



КАК ЛЕЧИТЬСЯ БОЛЕЗНЬ РЕЙНО В УЗБЕКИСТАНЕ?

Ахматова Дурдона Данияр кизи
бакалавр 5ого курса педиатрического
факультета, Ташкентский педиатрический
медицинский институт
Email: septolede@mail.ru

Аннотация: Болезнь Рейно считается одной из основных причин развития хронической ишемии верхних конечностей. Однако, обилие заболеваний, протекающих клинически сходно, а также трудности дифференциальной диагностики породили сомнения в существовании болезни Рейно. Между тем, показатели диагностики болезни были представлены ещё в работе M. Raynaud в 1862 году настолько полно, что сохранили своё значение до настоящего времени. Болезнь Рейно, как правило, наблюдается у женщин, преимущественно в молодом возрасте, с наследственной склонностью или гиперчувствительностью к холоду с детства. Вазомоторные приступы локализуются симметрично на обеих верхних конечностях. При трехфазном изменении цвета и характерными жалобами на парестезии и похолодание, сопровождающийся приступ считается классическим.

Ключевые слова: болезнь Рейно, внутригрудная симпатэктомия, нервные ганглии, методы лечения, симпатическая иннервация, ангиотонические и трофопаралитические симптомы.

Annotatsiya: Reyno kasalligi yuqori tana oxirlari surunkali ishemiyasining asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. Biroq, klinik jihatdan o'xshash kasalliklarning ko'pligi, shuningdek, differentsial diagnostikaning qiyinchiliklari Reyno sindromining mavjudligiga shubha uyg'otdi. Reyno kasalligi xarakterli alomatlari, siklligi, angiotonik va trofoparalitik alomatlar paydo bo'lishi hamda rivojlanishining qat'iy ketma-ketligi bilan murakkab vegetativ-gumoral sindromga misol bo'ladi. Reyno kasalligi alohida nozologik shakl sifatida 150 yildan ortiq vaqtdan beri ma'lum bo'lgan. Kasallikning rivojlanishi va rivojlanishining sabablarini aniq tushunishning yo'qligi uni davolashning turli usullarini qo'llashning etarli darajada rivojlanishiga va asosligiga sabab bo'ladi. Va bugungi kunda, bu kasallikning etiopatogenezi munozarali bo'lib qolmoqda. Mazkur maqolada asosan ayollarda ko'p uchraydigan Reyno kasalligini O'zbekiston sharoitida erta aniqlash va etiologik-simptomatik davolash standartlaridan foydalangan holda, bemorning umumiy ahvolini yaxshilash va kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olish choralari xususida so'z yuritilgan.

Kalit so'zlar: Reyno sindromi, simpatektomiya, simptomatik innervatsiya, ishemiya, retikulyar substansiya, tromboelastogramma, reperfuzya, lizotsim, immunoglobulin.

Annotation: Raynaud's disease is an example of a complex autonomic-humorous syndrome with characteristic symptoms, cyclicality, and a strict sequence of the appearance and development of angiotonic and trofoparalytic symptoms. Raynaud's disease as a separate nosological form has been known for more than 150 years. The lack of a clear understanding of the causes of the development and development of the disease is the reason for the insufficient development and validity of the use of various methods of its treatment. And today, the etiopathogenesis of this disease remains controversial. Raynaud's is one of the main causes of upper body ischemia. Therefore, the clinical treatment is characterized by the abundance of



specific treatment, disease, diseases of the differential diagnosis caused doubts about the syndrome of Raynaud's syndrome. The general condition of the patient may improve and be in a state of origin. Raynaud's disease is considered to be one of the main causes of chronic ischemia. However, the severity of the disease is clinically significant, as well as the difficulty of differential diagnosis of insomnia and Raynaud's disease. In 1862, the work of M. Rayriaimd was presented with a demonstrable diagnosis of the disease.

Keywords: Raynaud's syndrome, sympathectomy, symptomatic innervation, ischemia, reticular substance, thromboelastogram, reperfusion, lysozyme, immunoglobulin.

ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Рейно является примером сложного вегетативно-гуморального синдрома с характерной симптоматикой, цикличностью, строгой последовательностью возникновения и развития ангиотонических и трофопаралитических симптомов. Болезнь Рейно как отдельная нозологическая форма известна уже более 150 лет. Отсутствие четкого представления о причинах развития и прогрессирования болезни обуславливает недостаточную разработанность и обоснованность применения различных методов ее лечения. И в наши дни остаются спорными вопросы этиопатогенеза данного заболевания.

По мнению большинства авторов патофизиологические механизмы можно условно разделить на следующие группы:

- Влияние симпатической нервной системы. Роль симпатической нервной системы доказывается такими фактами, как возможность лечения больных симпатолитиками, наличием положительного эффекта от симпатэктомии, появление приступов Рейно после эмоциональной стимуляции, достижение нормального кровотока путем согревания. При болезни Рейно обнаружены изменения почти во всех отделах симпатической нервной системы, однако специфическая роль этих изменений и последовательность их проявлений остается невыясненной.[2].

- Влияние патологически измененных артерио-венозных анастомозов. При нарушении центральной регуляции сложного вазомоторного аппарата периферических отделов конечностей возникает патологическое расширение артерио-венозных анастомозов, капиллярная сеть лишается нормального притока крови, что клинически проявляется побледнением кожи.

При наличии стаза в артериолах, капиллярах и венулах возможен обратный отток крови из венул в капилляры, чем объясняется цианоз, сменяющий побледнение кожи.



Восстановление тонуса мышечных стенок артерио-венозных анастомозов и закрытие их просвета влечет за собой заполнение артериальной кровью капиллярной сети кожи, а так как последняя находится в состоянии пареза, кровенаполнение может быть избыточным. Клинически этот момент проявляется гиперемией кожи и повышением ее температуры.

- Нарушение реологических свойств крови. Достоверно было получено увеличение фибриногена и крупнодисперсных глобулиновых фракций, что приводит как к повышению вязкости, так и к увеличению степени агрегации клеток крови. Исследуя преходящие ишемические приступы при болезни Рейно, установлено, что при отсутствии явной сосудистой патологии вновь образованные из лейкоцитов молекулы становятся причиной ишемии и реперфузии[1].

- Влияние иммунной системы организма. Во всех стадиях болезни Рейно достоверно снижены уровни комплемента сыворотки крови, пропердина, лизоцима.

Увеличивается содержание иммуноглобулинов М и G, снижается количество и функциональная активность Т-клеток, увеличивается содержание В-лимфоцитов, что зависит от степени выраженности активного патологического процесса. Снижение показателей иммунной реактивности у пациентов с болезнью Рейно указывает на один из возможных механизмов ее развития.

- Влияние центральной нервной системы. Дискуссия по данной проблеме продолжается столько же времени, сколько известна болезнь Рейно. Исследования последних лет вновь указывают на возможность наличия центральных нарушений, например, дисфункция адреналитических и холинергических вазомоторных центров в ретикулярной субстанции и диэнцефальной области имеет существенное значение в возникновении и развитии болезни Рейно.

Таким образом, в настоящее время нет единой этиопатогенетической теории развития болезни Рейно, объясняющей сложность течения заболевания, следовательно, нет единой точки зрения на выбор метода лечения.

Болезнь Рейно считается одной из основных причин развития хронической ишемии верхних конечностей. Однако, обилие заболеваний, протекающих клинически сходно, а также трудности дифференциальной диагностики породили сомнения в существовании



болезни Рейно. Между тем, показатели диагностики болезни были представлены ещё в работе M.Raygiaimd в 1862 году настолько полно, что сохранили своё значение до настоящего времени. G.Brown в 1932 году более четко сформулировал их в следующем виде:

1. Пароксизмальный, приступообразный характер нарушений кровообращения дистальных участков конечностей.
2. Симметричное или билатеральное поражение конечностей.
3. Отсутствие поражения магистральных артерий.
4. Некротические изменения ограничиваются кожей кончиков пальцев.
5. Длительность заболевания не менее 2-х лет.
6. Отсутствие всех других заболеваний, при которых болезнь Рейно могла бы быть вторичной[3].

Несмотря на отдельные попытки заменить или дополнить их, они остаются наиболее не заменимыми диагностическими критериями для клиницистов. С целью дифференциальной диагностики, используется стандартный алгоритм лабораторно-инструментальных методов обследования больных с симптомами хронической артериальной недостаточности верхних конечностей: общеклинические лабораторные исследования, иммунологические тесты, исследование гормонов, исследование липидного спектра крови, тромбоэластограмма и коагулограмма, тест на L - клетки, ультразвуковое исследование сосудов, плетизмография, холоддовая проба, реовазография, капилляроскопия. Гистологическое исследование мягких тканей предплечья позволяет более точно провести дифференциальную диагностику системных заболеваний с болезнью Рейно. С целью замедления прогрессирования болезни Рейно необходимо избегать длительного пребывания в холодных местах. Рекомендуется ношение одежды, сберегающей тепло, отказаться от курения, употребления кофеин содержащих напитков, избегать психоэмоциональных стрессов, а также воздержаться от приема лекарственных препаратов, оказывающих стимулирующее действие на нервную систему, избегать воздействия вибрации. Определенные трудности представляет консервативное лечение таких больных. Они связаны с необходимостью установления конкретной причины, вызвавшей болезнь. В тех случаях, когда выявлено первичное заболевание, тактика ведения больных должна включать лечение основного заболевания и наблюдение соответствующего специалиста. Большинство общепринятых методов относится к



симптоматическим формам лечения, основанным на применении общеукрепляющих, спазмолитических, болеутоляющих и средств, нормализующих гормональные функции. Специальной тактики ведения и лечения следует придерживаться у больных с профессиональными и бытовыми вредностями, при этом, прежде всего, устраняют фактор, вызывающий эти расстройства, например вибрация, холод.

Использование консервативной терапии, даже в случае длительного лечения, позволяет достичь эффекта в виде уменьшения количества сосудистых атак лишь у 50% больных. Это вынуждает применять более радикальные методы лечения болезни Рейно. Из предложенных оперативных вмешательств наибольшее распространение получила стволовая симпатэктомия. При данной операции иссекается участок симпатического ствола (СС), «ответственный» за иннервацию сосудов конечностей. В случае поражения кистей таким участком является уровень со 2-го по 4-й грудные симпатический узлы, т.к. именно от этих ганглиев отходит 85-95% всех нервных ветвей к сосудам данного региона. Высокая травматичность традиционных открытых доступов и убежденность в симптоматическом характере оказываемого пособия обуславливали сдержанное отношение к симпатэктомии и ее применение только в поздних стадиях болезни Рейно. Внедрение эндоскопического метода операции свело к минимуму ее травматичность. Однако отношение к симпатэктомии как к симптоматическому методу лечения болезни Рейно сохранилось. Такой подход к операции обусловлен рядом причин[4].

Имеет место убеждение, что при симпатэктомии удаляется функционально полноценный участок симпатического ствола. Действительно, нервная ткань обладает высокой пластичностью и способностью адаптации к экстремальным условиям. В тоже время длительное изменение функциональной активности нейронов при патологических состояниях неизбежно приводит к изменениям их структуры. Так как при болезни Рейно изменяется характер эфферентных и афферентных сигналов, можно предположить наличие при данном заболевании изменений структуры нейронов в симпатических ганглиях. Однако характер нарушений, их выраженность, степень поражения ганглиев, динамика изменений в зависимости от тяжести заболевания, а также эффективность лечения болезни Рейно в зависимости от степени повреждения структур ганглиев остаются неизученными. Во-вторых, в



качестве аргумента низкой эффективности симпатэктомии при болезни Рейно приводятся данные о частом рецидиве заболевания. На ангиоспастической стадии как раз пациент испытывает легкое покалывание, мурашки, зябкость. Кожа становится бледной, теряется чувствительность пальцев, может появляться ломящее ощущение боли. После этого наступает гиперемия – то есть сосуды переполняются кровью, появляется небольшой отек, краснота. На ангиопаралитической стадии случаются обострения более длительные по времени, проявляется цианоз (посинение), выраженная отечность. Боль становится сильнее. Часто пациента может бросать в жар, у него может проступить холодный пот, даже появляться ощущение страха и тревожности. При третьей, трофопаралитической стадии боль становится меньше, но если не лечить болезнь Рейно, последствия для пальцев гораздо хуже. Это появления язв, участков некроза – пальцы буквально разрушаются, наступает инвалидизация пациента. Состояние тяжелое как с физической, так и с психологической точки зрения. По-настоящему опасна именно третья стадия, а первые две к ней только подводят. Но лечение и наблюдение у врача стоит начинать как можно раньше, чтобы не допустить осложнений. Однако характер гемодинамических изменений в послеоперационном периоде при минимальном влиянии на результат операции факторов доступа требует дальнейшего изучения.

Цель исследования

Улучшение качества лечения больных с клиникой феномена Рейно различного происхождения путем внедрения комплексного лечения с использованием природно-климатических условий Кабардино-Балкарии.

Материалы и методы

Используются в комбинации такие методы как:

- бром-йодные, азотно-термальные, сероводородные и лечебные грязи Тамбуканского озера,
- Углекислые воды (горячие, теплые, холодные), углекисло-сероводородные сложного ионно-солевого состава, радоновые воды, минеральные воды,
- бальнеологическая группа вод «без специфических компонентов и свойств» (азотные термы, метановые воды с повышенным содержанием йода и брома, слабоуглекислая хлоридно-натриевая вода типа Арзни).



Основным специфическим лечебным фактором сульфидных ванн является сероводород, который проникает через кожу и дыхательные пути в организм и оказывает воздействие, прежде всего на нервную систему[5].

Стимулируются обменные процессы, улучшается питание кожи.

Сульфидные воды стимулируют регенерацию поврежденных тканей, оказывают противовоспалительное действие, значительно выраженное при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы и капилляры.

Активно помогают сульфидные воды при интоксикации тяжелыми металлами. Однако сероводородные воды довольно агрессивны и имеют некоторые противопоказания, например, при болезнях почек, печени, желчевыводящих путей, гипертиреозе. Некоторые углекисло-сероводородные источники используются для питья. Питье минеральных вод, как метод систематического лечения больных, было введено в 30-е годы. Действие минеральных вод на организм человека оказывает удивительно разностороннее влияние. Недаром люди испокон веков приписывали водам чудодейственное свойство.

При воздействии прогретой иловой грязи в организм поступают сероводород, антибактериальные вещества, гормоны, витамины, биогенные стимуляторы, содержащиеся в ней.

Грязелечение снимает активность воспалительного процесса, способствует его ликвидации. В годы Великой Отечественной войны лечебная грязь принималась при лечении огнестрельных ранений конечностей, болезнях периферической нервной системы, костей и суставов, инфицированных ран.

В тамбуканской грязи есть микроорганизмы, способные вырабатывать на питательных средах пенициллин. Грязевые процедуры улучшают питание тканей и тонус мышц, улучшают деятельность сердечно-сосудистого русла, активно влияют на функции печени и других органов и систем организма[6].

Результаты

Эффективность проведенного лечения контролировалась путем послеоперационного обследования больных, включавшего инструментальные методы обследования (ультразвуковые дуплексное сканирование сосудов, капилляроскопия и реовазография).

При сравнении групп наблюдения выявлено, что при проведении в основной группе показатели инструментального обследования оказались



кратно выше, чем показатели в контрольной группе, где проводился стандартный курс лечения. Результаты работы используются на кафедре хирургий ТашПМИ при проведении практических занятий со студентами и магистрами хирургического профиля. Атака Рейно проявляется следующей последовательностью:

Бледность, похолодание кожи пальцев рук, ног, губ, носа и ушей. Кожа приобретает бледный оттенок в момент выраженного сужения сосудов в ответ на провоцирующий фактор;

Посинение кожи. Изменение цвета связано с застойными явлениями, нарушением венозного оттока и питания тканей;

Ярко-красная кожа. Атака Рейно завершается расширением сосудов, восстановлением кровоснабжения. Когда кровоток улучшается, кожа может опухать и пульсировать.

Сначала цвет кожи меняется на одном пальце, распространяется на оставшиеся пальцы кисти, затем изменения симметрично развиваются на пальцах обеих кистей.

На фоне недостаточного кровотока возникают ощущения «мурашек», онемения, покалывания, дискомфорта. Это связано с тем, что мелкие кровеносные сосуды спазмируются, что снижает кровоток к кончикам пальцев. После приступа в течение некоторого времени могут сохраняться трудности с движением пальцев кистей и стоп. Продолжительность атаки обычно составляет от нескольких минут до нескольких часов, может изменяться от пациента к пациенту. Даже у одного и того же пациента интенсивность и продолжительность приступов могут отличаться. Зимой, как правило, атаки более выраженные и длительные. Стоит отметить, что синдром Рейно классифицируют на два типа. Первичный синдром развивается у молодых женщин до 30 лет (как правило, в подростковом возрасте), у которых нет другого системного заболевания. Первичный синдром не несет в себе опасности, несмотря на неприятные симптомы. Для этой формы не характерны стойкие структурные изменения. Вторичная форма возникает у пациентов с установленным системным заболеванием. К распространенным состояниям, связанным с синдромом Рейно, относятся системная красная волчанка, ревматоидный артрит, склеродермия, васкулит. Начало вторичного синдрома приходится на более поздний возраст. Вторичный синдром Рейно может осложняться повреждением



кожного покрова, развитием язв. При появлении язвы рекомендовано незамедлительность обратиться к врачу[7].

Выводы

В связи с тем, что патогенез заболевания окончательно не изучен, нет четких дифференциальных критериев, лечение патогенетически не обосновано и малоэффективно. Причины развития вторичного синдрома Рейно:

Заболевания соединительной ткани. Склеродермия – заболевания, которое сопровождается утолщением и рубцеванием кожи. У большинства пациентов развитие патологии связано со склеродермией;

Вибрация на рабочем месте. Вибрация на производстве повышает риск заболевания, так как негативно влияет на кровеносные сосуды;

Курение. Установлено, что курение приводит к сужению кровеносных сосудов, нарушению кровоснабжения и ухудшению течения патологии;

Синдром запястного канала. Это состояние, при котором происходит сдавление периферических нервов, обеспечивающих подвижность пальцев рук. Давление вызывает онемение и неприятные ощущения в руке, а также чувствительность к холоду;

Прием некоторых лекарственных препаратов. К ним относятся препараты для контроля сердечного ритма, противомигренозные, противоопухолевые лекарства. Синдром Рейно часто диагностируется врачом-ревматологом. Врач-ревматолог – эксперт в вопросах диагностики и лечения системных аутоиммунных заболеваний, затрагивающих суставы, костную и мышечную системы. Именно ревматолог на основании опроса, осмотра, выполнения ряда исследований диагностирует заболевание, первичную или вторичную природу заболевания. Анализ крови на антинуклеарные антитела. Обнаружение антинуклеарных антител говорит о наличии аутоиммунного заболевания, с которым может быть ассоциирован синдром Рейно; Скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Повышение показателя СОЭ сообщает о более высоком риске наличия воспалительной аутоиммунной патологии; Осмотр под микроскопом ногтевого ложа (капилляроскопия) на предмет измененных сосудов. Коррекция образа жизни и привычек и назначение эффективных лекарственных препаратов – основные моменты терапии синдрома Рейно. Проявления первичной формы успешно поддаются коррекции при соблюдении рекомендаций:



Поддержание тела в тепле, ношение термобелья в холодное время года, обязательное ношение шапки, варежек, перчаток, носков зимой, использование грелок;

Снижение уровня стресса, при необходимости обращение за медицинской помощью к психотерапевту;

Отказ от курения;

Регулярная физическая активность;

Ограничение употребления напитков, содержащих кофеин.

Консервативное лечение показано, когда для стабилизации недостаточно лишь модификации образа жизни. В терапии эффективны препараты, которые назначаются для лечения артериальной гипертензии. Механизм действия препаратов заключается в расширении сосудов и восстановлении кровоснабжения. Целью и задачей нашего исследования стал поиск более благоприятного исхода лечения феномена Рейно. Для этого использовались такие современные лабораторные методы исследования, как иммуногенетические, иммунологические и эндокринологические, природно-климатические условия Кабардино-Балкарской Республики.

Литература:

1. Cabane J. Is Reynolds syndrome a genetic laminopathy? *Gastroentérologie Clinique et Biologique*. 2010;34(10):509-10.
2. Reynolds TB, Denison EK, Frankl HD, Lieberman FL, Peters RL. Primary biliary cirrhosis with scleroderma, Raynaud's phenomenon and telangiectasia. New syndrome. *Am. J. Med.* 1971;50(3)
3. Государственная Фармакопея Российской Федерации XIII, том II. Общие методы анализа. - М.: ФЭМБ, 2015. - 1292с.
4. Матвеев А.В. Гепатопротекторы. Анализ международных исследований по препаратам группы лекарств для печени. - Симферополь: ИТ «АРИАЛ», 2013. - 384 с.
4. Петров Е.В., Асеева Т.А., Чехирова Г.В. Теоретические предпосылки разработки рецептур многокомпонентных фитопрепаратов на основе опыта традиционной медицины // Бюллетень восточно-сибирского научного центра Сибирского отделения Российской Академии Медицинских Наук. - 2009. - №3. - С. 222-224.
5. Реуцкий, И.А. Мёд как лекарство / И.А. Реуцкий; под ред. Т. Решетника. - Эксмо-Пресс. - 2010. - 448с.
6. Saxena M., Saxena J., Khare S. A brief review on: Therapeutical values of *Lantana camara* plant. // *International journal of pharmacy and life sciences*. - 2012. - Vol. 3. - N.3. - P. 1551-1554.