

ЗНАЧЕНИЕ АРТРОЦЕНТЕЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ

Мысливец М.Г.¹, Кизелевич А.И.²

*Гродненский государственный медицинский университет¹, Гродно
Гродненская областная детская клиническая больница², Гродно*

Введение. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) – хроническое воспалительное заболевание суставов с неясной этиологией, сложным, мультифакториальным, преимущественно аутоиммунным патогенезом, приводящее к деструкции суставов, инвалидизации больных, развивающееся у пациентов в возрасте до 16 лет [1].

К настоящему времени накопилось большое количество исследований, посвященных проблеме ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) у детей. Социальная значимость ревматоидного артрита особенно велика и связана с прогрессирующим ростом данной патологии в структуре детской заболеваемости, высоким процентом диагностических ошибок в раннем распознавании патологии, инвалидизацией детей, а в ряде случаев – неблагоприятным исходом [2]. Согласно статистическим показателям по кардиоревматологической патологии среди регистрируемых нозологических форм в 2014 году в Республике Беларусь показатель заболеваемости ЮРА у детей составил 28,8 на 100000 детского населения, в 2004 году – 31,4 на 100000 детского населения.

Артрит является основным клиническим проявлением ЮРА. Патологические изменения в суставах при данной патологии имеют следующую характеристику – боль, припухлость, деформация, ограничение движений, локальная гипертермия в области пораженного сустава. При скоплении жидкости в полости сустава, не сопровождающемся другими симптомами, а также при чрезмерном скоплении жидкости в полости сустава пациентам показан артроцентез с последующим исследованием синовиальной жидкости с диагностической целью.

На сегодняшний момент в мире существует несколько схем лечения ювенильного ревматоидного артрита у детей, в том числе внутрисуставное введение глюкокортикостероидов (ГКС). Введение ГКС проводится не чаще 1 раза в 3–6 месяцев в один и тот же сустав. Особенности локальной терапии ГКС заключаются в том, что первоначальная длительность эффекта составляет от нескольких недель до нескольких месяцев. Согласно рекомендациям EULAR (International league of association for rheumatology, Edmonton 2001, Second revision 2004) по лечению артритов, внутрисуставные инъекции кортикостероидов особенно показаны, если воспалительный процесс сопровождается выпотом с полость сустава [3].

Целью нашего исследования явился ретроспективный анализ особенностей течения и терапии ЮРА среди детей города Гродно и Гроднен-

ской области, госпитализированных в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница».

Материал и методы исследования. За изучаемый период с января по декабрь 2014 года обследованы 32 пациента страдающих ювенильным ревматоидным артритом с применением комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Статистическая обработка проводилась при помощи пакета стандартных статистических программ STATISTIKA 6.0.

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным данным, из 32 детей с ЮРА были 21 (65,6%) мальчик и 11 (34,7%) девочек. По возрастному критерию среди пациентов с ЮРА преобладали дети старшего школьного возраста 18 (56,0%), дети младшей возрастной группы составили 14 (44,0%). На момент поступления в стационар длительность заболевания у 15 (47,0%) была от 1 года до 5 лет, более 5 лет – у 8 (25,0%) пациентов.

24 (75,0%) пациента поступали с жалобами на боль, припухлость, деформацию и ограничение движений в суставе, повышение температуры кожи над суставам. При изучении структуры ЮРА выявили, что у трети пациентов преобладал суставной синдром с поражением коленного сустава 14 (44,0%).

Рентгенография суставов выполнена 11 пациентам (34,0%), при этом изменения выявлены у 1 ребенка.

Артроцентез с диагностической и лечебной целью проводился у 5 (15,6%) пациентов. Из них 1 ребенку выполнена пункция локтевого сустава, 4 детям – артроцентез коленного сустава. При лабораторном исследовании синовиальной жидкости у всех пациентов она была мутная, с низкой вязкостью, повышенным цитозом. У 3 пациентов обнаружены рагоциты. При посеве синовиальной жидкости на микрофлору у всех детей отсутствовал рост аэробной и факультативно – анаэробной микрофлоры. Внутрь сустава вводился ГКС бетаметазон. На вторые сутки после артроцентеза у пациентов отмечалось улучшение (болевого синдром и припухлость сустава уменьшились, а также увеличился объем движений).

В качестве базисной противовоспалительной терапии: метотрексат получали 16 (50,0%) человек, сульфосалазин 3 (9,4%) пациента. Терапию нестероидными противовоспалительными препаратами и метотрексатом получало 4 детей (12,5%). Нестероидные противовоспалительные препараты в комбинации с метотрексатом и с глюкокортикостероидами получали 9 (28,1%) детей.

Выводы:

1. В структуре ЮРА преобладают суставные формы с преимущественным поражением коленного сустава у детей школьного возраста.
2. У большинства детей в лечении использовали базисную противовоспалительную монотерапию метотрексатом.
3. У 15,6% пациентов выполнен артроцентез.

Литература:

1. Баранов, А.А. Детская ревматология: рук. для врачей / А.А.Баранов, Л.К.Баженова. – М.: Медицина, 2002. – 336 с.
2. Алексеева, Е.И. Ювенильный ревматоидный артрит: этиология, патогенез, клиника, алгоритмы диагностики и лечения: рук. для врачей, преподавателей / Е.И.Алексеева, П.Ф.Литвицкий; под общ. ред. А.А.Баранова. – М.: ВЕДИ, 2007. – 368 с.
3. Harris, D.E. Rheumatoid arthritis: pathophysiology and implications for therapy / D.E.Harris // N. Engl. J. Med. – 1990. – Vol. 322. – P. 1277–1289.

«ВУЛКАНООБРАЗНОЕ» ВЫПЯЧИВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Наконечный Р.А.

*Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, Львов*

Цель работы – повысить эффективность лечения детей с различными клиническими формами пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) для адекватного развития и функционирования почек путем оптимизации эндовезикальных вмешательств с учетом клинического течения заболевания и диагностических критериев.

Материал и методы исследования. Обследовано 270 детей с различными клиническими формами ПМР II-IV степеней в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Исследование включало оценку функционального состояния гломерулярного аппарата и степени нефросклероза – экскрецию микроальбумина, креатинина, гликозаминогликанов и трансформирующего фактора роста β -1 с мочой; УЗИ мочевыводящих путей и мочеточниково-пузырных выбросов с использованием доплеровских методик; урорентгенологическое обследование и цистоскопию – состояние слизистой мочевого пузыря в целом и в области устьев мочеточников; расположение, форму, степень гидродилатации и сократительную способность устьев мочеточников; положение, экструзию и миграцию имплантата.

Результаты и их обсуждение. При эндовезикальном лечении ПМР II–IV степеней применяли такие миниинвазивные методики, как STING, HIT, Double HIT, а также при необходимости их комбинации. Вид вмешательства определяли интраоперационно в зависимости от степени ПМР и цистоскопичной картины. Особое внимание уделяли степени гидродилатации устья мочеточника. Обычно при низких степенях ПМР и гидродилатации устья мочеточника достаточно было традиционной методики STING. При более высоких степенях ПМР использовали методики HIT и Double