

Г. В. Кулакова

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОРЕВМАТИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ
ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ**

Научный руководитель ассист. Т. А. Глушкова

1-ая кафедра детских болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье представлены результаты работы по эффективности терапии ювенильного идиопатического артрита различными препаратами и их комбинациями, а также обоснование необходимости введения ВАШ и показателя JADAS в клиническую практику.

Ключевые слова: дети, ювенильный идиопатический артрит, эффективность терапии.

Resume. The article presents the results of work on the efficacy of JIA treatment and the rationale for VAS and JADAS introduction into clinical practice.

Keywords: children, juvenile idiopathic arthritis, treatment efficacy.

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – 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. ЮИА 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]

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 ЮИА 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. ЮИА 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 ЮИА 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 ЮИА. [9]

Цель: проанализировать частоту встречаемости различных форм ЮИА и оценить эффективность противоревматической терапии.

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. Для статистической обработки использовался расчет средних величин (М), среднеквадратичных отклонений (m). Достоверность различий средних значений между выборками определяли по t-критерию Стьюдента. Критический уровень статистической значимости принимали равным 0,05.

Активность оценивалась по критериям С.Wallace et al.,2011:

1. Число суставов с признаками активности.
2. Число суставов с ограничением функций.
3. Значение СОЭ и/или СРБ.
4. Общая оценка активности болезни по мнению врача (ВАШ).
5. Оценка общего состояния здоровья ребенка по мнению пациента или родителей (ВАШ).
6. Оценка функциональной способности с помощью CHAQ (Childhood Health Assessment Questionnaires).

Оценка ремиссии ЮИА:

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.

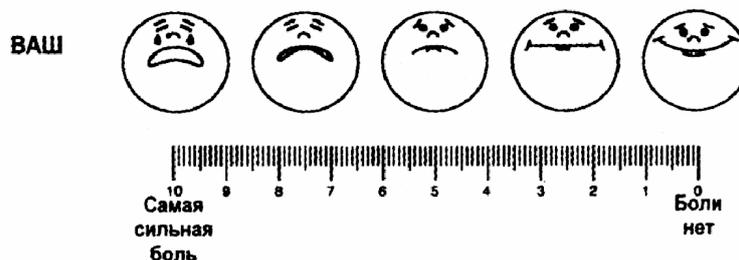


Рисунок 1 – ВАШ

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

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного исследования было установлено, что ЮИА с системным началом выявлен у 5 пациентов (5,6%), ЮИА полиартикулярный – 14 пациентов (15,7%), ЮИА олигоартикулярный – 46 пациентов (51,68%), другой ЮИА – 21 пациент (23,65%): в т.ч. псориатический

артрит – 2 пациента (2,23%), неуточненный ЮИА – 3 пациентов (3,37%). Все пациенты были серонегативны по РФ (РФ-). Чаще болели девочки (75,3%).

Таблица 1. Распределение пациентов по возрастным группам.

Возрастные группы пациентов с ЮИА, 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 $8,36 \pm 0,5$ лет (1-17 лет). Чаще болели дети в возрасте 5-6 лет. Полученные данные сопоставимы с зарубежными.

Таблица 2. Сопоставление заболеваемости различными формами ЮИА с зарубежными данными.

Тип ЮИА	Количество пациентов по нашим данным, %	Мировые показатели (страны ЕС и США), % [2]
ЮА олигоартикулярный РФ-	51,68	50
ЮА полиартикулярный РФ-	15,7	10-15
ЮА с системным началом	5,6	10-15
Другие ЮА	23,65	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 по различным формам ЮИА 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 PRINTO.[4] Определение активности ЮИА по индексу JADAS улучшает осуществление стратегии «лечение до достижения цели», помогает в поддержании контроля над заболеванием, ремиссии или, по крайней мере, низкой активности заболевания. Определение активности болезни пациентом и врачом с помощью ВАШ легкий и быстрый метод, позволяющий рассчитать международные индексы активности ЮИА. Целесообразно введение ВАШ и показателя JADAS в клиническую практику.

За время пребывания в стационаре 25 пациентов (28%) получали терапию только МТ, 23 пациента (25,8%) – МТ и ГКС, 21 пациент (23,8%) - МТ и НПВС, 13 пациентов (14,8%) – только НПВС и 4 пациента (4,5%) получали генно-инженерные биологические препараты (ГИБП): из них 3-Мабтера, 1-Хумира, 2 (2%) – АРАВУ, 1 (1%) – сульфасалазин.

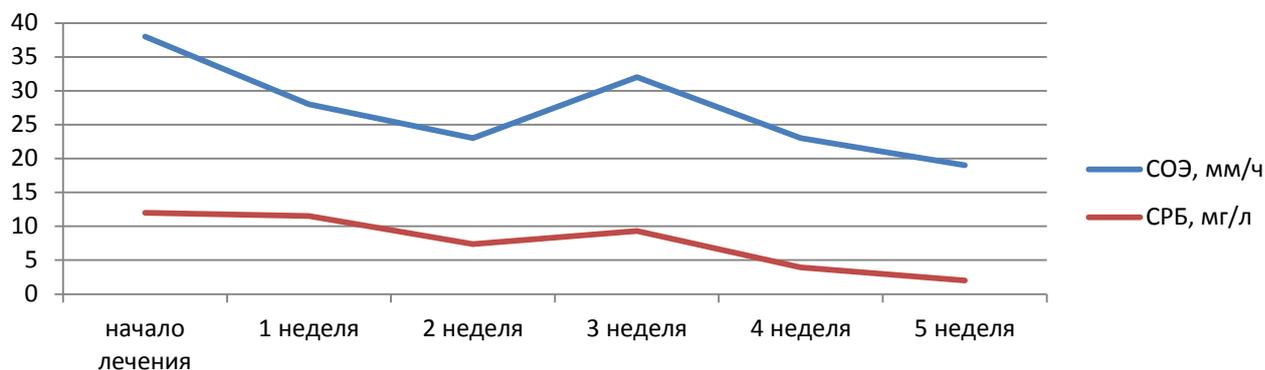


Рисунок 2 – Активность на фоне терапии МТ (n=25)

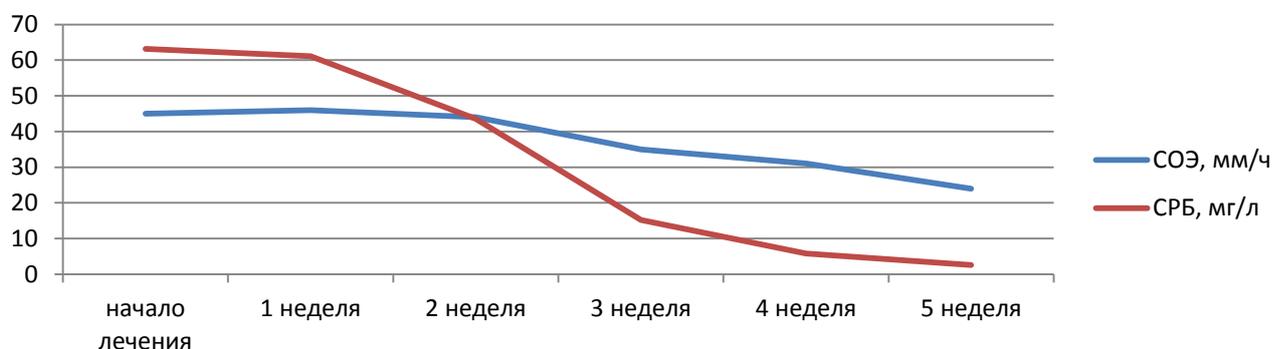


Рисунок 3 – Эффективность применения МТ и ГКС (n=23)

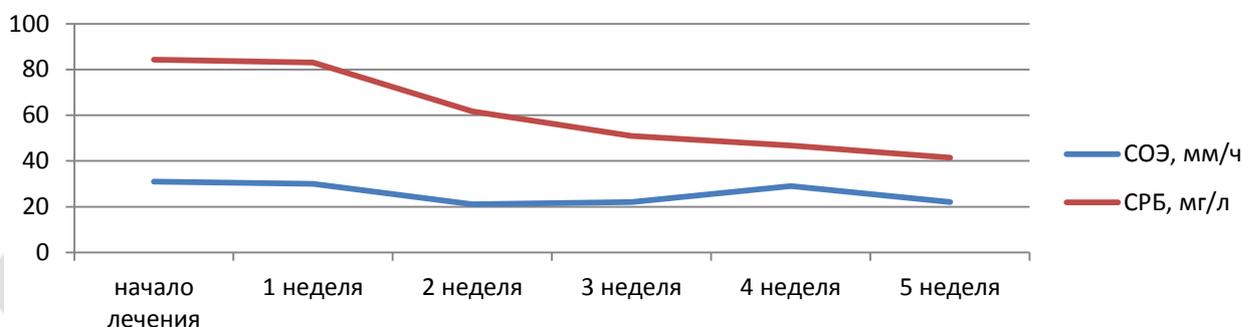


Рисунок 4 – Эффективность применения МТ и НПВС (n=21)

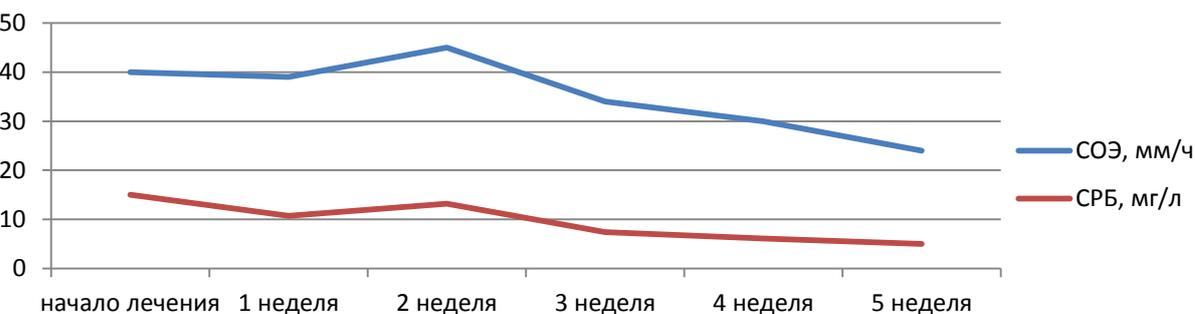


Рисунок 5 – Эффективность применения НПВС (n=13)

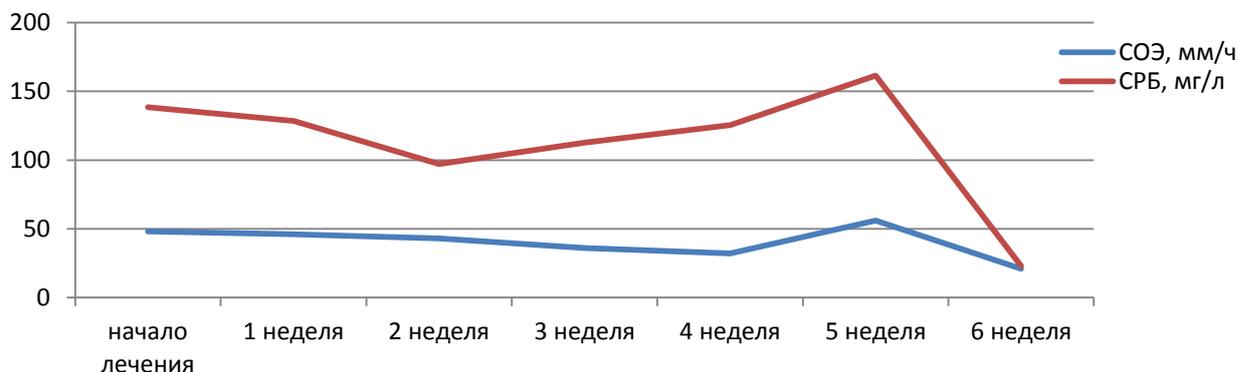


Рисунок 6 – Активность на фоне терапии Мабтерой у пациента с олигоарткулярным ЮИА, активность 2, РФ-

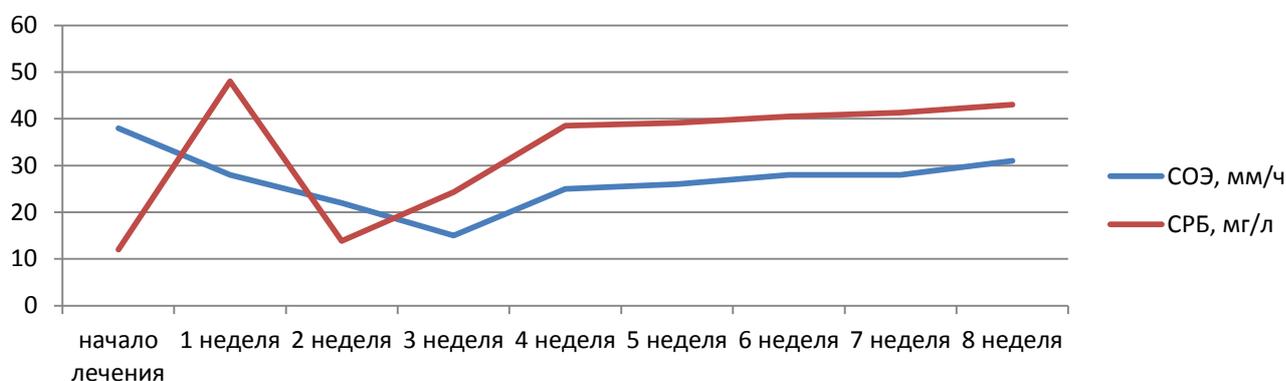


Рисунок 7 – Эффективность применения Мабтеры у пациента с системным ЮИА, активность 3-2, РФ-

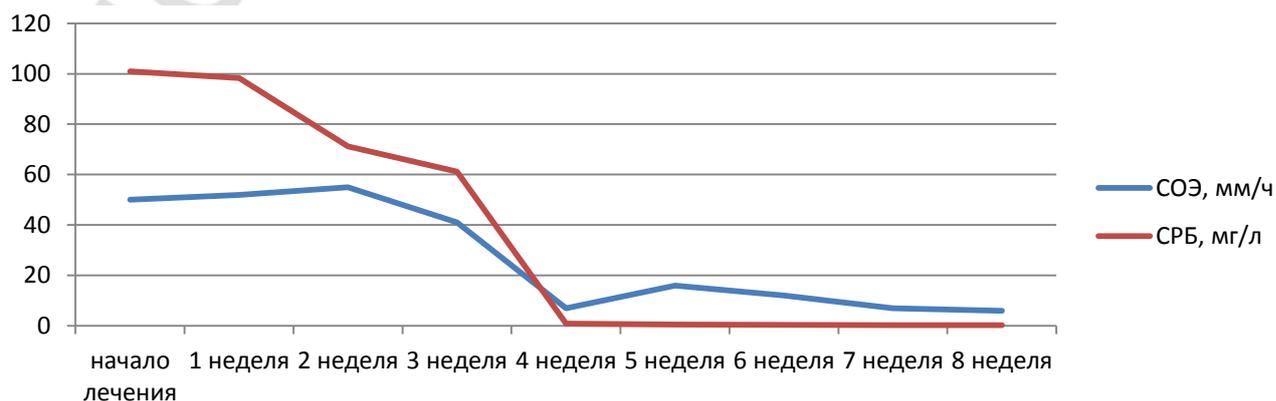


Рисунок 8 – Эффективность применения Хумиры у пациента с олиоарткулярным ЮИА, активность 3, РФ-

Выводы:

1. Частота встречаемости различных вариантов ЮИА сопоставима с мировыми данными. [2]
2. Выявили необходимость оценки активности течения и эффективности

лечения ЮИА по международным рекомендациям с дальнейшим внедрением в клиническую практику опросника ВАШ и индекса JADAS. [3]

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

G. V. Kulakova

ASSESSMENT OF ANTIRHEUMATIC THERAPY EFFICIENCY IN CHILDREN WITH JIA

Tutor assistant T. A. Glushkova

*1st Department of children's diseases,
Belarusian state medical university, Minsk*

Литература

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. Сайт Международной педиатрической ревматологической организации по проведению исследований: 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 [and other] 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.