ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧНО И РЕХАБИЛИТАЦИОННО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СИНДРОМ НА СЬОГРЕН

Т. Троев, Х. Миланова и М. Георгиева
Клиника „Физикална и рехабилитационна медицина", ВМА – София

PHYSIOTHERAPY AND REHABILITATION TREATMENT OF SJÖGREN'S SYNDROME

T. Troev, H. Milanova and M. Georgieva
Clinic of Physical and Rehabilitation Medicine, MMA – Sofia

Резюме. *Синдромът на Сьогрен (СС) е хронично възпалително автоимунно заболяване, характеризиращо се със засягане на екзокринните жлези. Лечението на СС е базирано на симптоматичните прояви и превенцията на усложненията. Патогенетичната терапия цели потискане на автоимунния процес. Приложението на физикални фактори предлага допълнителни възможности за поддържане на общото състояние на болните, профилактика на инвалидността и повлияване на отделните симптоми. Трябва да се имат предвид всички средства на физикалната медицина за повлияване на разнообразната симптоматика при това заболяване. Демонстрираме случай от клиничната практика със сигнификантно положително повлияване след прилагане на физиотерапевтично лечение.*

Ключови думи: *синдром на Сьогрен, физиотерапевтично лечение, кинезитерапия, нискочестотно импулсно магнитно поле*

Summary. *Sjögren's syndrome (SS) is a chronic inflammatory autoimmune disease characterized by involvement of the exocrine glands. The treatment of SS is based on symptomatic manifestation and prevention of complications. Pathogenetic therapy aims at suppressing the autoimmune process. The application of physical factors offers additional opportunities for maintaining the patient's general condition, for preventing disability and managing individual symptoms. All means and methods of physical medicine for managing the variety of symptoms of this disease should be considered. A case of the clinical practice with a significantly positive response to physiotherapeutic treatment is presented.*

Key words: *Sjögren's syndrome, physiotherapy, kinesitherapy, low-frequency pulse magnetic field*

Синдромът на Сьогрен (СС) е хронично възпалително автоимунно заболяване, характеризиращо се със засягане на екзокринните жлези (главно слъзни и слюнчени). Класическите симптоми при СС са: увеличение на паротидните жлези, ксеростомия (сухота в устата) и ксерофталмия (сухота в очите).

СС се означава като **първичен,** когато не се съчетава с друго заболяване на съединителната тъкан. **Вторичният СС** съпровожда най-често заболявания като: ревматоиден артрит, системен лупус еритематодес, склеродермия, тиреоидит на Хашимото, смесена съединителнотъканна болест, полимиозит и др.

Това е едно от трите най-чести заболявания на съединителната тъкан. Засяга най-вече жени на средна възраст, през пери- и постменопаузния период, при съотношение жени:мъже около 9:1. При 30% от пациентите с автоимунни заболявания се наблюдава вторичен СС, а между 2 и 5% от хората на възраст около 60 години имат първичен СС.

Причината за заболяването не е напълно изяснена. Обсъждат се генетично предразположение (асоциация с HLA-B8, DR3, DRW52 антигени) и експозиция на неидентифициран външен стимул, които предизвикват активация на определени компоненти на имунната система. Налице е абнормна имунна реакция, най-вероятно отключена от вирусни антигени (Epstein-Barr вирус, цитомегаловируси, ретровируси). Установяват се следните автоантитела:

– органоспецифични – насочени към антигени на епителните клетки на отводящите пътища на слюнчените жлези, задстомашната жлеза, щитовидната жлеза;

– органонеспецифични – ревматоиден фактор до 50%, антинуклеарни антитела, анти-Ro (SS-A), анти-La (SS-B) антитела.

Имунохистохимично се установява лимфоцитно-плазмена инфилтрация на екзокринните жлези с екстремна продукция на цитокини, които увреждат секреторните пътища, което води до намаление на нормалната жлезна секреция.

Първите изяви на заболяването може да са неспецифични, например умора, артралгии, Рейно-подобни симптоми, които предхождат с около 8-10 години пълната изява на заболяването. Най-типични за СС са симптомите, свързани с намалена слъзна и/или слюнчена секреция:

1. Ксеростомия – сухота в устата, дължаща се на намалена секреция на слюнка от слюнчените жлези. Пациентите имат затруднения при продължително говорене, съобщават за трудно преглъщане на твърда храна, променен вкус, орални язви, по-често зъбни кариеси, зачервени и сухи устна лигавица и език. Субмандибуларните и паротидните жлези са увеличени.

2. Ксерофталмия – сухота в очите. Развива се сух кератоконюнктивит с липса на сълзи, парене, усещане за чуждо тяло, повишена чувствителност към светлина, лесна умора.

3. Други симптоми:

– Намалената секреция на стомашно-чревните екзокринни жлези води до дисфагия, атрофичен гастрит, атрофия на лигавицата на хранопровода, констипация и субклиничен панкреатит. Засягането на жлезите в лигавицата на горните и долните дихателни пътища е причина за сухота в носа, гърлото и трахеята. Често се срещат и сухота на влагалището и суха кожа.

Промени извън засягането на екзокринните жлези се наблюдават при около 1/3 от пациентите със СС. Тези прояви са по-чести при болни с първичен, отколкото с вторичен СС и са много вариабилни. Много пациенти съобщават за умора, субфебрилна температура, миалгии и артралгии. Често се среща неерозивният артрит. Диспнеята и сухата кашлица могат да са проява на дифузен интерстициален пневмонит, в резултат на лимфоцитна инфилтрация. Бъбречното засягане включва интерстициален нефрит с хипостенурия или тубулна дисфункция със или без ацидоза. Може да се образуват бъбречни конкременти. Увреждането на централната нервна система вследствие васкулит може да се прояви с хемипарези, прояви, подобни на мултиплена склероза, прогресивна деменция, когнитивни дисфункции, трансверзален миелит и др. При неголяма част от болните се наблюдава засягане на малките и средните по размер съдове, което се демонстрира клинично като нетромботична пурпура, кожни улцерации, кожни язви, множествен мононеврит. При около 20% от пациентите се среща феномен на Рейно.

Болните с първичен СС могат да развият малигнена или немалигнена лимфна пролиферация, предимно В-клетъчен лимфом.

При вторичния СС се срещат симптоми, характерни за основното заболяване – ревматоиден артрит, системен лупус еритематодес.

Лечението на СС е трудно. Базирано е на симптоматичните прояви и превенция на усложненията. Патогенетичната терапия цели потискане на автоимунния процес, прилагат се кортикостероиди, имуносупресори и антималарични средства.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧНО И РЕХАБИЛИТАЦИОННО ЛЕЧЕНИЕ

Основната цел на ФТР лечение е оптималното повлияване на отделните симптоми при пациентите със СС и предпазване от усложнения. Въпреки че факторите на физикалната терапия при това заболяване не са добре проучени, тяхното приложение предлага допълнителни възможности за поддържане на общото състояние на болните, профилактика на инвалидността и повлияване на отделните симптоми. Правилно подбраните и комбинирани естествени и преформирани фактори, при разумна преценка на противопоказанията, могат да доведат до подобряване на обективното състояние на пациентите.

Физиотерапевтичният комплекс включва:

1. Кинезитерапевтична програма за повлияване на общото физическо състояние и поддържане на функционалното състояние на опорно-двигателния апарат.

Задължително е кинезитерапевтичният комплекс да е динамичен и насочен към повишаване на аеробната издържливост, подобряване на костния метаболизъм, увеличаване на динамичната мускулна сила и повишаване на издържливостта в дейности от ежедневния живот (ДЕЖ), намаляване на усещането за умора. Включват се упражнения за подобряване на неспецифичния аеробен капацитет – поне 3 пъти седмично, с продължителност около 20 минути: общоразвиващи упражнения за големи мускулни групи от стоеж; дозирано ходене и др., при прицелен пулс – 50-60% от субмаксималния, както и дихателна гимнастика – упражнения за хармонично, коремно-диафрагмено дишане, за ефективна кашлица, за мобилизиране на дихателните резерви.

Тъй като при вторичния СС са проявени симптомите на другото автоимунно заболяване, кинезитерапевтичният комплекс се провежда като при подостър или хроничен стадий на основното заболяване. Целта е да се възстанови обемът на движение в засегнатите стави, да се

подобрят тонусът на динамичните мускули и контролът върху движенията, да се намали мускулният дисбаланс.

2. Електропроцедури, насочени към отделните симптоми на заболяването – обезболяващи, противовъзпалителни средства, процедури в инхибиращи и трофични параметри срещу мускулната хипотрофия, средства срещу генерализираната остеопороза.

Особено добър ефект се наблюдава при прилагане на магнитно поле. Положителният ефект на магнитотерапията върху артритните изменения на големи стави се дължи на противовъзпалителното, трофично и подобряващо микроциркулацията действие, както и на вторичния ефект върху болковия синдром. Известно е и благотворното повлияване на симптоматиката при хронични белодробни заболявания с намаляване на диспнеята, сухата кашлица и подобряване на общото състояние на болните. Спазмолитичното, антикоагулантното, болкоуспокояващото, противовъзпалителното и трофичното действие на нискочестотното импулсно магнитно поле (НИМП) се използват при засягане на малките и средноголемите съдове.

Приложението в зоната на надбъбречните жлези стимулира кортизоловата продукция, като по този начин се възстановява ензимното равновесие, подобрява се белтъчната обмяна и се ускоряват регенеративните процеси.

Съществуват няколко проучвания относно ефекта на бромхексин върху слъзната и слюнчената секреция. Проучване на датски автори на тема: ”Лечение с бромхексин на Синдром на Сьогрен: ефект върху слъзната и слюнчената секреция и върху протеиновото съдържание в слъзната течност и слюнката”, публикувано през 1981 г., показва, че се отчитат сигнификантно подобрение на слъзната секреция, без промяна в протеиновото съдържание; намаляване на концентрацията на имуноглобулин М в слюнката при пациенти със СС. Заключението е, че при пациенти със СС може да се използва бромхексин, приложен перорално или инхалаторно, за подобряване на слъзната секреция.

Случай от клиничната практика

Представяме клиничен случай на 72-годишна жена, която постъпва за първи път в Клиника „Физикална и рехабилитационна медицина”, ВМА – София, за лечение с оплаквания от силни болки в лумбалния отдел на гръбначния стълб, тазобедрени, раменни и коленни стави (по-изразени левостранно); напрежение и тръпнене в мускулите, повече на долните крайници; нервно напрежение и пристъпи на паника; полиурия; главоболие и болка в шийния отдел на гръбначния стълб. Пациентката е с оплаквания от сухота в очите от 15 години, сухота в устата и затруднено преглъщане от 6 години, мотилитетни нарушения с характеристика на колон иритабиле от 30 години. На базата на тези оплаквания, както и с помощта на сцинтиграфско изследване на слюнчени жлези през 1999 год. е поставена диагноза синдром на Сьогрен. Провеждала е лечение с метилпреднизолон в продължение на 1 година.

Фамилна анамнеза: баба – сухота в очите и устата; майка – ОМИ на 36-годишна възраст; баща – ОМИ на 60-годишна възраст; сестра – синдром на Сьогрен и артериална хипертония.

Минали и придружаващи заболявания:

– 1972 г. – апендектомия

– 1974 г. – ваксинация за вариола

– 1981 г. – субтотална резекция на щитовидна жлеза по повод кистаденом

Лабораторни и инструментални изследвания:

Стандартните лабораторни изследвания са без отклонения от приетите норми. ДКК показва данни за лимфоцитоза. От проведените имунологични изследвания: АНА и антикардиолипиновите антитела са отрицателни. Костна сцинтиграфия: промени по типа на дегенеративните в областите на раменните стави и гръбначния стълб (тежка цервикална спондилоза). Ехографията на коремни органи открива данни за хроничен дифузен процес на двата бъбрека (пиелонефрит), птоза на десен бъбрек. Изследване с ЯМР на главния мозък – мултиинфарктна енцефалопатия, солитарна, лакунарна исхемия в медула облонгата. ЕЕГ установява дифузни иритационни прояви и изразени неспецифични промени вдясно фронтоцентрално и темпорално. Консултация с офталмолог – тест на Ширмер – 8 mm, намалена слъзна секреция. Папила и макула – нормална структура, съдове – склеротично променени. Консултация с невролог – неврастения, тревожно разстройство, квадрипирамиден синдром (по-изразен вляво).

Пациентката проведе 10-дневен курс на лечение в Клиниката, включващ магнитотерапия, 4-камерни хидрогалванични вани, ултрафонофореза с НСПВС и ЛФК.

Констатира се благоприятно повлияване на субективните и обективните промени – овладяване на болковия синдром, намаление на мускулната слабост и напрежение, подобрение на

мотилитетните нарушения и намаляване на главоболието, подобряване на общия жизнен тонус.

Заключение

СС е сравнително често заболяване, чийто изход е непредвидим. В голяма част от случаите синдромът се проявява в хода на друго автоимунно заболяване, но може да протича и самостоятелно. Лечението е насочено към контрол на симптоматичните прояви.

Физиотерапевтичното и рехабилитационното лечение при пациенти със СС подобряват чувствително субективните оплаквания и обективното състояние на болните. Трябва да се имат предвид всички средства на физикалната медицина за повлияване на разнообразната симптоматика при това заболяване.

Библиография

1. Колева, И. Основи на физикалната терапия и рехабилитация (вкл. ерготерапия и medical spa). Плевен, МУ, 2011.
2. Панчовска, М. и Й. Шейтанов. Синдром на Sjögren. С., ЦИМ, 2001.
3. Тодоров, Н. Магнитотерапия. С., Мед. и физк., 1982
4. Fox, R. Epidemiology, pathogenesis, animal models, and treatment of Sjögren's syndrome. – Curr. Opin. Rheumatol., 6, 1994, № 5, 501-508.
5. Fox, R. Sjögren's syndrome. – Lancet., 366, 2005, № 9482, 321-331.
6. Fox, R. et A. Liu. Sjögren's syndrome in dermatology. – Clin. Dermatol., 24, 2006, № 5, 393-413.
7. Hochberg, M. Sjögren's Syndrome. – In: Cecil Textbook of Medicine. J. C. Bennett et F. Plum. (Eds.). 20E. Philadelphia, WB Saunders, 1996, 1488-1490.
8. Kassan, S. et H. Moutsopoulos. Clinical manifestations and early diagnosis of Sjögren syndrome. – Arch. Intern. Med., 164, 2004, 1275-1284.
9. Manthorpe, R. Et al. Bromhexine treatment of Sjögren syndrome: Effect on lacrimal and salivary secretion, and on proteins in tear fluid and saliva. – Scand. J. Reumatol., 10, 1981, № 3, 177-180.
10. Mori, K. et al. The wide spectrum of clinical manifestations in Sjögren's syndrome – associated neuropathy. – Brain, 128, 2005, 2518-2534.
11. Moutsopoulos, H. Sjögren's Syndrome. – In: Harrison's Principles of Internal Medicine. K. Isselbacher et al. (Eds.). 13 ed., United States of America, McGraw-Hill Inc., 1994, 1662-1664.
12. Moutsopoulos, H. et T. Kordossis. Sjogren's syndrome revisited: autoimmune epithelitis. – Br. J. Rheumatol., 35, 1996, 204-206.
13. Ng, K. et D. Isenberg. Sjögren's syndrome: diagnosis and therapeutic challenges in the elderly. – Drugs Aging., 25, 2008, № 1, 19-33.
14. Schaumberg, D. et al. Hormone replacement therapy and dry eye syndrome. – JAMA, 286, 2001, № 17, 2114-2119.
15. Schein, O. et al. Dry eye and dry mouth in the elderly: a population-based assessment. – Arch. Intern. Med., 159, 1999, № 12, 1359-1363.
16. Soy, M. et S. Piskin. Cutaneous findings in patients with primary Sjögren's syndrome. – Clin. Rheumatol., 26, 2007, № 8, 1350-1352.
17. Theander, E. et L. Jacobsson. Relationship of Sjögren's syndrome to other connective tissue and autoimmune disorders. – Rheum. Dis. Clin. North. Am., 34, 2008, 935-947.
18. Tzioufas, A. et M. Voulgarelis. Update on Sjögren's syndrome autoimmune epithelitis: from classification to increased neoplasias. – Best. Pract. Res. Clin. Rheumatol., 21, 2007, № 6, 989-1010.

Пълната библиографска справка е на разположение при автора и може да бъде предоставена при поискване.

Постъпила за печат на 13 юли 2012 г.

Адрес за кореспонденция:
Доц. Т. Троев, дмн
Клиника „Физикална и рехабилитационна медицина"
ВМА – София
бул. "Св. Г. Софийски" № 3
1606 София
02 922 58 28

Address for correspondence:
Assoc. Prof. T. Troev, M.D.
Clinic of Phisical Therapy and Rehabilitation Medicine
MMA – Sofia
3, Sv. G. Sofiiski Blvd.
Bg – 1606 Sofia
+359 2 922 58 28