

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 616.72-002-085.275.3

*Кулакова Г.В.¹, Глушкова Т.А.²***ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОРЕВМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ**¹*Белорусский государственный медицинский университет, Минск*²*2 городская детская клиническая больница, Минск*

Ювенильный артрит (ЮА) – артрит неустановленной этиологии длительностью более 3 недель, развивающийся у детей не старше 16 лет при исключении другой патологии суставов.[1] Пролиферативно-экссудативные изменения в суставах быстро приводят к развитию стойких деформаций и контрактур. ЮА имеет прогрессирующее течение и приводит к ранней инвалидизации, снижению качества жизни пациентов, социальной, психологической, профессиональной дезадаптации детей. [7] Вместе с тем ранняя диагностика и своевременное начало адекватной терапии (еще до появления деструктивных изменений в суставах и инвалидизации пациентов) способны изменить прогноз этого заболевания и вернуть ребенка к полноценной жизни.[2] По рекомендациям Американского колледжа ревматологии (ACR) подход к лечению ЮА основан на 5 клинических групп [6]:

1. ЮА 4 и менее суставов.
2. ЮА 5 и более суставов.
3. Подвздошно-крестцовый артрит.
4. ЮА системный без поражения суставов.
5. ЮА системный с поражением суставов.

В каждой группе ЮА выбор терапии основан на тяжести и активности болезни, а также отсутствия или наличия фактора неблагоприятного исхода. [6] Необходимо отметить, что на данный момент основой патогенетического подхода к лечению ЮА является назначение иммуносупрессивной терапии (метотрексат-МТ). [2] Кроме этого в качестве противоревматической терапии используют нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), глюкокортикостероиды (ГКС), комбинации: НПВС и МТ, ГКС и МТ, а также генно-инженерные биологические препараты (ГИБП).

Актуальность. ЮА является одной из наиболее тяжелых и инвалидизирующих форм хронической патологии у детей и подростков. В настоящее время лечение ювенильного артрита является одной из актуальных проблем педиатрии. Заболеваемость ЮА составляет 2-16 на 100 тысяч детского населения в возрасте до 16 лет. Общая заболеваемость на начало 2014 года составила 28,8 на 100 тысяч детского населения.[8] ГИБП – новое направление в противоревматической терапии. Использование ГИБП может существенно изменить подход к ведению пациентов с ЮА. [9]

Цель: оценить эффективность противоревматической терапии у пациентов с ювенильным артритом.

Материал и методы. В ходе научной работы был проведен ретроспективный анализ историй болезней 89 пациентов, находившихся на лечении с диагнозом М 08 Ювенильный артрит в УЗ “ 2 ГДКБ “ г. Минска за период с 2013 по 2014 г.г. Активность оценивалась по критериям С.Wallace et al., 2011:

Число суставов с признаками активности.

Число суставов с ограничением функций.

Значение СОЭ и/или СРБ.

Общая оценка активности болезни по мнению врача (ВАШ).

Оценка общего состояния здоровья ребенка по мнению пациента или родителей (ВАШ).

Оценка функциональной способности с помощью CHAQ (Childhood Health Assessment Questionnaires).

Оценка ремиссии ЮА:

1. Отсутствие суставов с активным артритом.
2. Отсутствие лихорадки, сыпи, серозитов, спленомегалии, генерализованной лимфаденопатии.
3. Нормальные значения СОЭ и СРБ.
4. Отсутствие активности по оценке врача (ВАШ).
5. Длительность утренней скованности менее 15 минут.

ВАШ – визуальная аналоговая шкала боли.

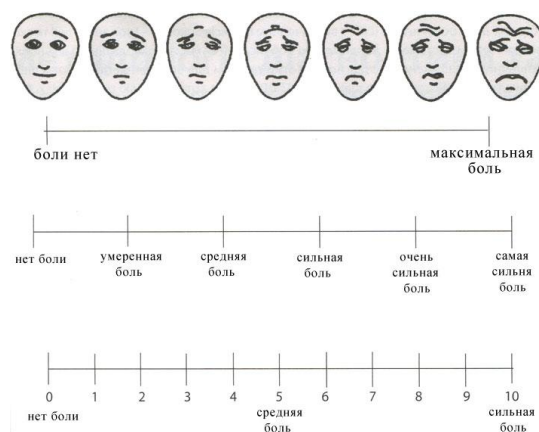


рис.1

Диагноз ЮА выставлялся на основании критериев Международной лиги ассоциаций по ревматологии (ILAR).

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного исследования было установлено, что ЮА с системным началом выявлен у 4 пациентов (4,49%), ЮА полиартикулярный – 14 пациентов (15,73%), ЮА олигоартикулярный – 42 пациентов (47,19%), другой ЮА – 19 пациентов (21,35%), неуточненный ЮА – 3 пациентов (3,37%), в состоянии клинико-лабораторной ремиссии находился 1 пациент (1,12%), медикаментозной ремиссии – 6 пациентов (6,74%). Все пациенты были серонегативны по РФ (РФ-). Чаще болели девочки (75,3%).

Таблица 1.

Возрастные группы пациентов с ЮА, годы	Количество пациентов, %
1-3	9 пациентов (10,08%)
4-7	37 пациентов (41,44%)
8-13	22 пациента (24,88%)
14-17	21 пациент (23,60%)

Тем самым средний возраст пациентов составил 8,36 лет (1-17лет). Чаще болели дети в возрасте 5-6 лет. Полученные данные сопоставимы с зарубежными.

Таблица 2.

Тип ЮА	Количество пациентов по нашим данным, %	Мировые показатели (страны ЕС и США), % [2]
ЮА олигоартикулярный РФ-	47,19	50
ЮА полиартикулярный РФ-	15,73	10
ЮА с системным началом	4,49	10
Другие ЮА	21,35	20-25
В т.ч. с поражением глаз	12,3	До 20
Неуточненный ЮА	3,37	5-10

Однако оценка активности болезни и эффективности терапии оказалась затруднительной из-за отсутствия информации в историях болезни о прогрессировании суставного синдрома, также опросников ВАШ, СНАQ. [5] Полное описание данных опросников приводится на сайте Педиатрической ревматологической международной организации по испытанию лекарственных средств (PRINTO). [4]

За время пребывания в стационаре 25 пациентов (28%) получали терапию только метотрексатом, 23 пациентов (26%) – метотрексат и глюкокортикостероид, 22 пациента (24%) - метотрексат и НПВС, 13 пациентов (15%) – только НПВС, 2 пациента (2%) – АРАВА, 1 пациент (1%) - сульфсалазин и 4 пациента (4%) получали генно-инженерные биологические препараты (ГИБП).

Выводы:

1. Частота встречаемости различных вариантов ЮА сопоставима с данными мировых источников. [2]

2. Выявили необходимость оценки активности течения и эффективности лечения ЮА по международным рекомендациям с дальнейшим внедрением в клиническую практику опросников ВАШ и СНАQ. [3]

3. Лечение ГИБП может быть успешным и снизить частоту инвалидизации среди детей и подростков, а также существенно изменить подход к ведению пациентов с ЮА.

Список литературы:

1. Вопросы современной педиатрии. Ревматология.- 2006-2009 г.г. Научно-практический журнал Союза педиатров России.
2. Вопросы современной педиатрии. Протокол ведения пациентов с ювенильным артритом. Научно-практический журнал Союза педиатров России. 2013/том 12/ №1.
3. Практическое руководство по ревматологии.- Союз Педиатров России.
4. www.printo.it
5. Klein A., Hornef G. Treatment strategies for juvenile idiopathic arthritis. *Expent.Opin.Pharmacother.*2009.
6. Beukelman T, Patkar NM, Saag KG, Tolleson-Rinehart S, Cron RQ, Dewitt EM, et al.2011, American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: Initiation and safety monitoring of therapeutic agents for the treatment of arthritis and systemic features. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. Apr 2011, 63(4):465-82.
7. Баранов А.А. Протокол ведения пациентов с ювенильным артритом. Вопросы современной педиатрии.-2013;12 (1):37-56.
8. Алексеева Е.И., Литвицкий П.Ф. Ювенильный ревматоидный артрит. - рук. для врачей, преподавателей, науч. сотр. Под общ. ред. А.А.Баранова. Москва: ВЕДИ.2007.368с.
9. Stoll V.L., Cron R.Q. Treatment of juvenile idiopathic arthritis: a revolution in care. *Pediatr Rheumatol Online J.*2014 apr.23;12;13Doi:10.1186/1546-0096-12-13.

Kulakova G.V.¹, Glushkova T.A.²

ASSESSMENT OF EFFICIENCY ANTIRHEUMATIC THERAPY OF CHILDREN WITH JUVENILE ARTHRITIS

¹Belarusian state medical university, Minsk

²State children hospital №2, Minsk

Summary

Prevalence JA in RB was 28,8 cases per 100000 child population. Results of treatment of 89 children (67 girls and 22 boys) with M 08 Juvenile arthritis (JA) were analyzed. JA was diagnose based on the ILAR criteria. The mean age was 8,36 (1-17) years. Efficacy of antirheumatic therapy was assessed according ACRpedi. The percentage of non-active stage and medical remission achievement were considered to be the target characteristics of therapy efficacy. 23 children (26%) were treated with MTX and steroids, MTX – 25(28%), MTX and NSAIDs – 22(24%), NSAIDs – 13(15%), 4 (4%)-DMDs, 3(3%) – other.