

16. Shigemoto K, Kubo S, Maruyama N, Hato N, Yamada H, Jie C, Kobayashi N, Momonoki K, Abe Y, Ueda N, Matsuda S. Induction of myasthenia by immunization against muscle specific kinase // J Clin Invest. 2006. — V.116. № 4 - P.1016-1024.
17. Somnier F.E. Increasing incidence of late-onset anti-AChR antibody-seropositive myasthenia gravis // Neurology. 2005. - V.65. - № 6 - P.928-930.
18. Vincent A. Immunology of disorders of neuromuscular transmission // Acta Neurol Scand Suppl. 2006. - V. 183. - P: 1-7.
19. Vincent A., Leite M.I. Neuromuscular junction autoimmune disease: muscle specific kinase antibodies and treatments for myasthenia gravis // Curr Opin Neurol. 2005. - V. 18. -N.5. - P.519-525.

Тұжырым

МИАСТЕНИЯ: ЕМДЕУДІҢ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕРІ

Т.В. Каймак, А.К. Калиева, А.Т. Тұргамбаева, Р.М. Бикбаев
Семей қ. Мемлекеттік медициналық университеті

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің Медициналық орталығы

Жұмыс Семей қ. ММУ МО неврологиялық мәліметтері бойынша миастения кезіндегі октагаманы қолдану тиімділігінің клиникалық талдауына арналған. Октагаманы 30 пациентке қолдану нәтижелерінде өрсекел емес жанама әсерлері кезіндегі оның нақты тиімділігі анықталған, ол базалық АХЭП және преднизолонның дозаларын едәуір тәмендегуге, сол сияқты аурудың күйзелістік ақсынуларын болдырмауға мүмкіндік береді. Оның иммундық және иммундық емес тез болатын компенсаторлық әсерлерін ескерумен осы патологиялар кезіндегі таңдау препараты ретінде октагамаларды ұсынуға мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: миастения, иммуноглобулиндер, емдеу, октагамалар.

Summary

MYASTHENIA GRAVIS: MODERN APPROACHES TO TREATMENT

T.V. Kaymak, A.K. Calieva, A.T. Turgambaeva, R.M. Bikbaev
State Medical University of Semey,
Medical Center of the Semey State Medical univesitet

The article is devoted to the clinical analysis of Octagam' efficiency in case of the myasthenia on the data of the neurologic hospital patients research in Medical Centre of Semey State Medical University. The clinical experience of use Octagam at 30 of the patients has revealed it higher efficiency and absence of any side-effects, expressed in significant reduction of all clinical symptoms of the myasthenia, that has allowed to lower doses of basic AHEP and Prednisolonom, and also to avoid the exacerbations of this disease. It allows to recommend Octagam as a choice preparation in this pathology, account its immune and not immune quickly coming compensatory effects.

Key words: myasthenia, the immunoglobulins, treatment, Octagam.

УДК 616.72-002:616.72-007.248-071.3

М.Г. Ногаева

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы
Кафедра амбулаторно-поликлинической терапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ

Аннотация

В статье представлены клинические особенности суставного синдрома больных реактивным артритом в зависимости от форм заболевания.

Ключевые слова: реактивный артрит, суставной синдром, клиническая картина.

Известно, что заболевания опорно-двигательного аппарата занимают ведущее место среди всех причин первичной инвалидности взрослого населения, исходя из этого, проблему своевременной диагностики и рационального лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата и, в частности, патологии суставов, относят к одной из наиболее актуальных в деятельности врача общей практики [1]. Суставный синдром - практически универсальное проявление ревматических заболеваний, его дифференциальный диагноз лежит в основе определения нозологической формы, а значит, служит обоснованием выбора терапевтического подхода. В

развернутых стадиях заболевания, когда налицо органические изменения органов и тканей, диагностическая проблема значительно упрощается. Серьезный анализ требуется в дебюте, часто представленном исключительно артрапгиями. Среди хронических воспалительных заболеваний суставов одним из, наиболее часто, встречающихся является реактивный артрит (РеА).

РеА относят к группе серонегативных спондилоартропатий, которые представляют большой интерес для врачей-ревматологов, ортопедов, травматологов, врачей общей практики, что связано со значительным ростом урогенитальной патологии, венерических заболе-

ваний, болезней кишечника, вирусных и инфекционных болезней.

РеА встречается 0,5-1,2% популяций, имеющих носительство генов гистосовместимости HLA-B27 (Т. Бен-ца, 2005). Развитие РеА отмечается у 2 - 6% больных, перенесших дизентерию, у 1-3% лиц, перенесших уреприт, связанный с хламидийной инфекцией. РеА поражают мужчин и женщин в одинаковой мере, преимущественно в возрасте 20-40 лет и значительно реже встречаются у пожилых пациентов и детей [2].

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей суставного синдрома у больных РеА.

Материалы и методы:

Обследование 67 больных РеА 18 – 44 лет (основная группа) с преобладанием мужчин - 63 (94%) среднего возраста – 26,01±0,86. Женщин (средний возраст – 35,5±3,86) было 4 (6%). Группа условно распределена: 18 – 26 лет – 69%; 27 – 35 – 22%; 36 – 44 – 9%.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц (средний возраст – 24,55 ± 0,94), сопоставимых по полу и возрасту с основной группой. Исследование контрольной группы проводилось по клинико-лабораторным алгоритмам диагностики РеА.

РеА диагностировали в соответствии с IV Международным рабочим совещанием, проведенным в Берлине 1999 году.

В зависимости от выявленного возбудителя больные РеА распределены на урогенитальную, энтероколитическую формы. Наиболее часто причиной РеА была урогенитальная инфекция (70,1%), а энтероколитическая – выявлялась в 2 раза реже (29,9%).

Результаты исследования.

Характеристика больных РеА представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Общая характеристика больных реактивным артритом.

Показатель	Всего абс.ч. (%)	Муж абс.ч. (%)	Жен. абс.ч. (%)
Формы: - урогенитальная - энтероколитическая	47 (70,1%) 20 (29,9%)	45 (95,7%) 20 (100%)	2 (4,3%) -
Течение: - острое -затяжное - хроническое -рецидивирующее	39 (58,2%) 3 (4,5%) 11 (16,4%) 14 (20,9%)	38 (97,4%) 3 (100%) 10 (91%) 12 (86%)	1 (2,6%) - 1 (9%) 2 (14%)

Клиническая картина суставного синдрома при РеА весьма своеобразна и позволяет заподозрить его даже в случаях с малосимптомным течением заболевания, на которое сам пациент может не обратить внимания. По данным нашего исследования суставной синдром отличался асимметричностью, стойкостью, сопровождался гиперемией, гипертермией, деформацией и болевым синдромом, а также повышением температуры тела.

Поражение суставов выявлялось у всех больных: моноартрит – у 5 (7,5%), олигоартрит – у 30 (44,8%), полиартрит – у 32 (47,7%). Поражение крестцово-подвздошного сочленения (КПС) (сакроилеит) диагностировали – у 18 (26,8%), из них двусторонний – у 9 (13,4%), правосторонний – у 6 (8,9%), левосторонний – у 3 (4,5%). Рентгенологические изменения в КПС для одностороннего сакроилеита соответствовали I, двустороннего сакроилеита - II стадии.

Помимо этого наблюдались такие проявления болезни как подпяточный бурсит – у 11 (16,4%), энтеозопатия – у 12 (17,9%) больных. Развитие суставного синдрома носило «спиралевидный» характер – процесс начинался в основном с суставов стопы и далее в вос-

паление вовлекались голеностопные и коленные суставы. Однако наблюдалось вовлечение в патологический процесс нижнечелюстного сустава (у 2 больных) и суставов верхних конечностей: проксимально-пястных суставов – у 14, запястно-пястного большого пальца – у 6, плечевых – у 17, локтевых – у 12, лучезапястных суставов – у 9.

Внесуставные проявления заболевания, как поражение глаз, по типу конъюктивита отмечались у 26 (38,8%), в основном у мужчин (100%). Быстро развивающаяся мышечная гипотрофия в прилежащих к суставам мышцах наблюдалась у 3 (4,4%) больных.

Поражение мочеполовой системы (МПС) выявлялось у 47 (70,1%) больных: уретриты – у 38 (80,8%) мужчин и 2 (4,3%) женщин, простатиты – у 7 (14,9%) мужчин. Субъективными симптомами уретрита были зуд, жжение и чувство дискомфорта в уретре, а объективными – гиперемия и отечность наружного отверстия мочеиспускательного канала, у женщин – вагинальные выделения. Поражение кожи в виде кератодермии наблюдалось у 5 (7,5%) больных. Лимфоаденопатия отмечалась у 22 (32,8%), из них у 19 (86,4%) мужчин, у 3 (13,6%) женщин (таблица 2).

Таблица 2.

Клиническая характеристика больных реактивным артритом в зависимости от пола.

Клинические проявления	Всего, n - 67	В том числе				
		муж, n - 63	жен, n - 4	абс.ч	%	
1	2	3	4	абс.ч	%	
Суставной синдром:	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
- моноартрит	5	7,5	5	100	-	-
- олигоартрит	30	44,8	29	96,7	1	3,3
- полиартрит	32	47,7	29	90,6	3	9,4
сакроилеит	18	26,8	18	100	-	-
-двусторонний	9	13,4	9	100	-	-
- правосторонний	6	8,9	6	100	-	-
- левосторонний	3	4,5	3	100	-	-

Энтезопатии	12	17,9	10	83,3	2	16,7
Подпяточный бурсит	11	16,4		90,9	1	9,1
1	2	3	4	5	6	7
Внесуставные проявления:						
- поражение глаз	26	38,8	26	100	-	-
- МПС	47	70,1	45	95,7	2	4,3
- кожи	5	7,5	5	100	-	-
Лимфоаденопатия	22	32,8	19	86,4	3	13,6
Исход:						
- выздоровление	28	41,8	28	100	-	-
- улучшение	28	41,8	26	93	2	7
- артроз	11	16,4	9	82	2	18

Таблица 3.

Клиническая характеристика больных в зависимости от формы реактивного артрита.

Клинические проявления	Постэнтероколитическая, n - 20	Урогенитальная, n - 47
Суставной синдром:		
-monoартрит	2 (10%)	8 (17%)
-олигоартрит	10 (50%)	18 (38,3%)
-полиартрит	8 (40%)	21 (44,7%)
сакроилеит		
-двусторонний	2 (10%)	7 (14,9%)
сакроилеит		
-правосторонний	3 (15%)	3 (6,4%)
-левосторонний	1 (5%)	2 (4,3%)
Энтезопатии	6 (30%)	6 (12,8%)
Подпяточный бурсит	5 (25%)	6 (12,8%)
Внесуставные проявления:		
- поражение глаз	10 (50%)	16 (34%)
- МПС	16 (80%)	31 (66%)
- кожи	3 (15%)	2 (4,25%)
Лимфоаденопатия	8 (40%)	14 (29,8%)
Исход:		
- выздоровление	12 (60%)	28 (59,6%)
- улучшение	4 (20%)	12 (25%)
- артроз	4 (20%)	7 (14,9%)

Из таблицы 3 следует, что при урогенитальной форме РeA преобладает полиартрит - у 21 (44,7%), олигоартрит у 18 (38,3%), двусторонний сакроилеит - у 7 (14,9%). Из внесуставных проявлений поражение МПС у 31 (66%), поражение глаз у 16 (34%).

Все больные были осмотрены урологом или гинекологом с целью выявления воспалительных заболеваний урогенитальной сферы. Диагноз уретрита ставился на основании соответствующих клинических проявлений (рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание, выделения из уретры), данных урологического обследования (гиперемия, спилинание губок уретры) и/или лабораторного исследования (лейкоцитурия в первой порции утренней мочи, повышенное количество лейкоцитов в мазках из уретры). Диагноз простатита устанавливался урологом при пальпаторном и ультразвуковом обследовании, исследовании секрета предстательной

железы. У женщин воспалительные заболевания урогенитальной сферы диагностировались гинекологом.

Множественные воспалительные органные изменения сопровождались изменениями основных показателей гемограммы – количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

В таблице 4 представлена сравнительная характеристика клинических и лабораторных показателей больных РeA в сравнении с контрольной группой.

У больных с постэнтероколитической формой РeA исходно средние значения СОЭ составили $35,2 \pm 4,35$ мм/час, количество лейкоцитов – $9,06 \times 10^9 / \text{л} \pm 0,61$, ($p < 0,01$), а при урогенитальной форме – $17,56 \pm 2,51$ мм/час и $6,93 \times 10^9 / \text{л} \pm 0,36$, что достоверно ($p < 0,01$) выше показателей контрольной группы ($3,36 \pm 0,20$ мм/час и $4,47 \times 10^9 / \text{л} \pm 0,11$ соответственно). У 75% больных СОЭ определялась выше 25 мм/ч.

Таблица 4.

Сравнительная характеристика клинических и лабораторных показателей больных реактивным артритом в сравнении с контрольной группой.

Формы РeA	Основная группа		Контрольная группа	
	СОЭ	лейкоциты	СОЭ	лейкоциты
постэнтероколитическая	$35,2 \pm 4,35$	$9,06 \times 10^9 / \text{л} \pm 0,61$	$3,36 \pm 0,20^{**}$	$4,47 \times 10^9 / \text{л} \pm 0,11^{**}$
урогенитальная	$17,56 \pm 2,51$	$6,93 \times 10^9 / \text{л} \pm 0,36$		

** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$ достоверность различий до и после лечения

Таким образом, клинические проявления РeA характеризовались ярким суставным синдромом с явлениями артрита, вовлечением в процесс КПС, энтезо-

патиями, подпяточным бурситом, поражением глаз, МПС, выраженной лабораторной активностью. Достоверных различий в выраженности суставного синдро-

ма в зависимости от формы болезни не выявлено, а лабораторная активность была выраженнее при пост-энтероколитической форме РеА. Ввиду того, что женщины, страдавших РеА, было всего 4, сравнительный анализ клинических проявлений по полу не проводился.

Выводы:

1. Суставной синдром при РеА отличался стойкостью, асимметричностью и болевым синдромом, в основном преобладали больные с полиартритом – у 47,7%, сакроилеитом – 26,8%, энтеозопатиями у 17,9%.

2. В зависимости от форм РеА суставной синдром – полиартрит у 44,7%, олигоартрит – 38,3%, двусторонний сакроилеит – у 14,9% больных, из внесуставных проявлений поражение МПС (уретрит, простатит) – у 66%, глаз – 34% преобладали при урогенитальной форме заболевания.

3. Лабораторные показатели были выраженнее при постэнтероколитической форме РеА.

Литература:

- Бурмак Ю. и др. Реактивный артрит. Клинико-диагностические критерии и тактические подходы врача общей практики // Бібліотека сімейного лікаря та сімейної медсестри. - 2009. - № 5. - С. 40 – 43.
- Загреба Р. П., Моченева Т. Л., Кицкало Ю. Я., Лазарева М. В. 20-летний опыт ведения пациентов с реактивным артритом // Укр. ревматол. журн. - 2004. - № 15 (1). - С. 22-24.
- Спаська Г.О. Реактивный артрит: сучасний погляд на проблему // Укр. мед. часопис. – 2011. - № 6 (86).
- Жеребкин В.В. Реактивные артриты // Болезни и антибиотики. – 2012. - № 1 (6). – С. 14 – 17.
- Обраменко И.Е. Методика магнитно-резонансного исследования у пациентов с реактивным артритом // Радиология – Практика. – 2013. - № 4. – С. 59-62.

Тұжырым

РЕАКТИВТІ АРТРИТІ БАР НАУҚАСТАРДА БУЫН СИНДРОМЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІГІ

М.Ф. Ногаева

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,
Амбулаторлы-емханалық терапия кафедрасы, Алматы қ., Қазақстан

Зерттеудің мақсаты реактивті артриті (РеА) бар науқастардың буын синдромының клиникалық ерекшеліктерін зерттеу.

Материалы және әдістері. РеА бар 67 науқас қаралып тексерілді жасы 18 – 44 ден бастап 44 дейін (негізгі топ) ерлер - 63 (94%), орташа жасы – (26,01±0,86). Әйелдер (ортаса жасы – 35,5±3,86) 4 (6%). Бақылау тобын жынысы және жасы бойынша сәйкес 20 сау адамдар құрады (ортаса жасы – 24,55 ± 0,94). Бақылау тобын зерттеу РеА клинико-лабораторлы диагностика алгоритмі бойынша жүргізілді.

Аурудың қоздырышына байланысты науқастар уrogenитальді, энтероколиттік екі формасына бөлінді. РеА ең жиі себебі болып уrogenитальді инфекция (70,1%) табылды, ал энтероколиттік – 2 есе сирек анықталды (29,9%).

Нәтижесі. РеА клиникалық көрінісі айқын буын синдромымен, яғни артритпен, процеске сегізкөз-мықын байламы, энтеозопатиялармен, табанасты бурситпен, көз, зәр шығару жүйесінің (ЗШЖ) закымдалуыменен, айқын лабораторлы белсенділігімен сипатталынды. Аурудың формасына байланысты буын синдромының айқын айырмашылығы болған жоқ, ал РеА энтероколиттік формасында лабораторлы белсендік айқын байқалды.

Корытынды. РеА кезінде негізінен полиартриті – 47,7%, сакроилеиті – 26,8%, энтеозопатиялары 17,9% бар науқастар басым көбірек кездесті. Аурудың формасына байланысты буындық және буыннан тыс көріністер РеА уrogenитальді түрінде басым болды.

Негізгі сөздер: реактивті артрит, буын синдромы, клиникалық көрініс.

Summary

CLINICAL FEATURES OF ARTICULAR SYNDROME IN PATIENTS WITH REACTIVE ARTHRITIS

M.G. Nogaeva

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov
Acting associate professor of ambulatory-polyclinic therapy

Goal of this study was to investigate the clinical features of the articular syndrome in patients with reactive arthritis (ReA).

Materials and Methods. Examination of 67 patients with ReA 18 - 44 years (study group) with a predominance of men - 63 (94%) of middle age - 26,01 ± 0,86. Women (average age - 35,5 ± 3,86) was 4 (6%). The control group consisted of 20 healthy subjects (mean age - 24,55 ± 0,94), matched by sex and age with the main group. The study was carried out on a control group of clinical and laboratory diagnostic algorithms ReA.

Depending on the specific pathogenReA patients divided into urogenital, enterokoliticheskuyu form. The most frequent cause of ReA was urogenital infection (70,1%), and intestinal infection - was detected in 2 times less (29,9%).

Results of the study. Study of the clinical picture of ReA articular syndrome characterized by bright with symptoms of arthritis, involvement in the process of the sacroiliac joint (SIJ), enthesiopathies, under heel bursitis, ocular involvement, genitourinary system (GUS), expressed laboratory activity. Significant differences in the severity of the articularsyndrome depending on the form of the disease have been identified and laboratory activity was an expression of the intestinal form of ReA.

Conclusion. Established that in ReA predominated patients with arthritis - at 47.7%, sacroiliitis - 26.8%, from 17.9% entezopatiyamii. Depending on the forms of the disease joint and extra-articular manifestations prevailed in the form of urogenital ReA.

Key words: reactive arthritis, articular syndrome, the clinical picture.