

УДК 616.61.003

© Л.В. Жданова

Портрет пациента с ювенильными хроническими артритами в Республике Бурятия

Статья посвящена изучению эпидемиологии ювенильных артритов (ЮА) у детей в Республике Бурятия, т.к. отмечается высокий уровень заболеваемости. Установлено, что пациенты с ЮА имеют большой процент инвалидизации, выраженную функциональную недостаточность и степень активности.

Ключевые слова: дети, ювенильные артриты.

L.V. Zhdanova

Portrait of a patient with juvenile chronic arthritis in the Republic of Buryatia

The article focuses on a study of epidemiology of juvenile arthritis (JA) in children in the republic of Buryatia, as a high level of sickness rate is observed. It has been revealed that patients with JA have a large percentage of disability, expressed functional impairment and degree of activity.

Keywords: children, juvenile arthritis.

Введение. Как показывает накопленный мировой педиатрической ревматологией опыт, одной из актуальной проблем остаются ювенильные артриты (ЮА).

Согласно современным представлениям, ювенильные артриты – гетерогенная группа заболеваний детского возраста, имеющих различный этиопатогенез и иммуногенетическое происхождение, различную нозологическую принадлежность и неоднозначный прогноз.

Заболеваемость ювенильными артритами неоднородна. По России она составляет от 6 до 21 на 100 000 детского населения и зависит от региональных и этнических принадлежностей.

Цель работы: определить распространенность, половозрастную характеристику пациентов с ЮА, выявить клинические особенности данного заболевания и оценить качество жизни у детей, проживающих на территории Бурятии.

Задачи:

1. Определить распространенность ЮА среди детского населения в Республике Бурятия.
2. Дать характеристику половозрастного состава больных с ЮА.
3. Выявить клинические особенности течения ЮА у детей, проживающих на территории Бурятии.
4. Изучить терапию ЮА.
5. Оценить качество жизни детей страдающих ЮА.

Материалы и методы исследования

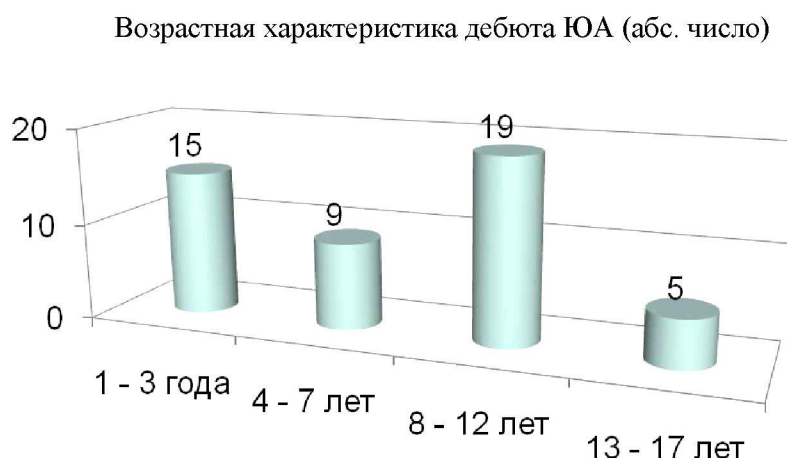
В основу работы положены результаты всероссийского регистра больных с ЮА в Республике Бурятия. При постановке диагноза и определения категории артрита использовалась номенклатура и классификация ювенильных артритов (ILAR, г. Эдмонтон, 2011) [1]. Оценка активности проводилась по 100 мм шкале ВАШ (визуально-аналоговая шкала), где 0 мм – отсутствие активности, 100 мм – самая высокая степень активности. Оценка качества жизни проводилась по опроснику CHAQ (the Childhood Health Assessment Questionnaire), где количество баллов: 0 – нет функциональных нарушений, 0–0,13 – минимальные функциональные нарушения, 0,14–0,63 – минимальные и умеренные, 0,64–1,75 – умеренные, >1,75 – выраженные функциональные нарушения [2].

Результаты

Во всероссийском регистре ЮА по РБ на январь 2012 г. состояло 48 пациентов в возрасте $10,2 \pm 5,1$ лет со средней продолжительностью заболевания $3,4 \pm 3,2$ лет, из них 26 мальчиков и 22 девочки.

Средний возраст дебюта заболевания приходится на школьные годы и составляет $7,1 \pm 4,5$ лет. Отмечается 2 возрастных пика начала ЮА – 1-3 года (31,2%) и 8–12 лет (39,5%). Возрастная особенность представлена на диаграмме 1.

Диаграмма 1



Заболеваемость ЮА по РБ составила 21,2 на 100 000 детского населения и находится на верхних границах, по данным Российской Федерации (заболеваемость ЮА по России от 6–21 на 100 000 детского населения). Отмечены районы, где заболеваемость превышает показатели по

РБ. К ним относятся Мухоршибирский, Иволгинский, Тункинский, Еравнинский, Хоринский, Селенгинский и Заиграевский районы. Заболеваемость по районам РБ представлена в таблице 1.

Таблица 1

Заболеваемость ЮА по районам РБ (на 100 000 детского населения)

Районы	Улан-Удэ	Северо-Байкальский	Прибайкальский	Кабанский	Кяхтинский	Иволгинский	Тункинский	Мухоршибирский	Баргузинский	Еравнинский	Хоринский	Селенгинский	Заиграевский
Заболеваемость	23,3	11,1	14,8	15	18,8	25,7	31,1	31,1	31,5	38	40	42,5	52,1

Согласно классификации артритов по ILAR, больший процент составляют больные с олигоартикулярной формой ЮА, что согласуется с мировыми данными (диагр. 2).

Изолированное поражение суставов отмечено

у 39,2% пациентов. Наиболее частым внесуставным проявлением является реакция лимфопролиферативных органов, что подтверждает иммунопатологический процесс заболевания (диагр. 3).

Диаграмма 2

Классификация ЮА

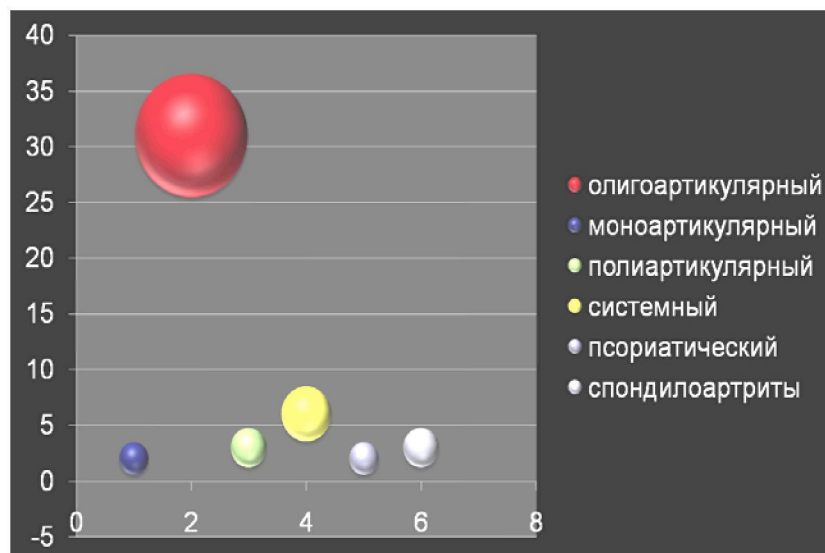
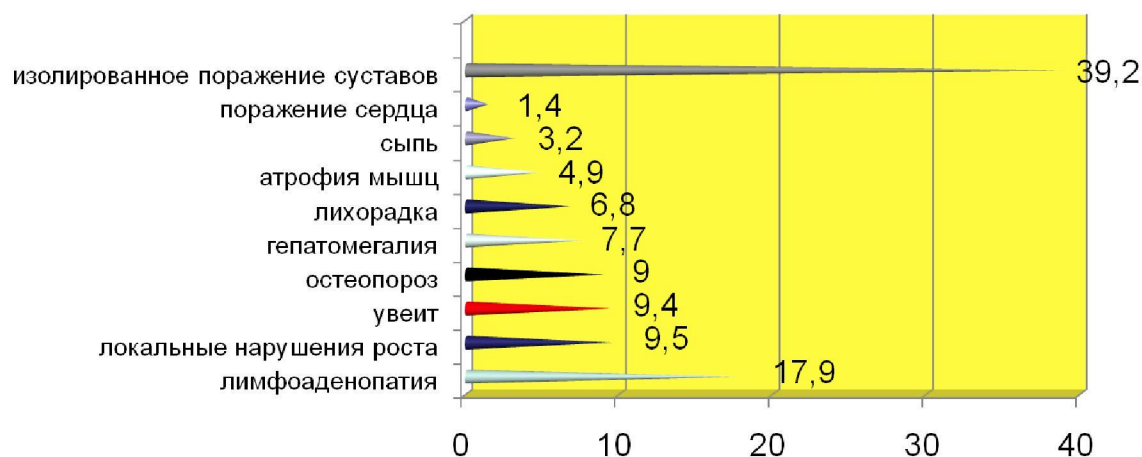


Диаграмма 3

Внесуставные проявления ЮА (%)



Оценка функционального класса по Штейнброккеру показала, что только 9,2% пациентов с ЮА не имеют нарушения функции суставов, до 45,5% больных ограничены в самообслуживании, что определяет высокую степень инвалидизации. Так, 56,2% страдающих ЮА имеют инвалидность, причем в 70% случаев она установлена в первый год заболевания.

Согласно классификации рентгенологических стадий по Штейнброккеру, 56,7% больных

имеют I стадию (эпифизарный остеопороз), у 32,3% пациента отмечается нарушение целостности суставного хряща, что соответствует II стадии и 2,3% детей с ЮА имеют анкилозирование суставов (IV стадия).

Характеристика проводимого иммуносупрессивного лечения показала, что только 31% пациентов с ЮА получают монотерапию метотрексатом или сульфасалазином и 69% детей находятся на сочетанной терапии (табл. 2).

Таблица 2

Сочетанная терапия у пациентов с ЮА

Препараты	MTX+ЦсА	MTX+ИНФ	MTX+СФ
Количество пациентов (абс. число)	4	9	1

Примечание: MTX – метотрексат, ЦсА – циклоспорин, ИНФ – инфликсимаб, СФ – сульфасалазин

На фоне проводимого лечения ремиссия отмечена у 27% пациентов. Для оценки активности заболевания использовалась шкала ВАШ (визуально-аналоговая шкала), которая показала, что, несмотря на агрессивную терапию, у 28,1% детей с ЮА сохраняется высокая степень

активности заболевания (диагр. 4).

При оценке качества жизни по опроснику CHAQ выявлено, что преимущественно страдают функции суставов нижних конечностей и степень их нарушения является минимальной и умеренной (табл. 3).

Диаграмма 4

Активность ЮА по 100 мм шкале ВАШ

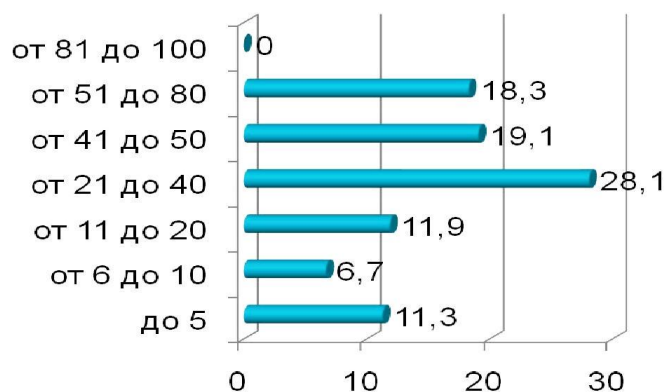


Таблица 3

Оценка качества жизни по опроснику CHAQ

Название шкалы	Количество баллов
Одевание	0
Подъем	0,5
Еда	0
Прогулка (ходьба)	0,3
Гигиена	0
Дотягивание	0,2
Сила сжатия	0
Активность	0,2
Оценка родителями боли по ВАШ	2,5
Оценка общего состояния	4,0
Индекс функциональной недостаточности	0,3

Выводы

1. Отмечается высокая заболеваемость ЮА в РБ, что составляет 21,2 на 100 000 детского населения.

2. Средний возраст дебюта составляет $7,1 \pm 4,5$ лет и отмечается подъем заболеваемости в 1–3 года (31,2%) и 8–12 лет (39,5%). Одинаково часто болеют девочки и мальчики ($p > 0,05$).

3. Дети с ЮА чаще страдают олигоарткулярной формой (32/66,6%), имеют II степень активности и I рентгенологическую стадию по Штейнброккеру.

4. Более половины пациентов имеет внесуставные проявления ЮА, большая часть из которых приходится на реакцию лимфопролиферативных органов (лимфоаденопатия, гепатоспле-

номегалия).

5. 90% больных с ЮА находятся на лечении метотрексатом, из них 69% получают сочетанную иммуносупрессивную терапию, в том числе 13% – генно-инженерные биологические препараты.

6. Отмечается снижение качества жизни пациентов, страдающих ЮА, что подтверждают данные опросника СНАQ. Степень нарушения составляет 0,3 балла и соответствует минимальным нарушениям.

Литература

1. Hofer M, Sothwood T.R. Classification of childhood arthritis// Best. pract. Res. Clin. Rheum. – 2002. – V. 16, №3. – P. 379-396.

2. Кузьмина Н.Н., Никишина И.П., Шайков А.В. и др. Российский адаптированный вариант опросников для оценки качества жизни и состояния здоровья детей с ювенильными хроническими артритом // Научно-практическая ревматология. – 2002. – №1. – С. 40–47.

Жданова Лариса Владимировна, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры акушерства и гинекологии с курсом педиатрии, Бурятский государственный университет. Тел. 89503844873; 333773. E-mail: l.zhdanova@mail.ru

Zhdanova Larisa Vladimirovna, candidate of medical sciences, senior teacher, department of obstetrics and gynecology with a course of pediatrics, Buryat State University, ph. 89503844873, 333773. E-mail: l.zhdanova@mail.ru

УДК 612.033.89

© Е.А. Ботоева

О механизмах противовоспалительного действия сухих экстрактов ортилии однобокой, панцерии шерстистой, какалии копьевидной

В статье приведены результаты исследования фитоэкстрактов *Orthilia secunda*, *Panzeria lanata*, *Cacalia hastata*

Ключевые слова: экспериментальная фармакотерапия, растительные препараты

Е.А. Ботоева

On mechanisms of anti-inflammatory effect of extracts of *Orthilia secunda*, *Panzeria lanata*, *Cacalia hastata*

In the article the results of research the phytoextracts *Orthilia secunda*, *Panzeria lanata*, *Cacalia hastata* are presented.

Keywords: experimental pharmacotherapy, herbal preparations.

Воспалительные процессы матки и ее придатков наряду с патологией шейки матки занимают первое место в структуре гинекологических заболеваний. Тактика лечения предполагает использование средств, направленных на повышение собственных защитных сил организма, обеспечивающих комплексное воздействие на организм, позволяющих провести коррекцию обменных, иммунологических сдвигов [7]. В качестве объектов исследования служили сухие экстракты ортилии однобокой *Orthilia secunda* (L.) House, семейства *Pyrolaceae*; панцерии шерстистой *Panzeria lanata* (L.) Bunge, семейства *Lamiaceae*; какалии копьевидной *Cacalia hastata* L. *Compositae*, которые издавна известны в Сибири как лекарственные растения, применяемые при лечении гинекологических заболеваний [5].

Цель работы: определить механизмы проти-

вовоспалительного действия указанных фитосредств.

Материалы и методы исследования

Экспериментальная работа выполнена на белых крысах линии Wistar обоего пола массой 180-230 г. Сухой экстракт ортилии однобокой вводили лабораторным животным *per os* в экспериментально-терапевтических дозах 50-200 мг/кг массы ежедневно курсом длительностью до 28-ми суток, а препарат сравнения в изоэффективных дозах согласно показаниям к их применению. Контрольная группа животных получала дистиллированную воду в эквивалентном количестве. Кроме того, для более детального изучения механизмов действия экстракта ортилии однобокой в отдельных сериях опытов этилацетатную, хлороформную, бутанольную, водную фракции и межфазный осадок, извле-