

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна

Мета: визначити критерії функціональної недостатності на основі вивчення особливостей клінічного перебігу та активності захворювання ЮРА у дітей.

Пацієнти і методи. У дослідження було включено 149 дітей з ЮРА віком від 1 до 17 ($12,0 \pm 3,9$) років. На час обстеження усі діти мали клінічні та лабораторні ознаки загострення захворювання. Комплекс обстеження включав клінічні і лабораторні методи; оцінку суглобового синдрому за шкалою Річі, оцінку больового синдрому з використанням візуальної аналогової шкали, оцінку активності ЮРА за допомогою інтегральних індексів шкали активності хвороби. Анкетування пацієнтів з ЮРА проводилось за методикою СНАQ, адаптованою для дитячого віку.

Результати. У 40,9% дітей захворювання характеризувалось швидким прогресуванням, середня кількість уражених суглобів склала $2,55 \pm 0,2$, а індекс Річі — $5,4 \pm 0,4$ бала, та супроводжувалось помірною активністю запального процесу за інтегральним індексом шкали активності хвороби на основі С-реактивного протеїну ($2,4 \pm 0,01$ бала). Встановлений високий показник суб'єктивного відчуття болю та хвороби, особливо серед дівчаток, що значно впливає на їх психоемоційний стан та знижує якість життя. За даними запитальника СНАQ, у дітей з ЮРА значно страждає здатність до виконання мінімальних побутових фізичних навантажень (71,8% пацієнтів), особливо знижується мобільність та повсякденна активність, що робить їх соціально вразливими та вимагає постійної сторонньої допомоги.

Висновки. Наявність прямого кореляційного зв'язку між окремими клінічними параметрами (кількістю уражених суглобів, суглобовим індексом Річі, показником інтегрального індексу шкали активності хвороби) та показниками суб'єктивних переживань дітей (результат опитувальника СНАQ та візуальної аналогової шкали) вказує на значний негативний вплив захворювання на стан здоров'я та функціональний статус дітей з ЮРА.

Ключові слова: ювенільний ревматоїдний артрит, функціональна недостатність, діти.

Вступ

На сьогодні в Україні нараховується понад 165 тисяч дітей-інвалідів, а захворювання кістково-м'язової системи займають п'яте місце у структурі інвалідності осіб до 18-річного віку. Серед ревматологічних захворювань дитячого віку найпоширенішим (понад третина у структурі) є ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА), захворюваність на який становить 0,05, а поширеність — 0,34 на 10000 тис. дитячого населення [2]. ЮРА — захворювання з невинним прогресуючим перебігом, розвитком деструктивних змін у суглобах та важкими позасуглобовими проявами, що призводять до швидкої інвалідизації хворих [1]. Хронічний характер захворювання, деформації суглобів, постійний біль стають фоном життя та діяльності пацієнтів; значна, найчастіше і повна втрата працездатності, призводять до обмеження можливостей самореалізації, соціального прояву. У 50% хворих на ЮРА, незалежно від форми ураження, важка інвалідність розвивається протягом перших 7–10 років захворювання [3,5]. Така рання інвалідизація призводить до значного зниження якості життя дітей, обмеження їх повсякденної активності, низької соціальної спроможності батьків, істотних витрат на утримання дитини-інваліда [2]. Якість життя хворих розглядається як інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування пацієнта, що ґрунтується на його суб'єктивному сприйнятті. Одним із вагомих параметрів, який описує якість життя пацієнтів, є визначення їх функціональної спроможності — здатності виконувати звичні фізичні побутові навантаження, самообслуговування, мобільність, соціальна активність [4,8].

Останніми роками у світовій педіатричній практиці кількість наукових досліджень, що стосуються оцінки якості життя хворих дітей та їх функціональної спроможності,

значно зросла. Однак в Україні такі публікації залишаються поодинокими, незважаючи на високу соціальну значущість проблеми. Часто проблематичним залишається визначення функціональної спроможності пацієнта на рівні дитячого ревматолога та педіатра через відсутній єдиний діагностичний підхід. Натомість у країнах Європи та США визначення функціональної недостатності у пацієнтів з ЮРА — неодмінний рутинний діагностичний критерій, оскільки дає можливість оцінити вплив захворювання на якість життя, що безпосередньо залежить від показника [3,5,8]. Для встановлення ступеня функціональної спроможності у світовій практиці використовуються анкети: Стенфордський запитальник оцінки стану здоров'я (Stanford Health Assessment Questionnaire — HAQ) для дорослих та запитальник оцінки стану здоров'я у дітей (Childhood Health Assessment Questionnaire — CHAQ). CHAQ являє собою адаптовану версію Стенфордського запитальника оцінки стану здоров'я (1994 р.), що спеціально удосконалена з урахуванням функціональних та соціальних особливостей дитячого віку [9]. Використання CHAQ у дитячій ревматологічній практиці залишається незмінним впродовж останніх років, оскільки поряд з адекватною оцінкою функціональної здатності пацієнта вагомою перевагою методу є його доступність та швидкість проведення [10].

Метою дослідження було визначення критеріїв функціональної недостатності на основі вивчення особливостей клінічного перебігу та активності захворювання у дітей, хворих на ЮРА.

Матеріал і методи дослідження

Було комплексно обстежено 149 дітей з ЮРА, що знаходились на диспансерному обліку та лікуванні у Вінницькій, Житомирській та Хмельницькій обласних дитячих лікарнях. На час обстеження усі діти основної групи

Таблиця 1

Віко-статевий розподіл дітей, хворих на ЮРА

Стать	Вік, роки				
	0–3	4–6	7–11	12–14	15–17
Дівчатка, абс. (%)	2 (2,2)	4 (4,5)	24 (27)	27 (30,3)	32 (36)
Хлопчики, абс. (%)	5 (8,3)	5 (8,3)	17 (28,4)	16 (26,6)	17 (28,4)
Всього, абс. (%)	7 (4,7)	9 (6,0)	41 (27,5)	43 (28,9)	49 (32,9)

мали клінічні та лабораторні ознаки загострення захворювання. Вік дітей на час обстеження становив від 1 до 17 (12,0±3,9) років. Контрольну групу склали 30 практично здорових дітей такого ж віку.

У ході дослідження пацієнтів обстежували з використанням клінічних і лабораторних методів за такими параметрами: оцінка скарг дитини та об'єктивне обстеження, визначення активності запального процесу та ступеня дегенеративно-деструктивних змін на момент дослідження. Клініко-лабораторне дослідження пацієнтів ґрунтувалось на критеріях Американського коледжу ревматології та Європейської ліги проти ревматизму (ACR/EULAR), 2010, за наступними категоріями: суглобовий синдром, серологічний тест, маркери запалення та тривалість процесу. Оцінка суглобового синдрому проводилась з використанням шкали Річі, підрахунком набряклих суглобів, із порушенням функції. Оцінку больового синдрому проводили з використанням візуальної аналогової шкали (ВАШ), розподіленої на 10 рівнів по 10 мм, де 0 мм – відсутність болю, а 100 мм – максимально виражений біль.

Для визначення функціонального класу використовували класифікацію за Штейнброкером. Для оцінки активності ЮРА використовували інтегральні індекси шкали активності хвороби (ШАХ) – disease activity score (DAS), рекомендовані Європейською лігою проти ревматизму для клінічних досліджень у хворих з ревматоїдним артритом. Анкетування пацієнтів з ЮРА проводилось за методикою СНАQ, адаптованою для дитячого віку, відповідно до рекомендацій Американської асоціації ревматологів (АРА), що дає змогу оцінити стан здоров'я та функціональну спроможність дитини. Запитальник розподілений на 8 категорій, 30 запитань, на кожне з яких відповідали за

градацією балів від 0 до 3, де 0 – найлегший стан, а 3 – найважчий з можливих. На відміну від дорослої версії, СНАQ містить хоча б одне запитання у кожному розділі, яке може стосуватись будь-якого вікового періоду, аби знівелювати віковий ценз. Діти старше 8 років анкету заповнюють самостійно, до 8-річного віку – заповнюється батьками, причому доведений високий показник кореляції між обома версіями, що свідчить про достовірність надану інформацію батьками. Результат анкетування оцінювали як середнє значення з найгірших за кожною з 8 категорій. Окремо аналізували показники усіх 8 розділів запитальника: одягання та ранковий туалет (можливість самостійно вмитись, вдягнутись, обрізати нігті), вставання (можливість самостійно підвестись з ліжка, низького стільчика, підлоги), прийом їжі (можливість користування ножом та виделкою, відкриття коробок з їжею), прогулянка (здатність самостійно гуляти, підійматись сходами), гігієна (можливість самостійно прийняти ванну, втергись рушником, розчесати волосся, почистити зуби), можливість дістати предмет (можливість дотягнутись до предмета, підняти листок, зняти светр), стискання (можливість писати, малювати, відкрутити банку, закрутити кран, відімкнути двері), мобільність та активність (можливість бігати, гратись, кататись на велосипеді, виконувати мінімальну хатню роботу).

Дані досліджень проаналізовано згідно з рекомендаціями щодо статистичної обробки результатів медико-біологічних досліджень та з використанням комп'ютерної програми Statistica 6.0. Для кожної групи показників визначали середнє арифметичне (M), середнє квадратичне відхилення (σ), середню помилку (m). Достовірність різниці між середніми значеннями оцінювали за таблицею

Таблиця 2

Клінічна характеристика перебігу ЮРА залежно від статі

Показник	Хлопчики (n=60)	Дівчатка (n=89)
Активність процесу, (%)		
I	17 (28,3)	14 (15,7)
II	31 (51,7)	44 (49,4)*
III	12 (20)	31 (34,8)*
Функціональний клас, (%)		
I	11 (18,3)	9 (10,1)
II	36 (60)	49 (55,1)*
III	12 (20)	26 (29,2)*
IV	1 (1,7)	5 (5,6)*
Перебіг захворювання, (%)		
— повільне прогресування	38 (63,3)	50 (56,2)*
— швидке прогресування	22 (36,7)	39 (43,8)*
Кількість больових суглобів	2,2±0,2	2,9±0,3*
Індекс болю	1,2±0,2	2,0±0,2*
Кількість набряклих суглобів	1,5±0,1	1,9±0,1
Кількість суглобів з порушенням функції	2,3±0,2	2,2±0,3
Індекс Річі	4,8±0,4	6,1±0,4*
Індекс ШАХ з використанням ШОЕ	2,6±0,1	2,8±0,1
Індекс ШАХ з використанням СРП	2,4±0,1	2,6±0,1

Примітка: *p<0,05.

Таблиця 3

Лабораторна характеристика ЮРА за критеріями ACR/EULAR 2010

Показник	Діти з ЮРА (n=149)	Практично здорові діти (n=30)
Позитивний ревматоїдний фактор	9 (6,0%)	-
Вміст антитіл до модифікованого цитрулінованого віментину, Од/мл	26,3±1,28*	1,3±0,04
Вміст СРП, г/л	8,03±0,73*	0,68±0,02

Примітка: *p<0,05.

Таблиця 4

Показники суб'єктивної оцінки хвороби та якості життя дітей, хворих на ЮРА (в балах)

Показник	Хлопчики (n=60)	Дівчатка (n=89)
Суб'єктивна оцінка болю	4,8±0,6	6,4±0,7*
Суб'єктивна оцінка активності хвороби	5,2±0,2	6,1±0,2
Сумарний індекс SNAQ	1,07±0,04	1,18±0,03

Примітка: *p<0,05.

критеріїв Стьюдента для непараметричних показників. Різницю вважали достовірною при p<0,05.

Результати дослідження та їх обговорення

У обстежених дітей захворювання на ЮРА частіше зустрічалось у віковій групі старше 7 років. Середній вік хлопчиків та дівчаток, хворих на ЮРА, становив 11,3±4,3 та 12,4±3,6 року відповідно. Віко-статевий розподіл дітей основної групи наведений у таблиці 1.

За результатами дослідження, у переважній більшості обстежених (89,2%) захворювання перебігало у суглобовій формі, а у решти 10,7% — суглобово-вісцеральній. У 63 (42,3%) обстежених дітей суглобовий синдром перебігав за типом моноартриту, олігоартритичний варіант відмічався у 55 (36,9%) дітей, у 31 (20,8%) дітей було виявлено поліартрит. Середня кількість уражених суглобів у однієї дитини становила 2,6±0,2.

У переважній більшості дітей з ЮРА (91,2%) суглобовий синдром проявлявся відчуттями артралгій, набряком периартикулярних тканин та ранковою скутістю тривалістю до однієї години. Больовий синдром у вигляді поліартралгії, міальгії, осалгії відмічався у всіх дітей з ЮРА, причому він мав як періодичний (63,6%), так і постійний характер (36,4%), посилювався під час пальпації, активних чи пасивних рухів дитини. У ході дослідження нами виявлено, що найчастіше в патологічний процес втягуються колінні суглоби — 40,9%, гомілково-ступневі — 19,7%, променево-зап'ясні — 17,4%. Дещо рідше у обстежених дітей були уражені ліктьові — 8,1%, дистальні фалангові — 4,5% та кульшові суглоби — 3,4%. У 1 (0,7%) пацієнта було ураження шийного відділу хребта, що зазвичай свідчить про важкий перебіг захворювання. Окрім суглобового синдрому, у 62 (41,6%) пацієнтів ЮРА клінічно проявлявся також інтоксикаційним синдромом різного ступеня з відчуттям загального нездужання, емоційною лабільністю,

головним болем, зниженням апетиту, погіршенням сну. Особливості клінічного перебігу ЮРА залежно від статі наведені у таблиці 2.

В ході дослідження встановлено, що у дівчаток частіше (20,8%) спостерігався важкий перебіг захворювання (III ступінь активності), мали місце виразні ознаки інвалідизації (III–IV ФК захворювання). До того ж у дівчат відмічалась достовірно більша (p<0,05) кількість болісних суглобів (2,9±0,3), вищими були індекс болю (2,0±0,2) та значення суглобового індексу Річі (6,1±0,4). Однак за кількістю набряклих суглобів, з порушеними функціями та показниками інтегрального індексу ШАХ, достовірної різниці між хлопчиками та дівчатками не встановлено.

Аналіз перебігу захворювання за критеріями ACR/EULAR 2010 наведений у таблиці 3.

За даними дослідження у дітей з ЮРА була встановлена помірна активність захворювання. Між лабораторними показниками активності захворювання серед хлопчиків та дівчаток достовірної різниці не виявлено.

Особливості суб'єктивної оцінки болю, активності захворювання та характеристика якості життя хворих на ЮРА дітей залежно від статі наведені у таблиці 4. Так, за даними дослідження, у дівчаток суб'єктивна оцінка болю виявилась вищою (на 33%) порівняно з такою у хлопчиків. Враховуючи, що у дівчаток вищі активність захворювання та інвалідизація, об'єктивні та суб'єктивні ознаки больового синдрому більш яскраві, вони потребують більш ретельного лікарського контролю та психологічної підтримки. Особливо критичним стосовно проведення обов'язкових програм психологічної підтримки паралельно з медикаментозною терапією ЮРА є період препубертату та пубертату.

Аналіз окремих показників функціональної спроможності дітей, хворих на ЮРА, за опитувальником SNAQ, наведений у таблиці 5.

Таблиця 5

Аналіз окремих показників функціональної спроможності дітей, хворих на ЮРА (в балах)

Показник	Хлопчики (n=60)	Дівчатка (n=89)
Одягання та ранковий туалет	1,02±0,04	1,3±0,04
Вставання	1,1±0,02	1,25±0,02
Прийом їжі	1,0±0,03	1,1±0,03
Прогулянка	1,35±0,05	2,0±0,06*
Можливість дістати предмет	1,05±0,02	1,2±0,03
Досягнення	1,25±0,04	1,65±0,03
Стискання	1,3±0,03	1,8±0,02*
Мобільність та активність	1,6±0,03	2,1±0,04*

Примітка: *p<0,05.

Було виявлено, що у дітей, хворих на ЮРА, найбільше страждають можливості до виконання мінімальних побутових фізичних навантажень (71,8%) та забезпечення власної мобільності (83,2%) — прогулянок, активних ігор. Серед дівчаток така тенденція спостерігалась у більшій мірі (на 48%), середній показник перевищував 2 бали, що свідчить про необхідність сторонньої допомоги для забезпечення вищенаведених функцій. Здатність до самообслуговування серед дівчаток та хлопчиків виявилась порушеною в однаковій мірі.

Проведений кореляційний аналіз між показниками клінічного перебігу захворювання вказав на наявність сильного прямого зв'язку між кількістю уражених суглобів, суглобовим індексом Річі та результатами запитальника СНАQ ($r_{xy}=+0,76-0,84$). Середньої сили прямий зв'язок був встановлений між показниками інтегрального індексу ШАХ (за ШОЕ та СРП) та результатами опитувальника СНАQ, ВАШ ($r_{xy}=+0,65-0,71$).

Висновки

1. У 40,9% дітей з ЮРА захворювання характеризувалось швидким прогресуванням (середня кількість уражених суглобів склала $2,55\pm 0,2$, а індекс Річі — $5,4\pm 0,4$ ба-

ла) та супроводжувалось помірною активністю запального процесу за інтегральним індексом шкали активності хвороби на основі С-реактивного протеїну ($2,4\pm 0,01$ бала).

2. У хворих на ЮРА дітей встановлений високий показник суб'єктивного відчуття болю та хвороби, особливо серед дівчаток ($6,4\pm 0,7$ бала), що значно впливає на їх психоемоційний стан та знижує якість життя.

3. За даними запитальника СНАQ у дітей з ЮРА значно страждає здатність до виконання мінімальних побутових фізичних навантажень (71,8% пацієнтів), особливо знижується мобільність та повсякденна активність (бал анкети > 2), що робить їх соціально вразливими та вимагає постійної сторонньої допомоги.

4. Наявність прямого кореляційного зв'язку між окремими клінічними параметрами (кількістю уражених суглобів, суглобовим індексом Річі, показником інтегрального індексу шкали активності хвороби) та показниками суб'єктивних переживань дітей (результат запитальника СНАQ та візуальної аналогової шкали) ($r_{xy}=+0,65-0,84$) вказує на значний негативний вплив захворювання на стан здоров'я та функціональний статус дітей з ЮРА.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеева Е. И. Клинические рекомендации по ведению больных, страдающих ювенильным ревматоидным артритом / Е. И. Алексеева, Т. М. Бзарова // Рос. педиатрич. журн. — 2009. — № 5. — С. 36—40.
2. Бережний В. В. Стан надання кардіоревматологічної допомоги дітям України (за матеріалами діяльності кардіоревматологічної служби у 2009 році) / В. В. Бережний, Т. В. Марушко, І. В. Романкевич // Совр. педиатрия. — 2010. — № 5 (33). — С. 14—17.
3. Новик А. А. Концепция исследования качества жизни в педиатрии / А. А. Новик, Т. А. Ионова, Т. П. Никитина // Педиатрия. — 2002. — Т. 6. — С. 83—88.
4. Brunner H. Health of Children with Chronical Arthritis: Relation of Different Measures and the Quality of Parents Proxy Reporting / H. Brunner // Arthr Rheum. — 2004. — Vol. 51 (5). — P. 763—73.
5. Dongados M. The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathia / M. Dongados, S. Van der Linden, R. Juhlin // Arthritis Rheum. — 2001. — Vol. 34(10). — P. 1218—27.
6. Flato B. Prognostic factors in Juvenil rheumatoid arthritis: a case-control study revealing early predictors and outcome after 14.9 years / B. Flato, G. Lien, A. Smerdel // J. Rheum. — 2010. — Vol. 30 (2). — P. 386—93.
7. Matza L. Assessment of health-related quality of life in children: A review of conceptual, methodological, and regulatory issue / L. Matza, A. Swensen, E. Flood // Value in Health. — 2010. — Vol. 7. — P. 79—92.
8. Nikishina I. The Russian version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ) / I. Nikishina, N. Ruperto, T. Shelepina // Clin. Exp. Rheumatology. — 2001. — Vol. 19, № XIII. — P. 131—135.
9. Prieur A. M. Prognosis of the systemic forms of juvenile chronic arthritis. Apropos of 100 cases / A. M. Prieur // Arch. Fr. Pediatr. — 2008. — Vol. 41. — P. 91—7.
10. Singh G. Measurement of Health Status in Children with Juvenile Rheumatoid Arthritis / G. Singh, B. H. Athreya, J. F. Fries // Arthr. Rheum. — 2009. — Vol. 37 (12). — P. 1761—9.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

В.М. Дудник, Ю.В. Выжга

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Украина

Цель: определить критерии функциональной недостаточности на основе изучения особенностей клинического течения и активности заболевания ЮРА у детей.

Пациенты и методы. В исследование было включено 149 детей с ЮРА в возрасте от 1 до 17 ($12,0\pm 3,9$) лет. На момент обследования все дети имели клинические и лабораторные признаки обострения заболевания. Комплекс обследования включал клинические и лабораторные методы; оценку суставного синдрома по шкале Ричи, оценку болевого синдрома с использованием визуальной аналоговой шкалы, оценку активности ЮРА при помощи интегральных индексов шкалы активности болезни. Анкетирование пациентов с ЮРА проводилось по методике СНАQ, адаптированной для детского возраста.

Результаты. У 40,9% детей заболевание характеризовалось быстрым прогрессированием, среднее количество пораженных суставов составило $2,55\pm 0,2$, а индекс Ричи — $5,4\pm 0,4$ балла, и сопровождалось умеренной активностью воспалительного процесса согласно интегрального индекса шкалы активности болезни на основе С-реактивного протеина ($2,4\pm 0,01$ балла). Установлен высокий показатель субъективного ощущения боли и болезни, особенно среди девочек, что значительно влияет на их психоэмоциональное состояние и снижает качество жизни. По данным вопросника СНАQ, у детей с ЮРА значительно страдает способность к выполнению минимальных бытовых физических нагрузок (71,8% пациентов), особенно снижается мобильность и повседневная активность, что делает их социально уязвимыми и требует постоянной посторонней помощи.

Выводы. Наличие прямой корреляционной связи между отдельными клиническими параметрами (количеством пораженных суставов, суставным индексом Ричи, показателем интегрального индекса шкалы активности болезни) и показателями субъективных переживаний детей (результат вопросника СНАQ и визуальной аналоговой шкалы) указывает на значительное негативное влияние заболевания на состояние здоровья и функциональный статус детей с ЮРА.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, функциональная недостаточность, дети.

EVALUATION OF THE FUNCTIONAL DEFICIENCY IN CHILDREN WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS

V.M. Dudnik, Yu.V. Vyzhga

N.I. Pirogov Vinnitsa National Medical University, Ukraine

Objective: To determine the criteria of functional deficiency based on the study of the features of the clinical course and JRA activity in children.

Patients and methods. The study included 149 children with JRA in the age from 1 to 17 ($12,0 \pm 3,9$) years. On the period of study all children had clinical and laboratory signs of disease exacerbation. The complex of examination included a clinical and laboratory methods; evaluation of articular syndrome by Ritchie index, assessment of pain syndrome with the use of visual analog scale; assessment of the JRA activity by the use of integral indices of disease activity scale. Questioning of patients with JRA has been conducted by the CHAQ method specially adapted for the child's age.

Results. In 40.9 % of the child's disease characterized by rapid progression, the mean number of affected joints was $2,55 \pm 0,2$, Ritchie index — $5,4 \pm 0,4$ points and was accompanied by a moderate activity of the inflammatory process according to the integral index of the disease activity scale based on the C-reactive protein ($2,4 \pm 0,01$ points). The high rate of subjective sensations of pain and disease is set, especially among girls that is greatly affected on their psycho emotional state and reduce the quality of life. According to the CHAQ questionnaire, in children with JRA significantly affected the ability to perform a minimum household physical activity (71.8 % of patients), especially reduced mobility and daily activities that make them vulnerable and requires constant assistance.

Conclusions. The presence of a direct correlation connection between the individual clinical parameters (the number of affected joints, Ritchie articular index, an indicator of the integral index of disease activity scale) and indicators of subjective experiences of children (the results of the CHAQ questionnaire and a visual analogue scale) indicates the significant negative impact of the disease on the health and functional status of children with JRA.

Key words: juvenile rheumatoid arthritis, functional deficiency, children.

Сведения об авторах:

Дудник Вероника Михайловна — д. мед. н., проф., зав. каф. педиатрии №2 Винницкого национального медицинского университета им. М.И. Пирогова. Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел. (0432) 57-03-60.

Выжга Ю.В. — кафедра педиатрии №2 Винницкого национального медицинского университета им. М.И. Пирогова. Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел. (0432) 57-03-60.

Статья поступила в редакцию 15.05.2013 г.

НОВОСТИ

Врачи не рекомендуют пеленать маленьких детей

Считается, пеленание успокаивает маленьких детей. Однако профессор Николас Кларк из Больницы Университета Саутгемптона уверен: эта практика приводит к повреждениям тазобедренного сустава. Королевский колледж акушеров тоже не рекомендует туго пеленать детей.

Проблема в том, что у запеленатого ребенка ноги вытянуты и сдавлены, и он не может пошевелиться. А это пагубно сказывается на суставах. Чтобы тазовый сустав нормально развивался, ребенок должен иметь возможность сгибать ноги. Также высок риск перегрева и внезапной детской смерти.

В принципе, к озвученным проблемам с суставами приводят все приспособления, вытягивающие ноги

ребенка на длительное время. По словам экспертов, родители должны знать о вероятности развития дисплазии вследствие неправильного ухода.

Дисплазия — неполноценность сустава, обусловленная его неправильным развитием. Она приводит к подвывиху или вывиху головки бедренной кости. Чем раньше начинается лечение, тем лучше прогнозы. Основные методы — применение ортопедических средств, удерживающих ноги в положении отведения и сгибания. Это могут быть особые штаны, подушки, стремена, шины. Также показана гимнастика. А в тяжелых случаях возможно вправление вывиха и наложение повязки.

Источник: <http://medexpert.org.ua/>