмежених суглобів та рівень ШОЕ, темпів росту – функціональний клас, тривалість ранкової скутості, суглобовий індекс, число активних, обмежених та болючих суглобів, індекс активності CDAI. За даними ІМТ у дітей, що хворіють на ЮРА, зростає частота дефіциту маси тіла та рідше реєструються випадки підвищеної маси тіла ($p < 0,05$). Дворічний моніторинг показника ІМТ залежно від терапії низькими дозами метотрекса-

ту чи НПЗП не виявив ($p > 0,05$). Отримані результати підтверджують взаємозв'язок між гармонійністю фізичного розвитку хворих на ЮРА дітей та активністю ревматичного процесу.

Література

1. Гребняк Н.П. Факторы риска для здоровья детского населения / Н.П. Гребняк. – Донецк, 2003. – С. 26–33.
2. Бережний В.В. Характеристика клінічного перебігу ювенільного ревматоїдного артриту на сучасному етапі / В.В. Бережний, Т.В. Марушко // Здоровье женщины. – 2005. – №4 (25). – С. 172–175.
3. Бойко Я.С. Аналіз причин затримки росту у дітей, хворих на ювенільний ідіопатичний артрит / Я.С. Бойко, І.І. Грицюк, Т.В. Буряк // Український ревматологічний журнал. – 2006. – №2 (24). – С. 70–72.
4. Каладзе Н.Н. Физическое развитие больных ювенильным ревматоидным артритом / Н.Н. Каладзе, Н.В. Савелко, Т.М. Дусалева // Таврический медико-биологический вестник. – 2010. – Т.13, №2. – С. 48–52.
5. Матвеев А.В. Динамика антропометрических показателей у детей с ювенильным ревматоидным артритом в зависимости от проводимой фармакотерапии / А.В. Матвеев // Таврический медико-биологический вестник. – 2009. – Т.12, №4(48). – С. 129–136.
6. Mei Z. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents / Z. Mei, L.M. Grummer-Strawn, A.Pietrobelli [et al.] // American Journal of Clinical Nutrition. – 2002. – Vol.75, №6. – P. 978–85.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ДЕТЕЙ

Ковальчук Т.А.

Резюме. Целью исследования было изучить особенности физического развития у больных ювенильным ревматоидным артритом детей. Обследовано 129 пациентов – 60 с ювенильным ревматоидным артритом, 30 – с реактивным артритом, 39 практически здоровых детей. Установлено, что у больных ювенильным ревматоидным артритом отмечается тенденция к снижению частоты среднего физического развития по массе тела относительно здоровых детей и нормальные показатели роста. Активность ревматического процесса является предиктором дисгармоничности физического развития. Двухлетняя терапия метотрексатом в дозе 5 мг/м² один раз в неделю внутримышечно на динамику массы тела и роста не влияет.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, физическое развитие, дети.

CHARACTERISTIC OF PARAMETERS PHYSICAL DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS

Kovalchuk T.A.

Summary. The purpose of the study was to study the features of physical development in children with juvenile rheumatoid arthritis. The study involved 129 patients – 60 with juvenile rheumatoid arthritis, 30 with reactive arthritis and 39 healthy children. We found that in patients with juvenile rheumatoid arthritis is marked downward trend in the average frequency of physical development by weight in comparing with healthy children and normal rates of height. The activity of rheumatic process is a predictor of disharmonic physical development. The two-year therapy with methotrexate at the dose of 5 mg/m² of body surface once a week intramuscularly is not affected the dynamics of body weight and height.

Key words: juvenile rheumatoid arthritis, physical development, children.