УДК 617.577+617.587]-005.4-092-08

С.І.Іващук

КУРАЦІЯ ХВОРИХ НА ФЕНОМЕН РЕЙНО У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Кафедра сімейної медицини (зав. – проф. С.В.Білецький)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. У статті дається огляд літератури з питань етіопатогенезу, клініки та лікування феномена Рейно. Особлива увага приділена медикаментозній терапії.
Ключові слова: феномен Рейно, лікування.

Феномен Рейно, інколи його називають синдромом Рейно (СР), або захворюванням Рейно, є актуальною науковою та медико-соціальною проблемою. За деякими оцінками, тільки у США від 11 до 22 млн. жінок і від 2,8 до 5,5 млн. чоловіків страждають на СР. Серед хворих від 60 до 90% становлять жінки, які більш схильні до ідіоматичного феномена Рейно у поєднанні із захворюванням сполучної тканини. У чоловіків СР трапляється у більш старшому віці й має значно вищу частоту розвитку атеросклерозу. СР – це захворювання, на яке страждає від 2,5 до 4% населення, а в країнах із холодним та вологим кліматом – 25–30% [10; 15].

Залишається проблемою і недостатня поінформованість широкого загалу лікарів стосовно феномена Рейно. Хворі з цією патологією досить часто спостерігаються лікарями різних спеціальностей: хірургом, дерматологом, терапевтом, ревматологом, а деякі – узагалі залишаються поза увагою лікаря. Водночас, сучасний клініцист стикається із зростаючою кількістю запитань стосовно етіології та патогенезу феномена Рейно, за гетерогенності його патофізіологічних механізмів, клінічної належності, і відповідно терапевтичних підходів [2].

Причини виникнення феномена Рейно різні, проте найчастіше його пов'язують із хворобами сполучної тканини (склеродермія, хвороба Шегрена, системний червоний вовчак), неврогенною патологією (карпальний тунельний синдром), впливом вібрації потужних інструментів (відбійні молотки, пневматичні бури, вібратори, потужні ручні пили), тривалою професійною травматизацією, дією хімічних речовин (хлорид вініл), медикаментів (цитостатики, β-адреноблокатори), важких металів, обморожуванням тощо [3; 5; 12; 13].

Узагалі на пострадянському просторі більш уживаними є терміни: хвороба Рейно (у разі самостійного існування феномена Рейно впродовж 2–3 років) та синдром Рейно (коли феномен Рейно виникає на тлі основного захворювання) [1].

Хоча феномен Рейно не загрожує життю, проте втрата працездатності може змусити працівників залишати їх робочі місця, змінювати професію [9].

Феномен Рейно – захворювання, яке проявляється судинними кризами із симетричністю ураження, з переважною локалізацією на верхніх кінцівках; відсутність гангрени чи наявність невеликих ділянок некрозу на шкірі дистальних відділів кінцівок, за збереження пульсації регіональних артерій. Втрата чутливості й контролю в пальцях; поколювання в пальцях; блідість шкіри та її холодність; біль, інколи почервоніння, коли прилив крові повертається до пальців. Ці напади можуть бути спричинені роботою на холоді, важкою працею або емоційним потрясінням, і продовжуються від декількох хвилин до декількох годин [4].

Перебіг захворювання має декілька стадій, яким властива наступна клініка:

1-ша стадія (ангіоспастична) – спостерігається різної інтенсивності короткочасне збліднення та похолодання пальців рук і ніг на холоді ("мертві пальці") із втратою чутливості, що за декілька хвилин змінюються реактивним розширенням судин, яке супроводжується гіперемією шкіри та потеплінням пальців. При цьому може відмічатися сильне печіння, біль;

2-га стадія (ангіопаралітична) – напади збліднення з'являються рідко, кисті та пальці набувають синюшного забарвлення, інтенсивність якого посилюється при опусканні рук униз (аж до лілового відтінку). Постійною стає набряклість пальців;

3-тя стадія (трофопаралітична) – на шкірі пальців з'являються виразки. Можливе виникнення панаріцій, утворення вогнищ некрозу, які захоплюють м'які тканини 1–2 кінцевих фаланг; самостійне відторгнення некротичних ділянок, після чого залишаються повільно заживаючі виразки, рубці блідого забарвлення, болючі, спаяні з кістою.

© С.І.Іващук, 2003

Варто зауважити необхідність проведення диференційної діагностики з облітеруючим ендартеріїтом, синдромом шийного ребра, реберно-ключичним синдромом, синдромом переднього сходового м'яза.

Медикаментозне лікування полягає у призначенні судинорозширювальних засобів і препаратів, які поліпшують реологічні властивості крові. Ефективним залишається ніфедипін (антагоніст кальцію), добова доза якого коливається від 30 до 80 мг і вище. Цей препарат забезпечує зняття спазму гладеньких м'язів судинної стінки. Ефективним вазодилататором є ізоксуприн (20 мг – 3–4 рази на добу, курс 2–3 місяці). Враховуючи зв'язок нападів із холодовим фактором, використовують β-адреноблокатори: адверзутен 1 (празозина гідрохлорид) і теразозин, небіволол (небілет у дозі 5 мг на добу). Може бути використаний і ніцерголін (серміон), який є антагоністом α-адренорецепторів і володіє багатоплановою дією (добова доза становить від 5 до 30 мг). Широко застосовують трентал (пентоксифілін) як у таблетованій формі (800–1200 мг на добу), так і внутрішньовенне введення курсами по 10–14 днів. Залишається в арсеналі й нікотинова кислота (добова доза становить 2 мл 1%-го розчину на кожних 10 кг маси тіла хворого) та її препарати (ксантинола нікотинат, компламін). Високоефективним є призначення вазопростану (простагландин Е1, альпростадил) (внутрішньовенне крапельне введення у дозі 20–40 мкг альпростадилу в 250 мл фізіологічного розчину впродовж 2–3 годин, щоденно або через день; на курс 10–20 інфузій). Ремісія після застосування цього препарату може сягати 6-7 місяців, проте його вартість (1 ампула – від 100 гривень) дещо стримує призначення медикаменту широкому загалу. У плані допоміжної терапії використовують Гінкго Білоба (40–50 мг тричі на добу), препарати часнику [7; 8; 11; 14].

Вазодилатацією також володіють натуральні продукти, збагачені поліненасиченими жирними кислотами (риб'ячий жир, первоцвітна олія, масло вечірньої примули. Ці жирні кислоти після перетворення дають сполуки, подібні до простагландину. Ефективним є призначення вітамінів А, Е, С у комбінації із селеном [16].

Високоефективним засобом лікуванням, що забезпечує тривалу ремісію, зарекомендував себе і плазмаферез [6].

У деяких випадках застосовують блокади грудних симпатичних вузлів або ж хірургічне лікування.

Якщо врахувати, що лікувати хворобу чи синдром Рейно, за низької ефективності медикаментозної терапії, нелегка справа, то стає зрозумілим, що сімейний лікар, поряд із проведенням підбору комплексної терапії, буде змушений більше уваги приділяти профілактиці проявів цієї патології. Стосовно останнього необхідно порекомендувати хворому програму лікувальної поведінки.

Література. 1.*Геник С.М., Олексин В.І.* Синдром і хвороба Рейно // Гал. лікар. вісник.– 2001.– Т.8., №4.– С.144-147. 2. *Гусева Н.* Синдром Рейно // Врач.– 2000.– №5.– С.18-20. 3.*Гусева Н.Г.* Синдром Рейно в ревматологии // Врач. практика.– 2001.– №4.– С.7-12. 4. *Дрюк Н.Ф., Крушин Д.Н., Олейник Л.И. и др.* Разработка и внедрение методов диагностики и лечения нейроваскулярных заболеваний верхней конечности // Клин. хирургия.– 1997.– №3-4.– С.25-29. 5. *Конычев А.В., Корешкина Т.А., Кокорин К.В., Каюков А.В.* Феномен Рейно – клинический аспект заболевания // Вест. хирургии им.И.И.Грекова.– 2001.– Т.160., №2.– С.118-122. 6. Лоба М.М. Эфферентная терапия феномена Рейно // Клин. хирургия.– 1994.– №12.– С.51-53. 7.*Надашкевич О.* Порівняння терапії різними дозами ніфедипіну при асоційованому із системною склеродермією синдромі Рейно //Ліки України.– 2001.– №1.– С.41-42. 8.*Надашкевич О.Н.* Феномен Рейно в ревматології: епідеміологічні аспекти, підходи до діагностики та лікування // Укр. кардіол. ж.– 2000.– №1-2.– С.104-106. 9. *Перадзе Т.Я., Мосиава Т.Ш., Гогинашвили З.З. и др.* Некоторые аспекты диагностики и лечения болезни и синдрома Рейно // Анналы хирургии.– 1998.– №5.– С.74-77. 10. *Ратнер Г.Л., Слуцкер Г.Е.* Феноменология Рейно // Хирургия.– 1991.– №6.– С.36-40. 11. *Селезнев А.Н., Козлов С.А., Савин А.А. и др.* Патогенетическая терапия синдрома Рейно // Ж. невроп. и психиатрии.– 1996.– Т.96, №1.– С.92-94. 12. *Яцишин Р.І.* Синдром Рейно у клініці системної склеродермії // Наук. вісн. Ужгородського університету, серія "Медицина".– 2001.– Вип.15.– С.118-121. 13. *Brand F.N., Larson M.G., Kannel W.B., Mc Guirk J.M.* The occurrence of Raynaud's phenomenon in a general population: the Framingham study // Vasc.Med.– 1997.– Vol.2, N4.– P.296-301. 14. *Paterna S., Pinto A., Arrostuto A. et al.* I.I.. Fenomeno di Raynaud: effetti della terazosina (Raynaud's phenomenon: effects of terazosin) // Minerva cardioangiol.– 1997.– Vol.45, N5.– P.215-221. 15. *Terwindt G.M., Haan J., Ophol R.A., et al.* Clinical and genetic analysis of a large Dutch family with autosomal dominant vascular retinopathy, migraine and Raynaud's phenomenon // Brain.– 1998.– Vol.121, (Pt.2).– P.303-316. 16. *Van Duren A.* Феномен Рейно // Рос. мед. ж.– 1995.– Т.1, №6.– С.10-16.

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH RAYNAUD'S PHENOMENON IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

S.I.Ivashchuk

Abstract. The article presents a bibliographical review dealing with problems of ethiopathogenesis, the clinical picture and treatment of Raynaud's phenomenon. Special attention is paid to medicamentous therapy.

Key words: Raynaud's phenomenon, treatment.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald.- 2003.- Vol.7, №1.- P.220-222.

Надійшла до редакції 24.11.2002 року