

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У ЖЕНЩИН

*Хидченко С.В., Апанасович В.Г., Чиж К.А., Полянская А.В.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Пациенткам с анкилозирующим спондилитом (АС) следует заранее настроиться на то, что лечение при этом заболевании будет проводиться длительно и должно быть комплексным, включающим в себя образ жизни, систематический прием ряда лекарственных препаратов и посещение процедур, назначенных физиотерапевтом. Человеку, страдающему АС, следует жить активно – заниматься лечебной физкультурой, посещать бассейн. Также ему необходимо контролировать свою осанку: не сутулиться, спать на жестком ортопедическом матрасе.

Медикаментозное лечение.

Краткосрочные и долгосрочные цели лечения АС включают контроль болевого синдрома (боли в позвоночнике, крестцово-подвздошных суставах и/или периферических суставов и энтезисах) и контроль скованности. Терапия также направлена на поддержание функции, лечение и профилактику внесуставных проявлений, контроль или даже остановку рентгенологического прогрессирования, уменьшение воспаления, поддержку способности пациента к работе и, в конечном итоге, улучшение качества жизни. Пациенткам с АС могут быть рекомендованы лекарственные препараты следующих групп:

- нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, мелоксикам и прочие);
- кортикостероиды (преднизолон, метилпреднизолон);
- миорелаксанты (мидокалм);
- биологические препараты (инфликсимаб).

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) считаются краеугольным камнем фармакотерапии АС. Они рекомендованы различными группами экспертов и научными комитетами (ASAS/EULAR, ZE, Французское общество ревматологов и т.д.) в качестве средств первой линии терапии по уменьшению боли и скованности. Терапевтическая эффективность проявляется в течение нескольких дней и сохраняется при продолжении лечения. Какие-либо доказательства превосходства одного НПВС над другим при отсутствии. Рекомендуется лечить пациентов с применением НПВС во время обострения заболевания, после чего при возможности желательно их отменить. Для контроля обострения обычно требуется от 2 до 4 недель. У пациентов с персистирующей активностью заболевания может потребоваться непрерывный прием НПВС. В этой ситуации рекомендуется применять НПВС в минимально возможных для

контроля клинических проявлений дозах. У пациентов с ночными симптомами желательнее применять НПВС длительного действия. Для оценки эффективности терапии НПВС при АС также требуется 2-4 недельный период приема в оптимальной дозе. При неэффективности следует попытаться назначить другой НПВС. НПВС наиболее эффективны для лечения осевого поражения, но в меньшей степени - симптомов периферического артрита и особенно дактилита или энтезита.

Системные глюкокортикостероиды не смогли продемонстрировать свою эффективность даже в высоких дозах. Местные инъекции кортикостероидов, напротив, могут быть методом выбора в отдельных случаях, например, при стойком энтезите или упорной боли в крестцово-подвздошных сочленениях. Глюкокортикостероиды могут применяться в конкретных клинических ситуациях, когда использование НПВС противопоказано, например, у пациентов с АС и воспалительными заболеваниями кишечника, при беременности или почечной недостаточности.

Традиционные базисные противовоспалительные препараты (БПВП), которые применяются при ревматоидном артрите (РА), изучались и при АС, особенно сульфасалазин и метотрексат. По данным различных исследований и мета-анализов, сульфасалазин следует применять только у пациентов с периферическим вариантом спондилоартритов. Также есть немногочисленные данные об эффективности сульфасалазина у пациентов с ранним АС, которые, однако, требуют дополнительной проверки.

Метотрексат не очень эффективен при АС. Мета-анализ Кокрановской базы данных не выявил достаточных доказательств в поддержку применения метотрексата при данном заболевании. Кроме того, обновленные рекомендации ASAS/EULAR 2012 г. утверждают, что метотрексат не влияет на показатели боли, активности при АС, а также на различные функциональные индексы. Л

Лефлуномид не продемонстрировал своей эффективности при АС, кроме того, отмечалась его токсическое действие, что в совокупности не позволяет рекомендовать этот препарат к применению. Приведенные выше данные показывают, что применение БПВП не рекомендуется при лечении осевых проявлений АС, по мнению различных экспертов.

Сульфасалазин может рассматриваться в качестве средства лечения периферических поражений.

Лидирующее место в лечении АС в течение последних 10 лет по праву удерживают блокаторы ФНО- α (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт и т. д.). Они произвели своеобразную революцию в ревматологии, в целом, и в лечении АС, в частности. Они эффективны в отношении самых разнообразных клинических проявлений заболевания,

например, боли в осевом скелете, периферического артрита, дактилита и энтезита. Они также способны улучшать функцию внешнего дыхания и лабораторные параметры воспаления. В соответствии с национальными и международными рекомендациями, блокаторы ФНО- α рассматриваются в качестве средств второй линии после традиционных средств, например, НПВС у пациентов центральным поражением, или сульфасалазина и местных инъекций кортикостероидов - у пациентов с периферическим артритом или энтезитом. Симптомы, свидетельствующие о тяжелом течении заболевания, такие как вовлечение в патологический процесс тазобедренных суставов, рецидивирующий увеит и тяжелые внесуставные проявления, также могут потребовать назначения блокаторов ФНО- α . Терапевтический ответ на блокаторы ФНО- α оценивается через 6-12 недель лечения.

С 2013 года одним из наиболее часто применяемых биологических агентов на территории РФ является препарат «Фламмэгис» (инфликсимаб), совместного производства компаний Celltrion (Южная Корея) и Egis (Венгрия). Фламмэгис (инфликсимаб) вводится внутривенно в дозе 3 мг/кг или 5 мг/кг. Длительность инфузии около двух часов. Вливания повторяют через 2 недели, через 6 недель, далее один раз в два месяца. Лечение проводят амбулаторно, под наблюдением врача-ревматолога. Это связано с тем, что непосредственно во время инфузии возможно падение артериального давления (АД), что требует контроля АД. Аллергические реакции возникают чаще всего во время введения первой или второй дозы препарата. Чтобы их уменьшить, снижается скорость вливания. При выраженных симптомах дополнительно пациенту назначают антигистаминные препараты и/или глюкокортикоиды. К другим побочным эффектам лечения Фламмэгисом относят поражение печени, риск развития септических осложнений (например, гнойный артрит любой локализации) и Т-клеточных лимфом. Обязательным условием применения биологических препаратов является отсутствие у пациента любых признаков активной инфекции, особенно туберкулеза. С целью выявления латентного туберкулеза всем пациентам рекомендуется проводить пробу Манту и рентгенографию грудной клетки. Результат пробы Манту оценивает фтизиатр через 72 часа, он же решает вопрос о возможности применения биологических агентов.

Если пациент не отвечает на терапию после 14-ти недель (после введения 4 доз), дополнительных инфузий Фламмэгиса (инфликсимаба) производить не следует.

Фламмэгис (инфликсимаб) отличается от базисных противовоспалительных препаратов, которые используются в ревматологии для подавления воспалительного процесса, многими своими

особенностями. Диапазон его биологического действия намного шире, а лечебный потенциал выше, чем у стандартных базисных препаратов. Существенным его отличием является быстро наступающий эффект, сопоставимый с аналогичным эффектом кортикостероидов, но в отличие от них он способен не только активно воздействовать на клинические проявления основных синдромов или контролировать течение АС, но и тормозить его рентгенологическое прогрессирование, а также воздействовать на костное ремоделирование и способствовать обратному развитию энтезитов. Фламмегис (инфликсимаб) позитивно влияет на психосоциальное состояние больных, улучшает качество жизни больных с поражением опорно-двигательного аппарата. Преимущество терапии этим биологическим агентом заключается и в низком проценте нежелательных явлений при его краткосрочном и долгосрочном применении.

Физиотерапевтическое лечение.

Физические методы лечения занимают важное место в комплексной терапии АС. Они способны облегчить болевой синдром, снизить активность воспаления, улучшить метаболические процессы в соединительной ткани, снизить активность системы иммунитета, уменьшить напряжение мускулатуры и скорректировать осанку, уменьшать степень выраженности контрактур. Итак, в лечении этого заболевания могут быть использованы следующие методики физиотерапии: УФ-облучение в эритемных дозах; электрофорез обезболивающих, дефибрирующих препаратов, иммуносупрессоров; транскраниальная электроанальгезия; УВЧ-терапия низкоинтенсивная на область пораженных суставов; ультрафонофорез гидрокортизона; дециметроволновая терапия на надпочечники; ванны – йодобромные, радоновые, сероводородные, вихревые ванны, азотные пелоидотерапия; парафино- и озокеритотерапия; аэрокриотерапия; общая криотерапия; рефлексотерапия. С целью коррекции осанки пациенту назначают аутореклинацию позвоночника, тракционную терапию, статическую релаксацию позвоночника, подводное его вытяжение, и конечно, массаж мышц спины и области пораженных суставов.

Санаторно-курортное лечение.

В неактивной фазе АС пациентам показано санаторно-курортное лечение (конечно, при условии отсутствия анкилозов – возможности самостоятельного передвижения и самообслуживания). Рекомендованы грязе- и бальнеолечебные курорты, курорты с радоновыми и сульфидными водами, в частности Пятигорск, Евпатория, Цхалтубо, Сочи, Хмельник, Мацеста, Саки и другие.

Противопоказаниями помимо неспособности к самообслуживанию являются высокая степень активности процесса и выраженное поражение внутренних органов.

Практические рекомендации.

1. Описанные особенности АС у женщин, включая ранние проявления болезни, следует принимать во внимание при диагностике данного заболевания. При обращении женщин к врачу с жалобами на боли в позвоночнике им необходимо провести обследование, обязательно включающее рентгенографию таза.

2. При проведении дифференциального диагноза "женского" варианта АС с другими ревматическими заболеваниями, в частности, с ревматоидным артритом, следует иметь в виду, что при АС у женщин изменения в суставах верхних конечностей носят, в основном, нестойкий характер и при рентгенографии эрозий и анкилозов в них не выявляются. У женщин с АС часто развиваются воспалительные изменения в грудиноключичных, грудинореберных суставах.

3. В случае наступления беременности возможно обострение АС, в связи с чем потребуется назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, не влияющих отрицательно на гестацию.