

Д. Е. Славикова¹, Т. Г. Мурашкевич²

Научный руководитель: старший преподаватель В.С. Смирнов

¹*Учреждение образования*

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²*Учреждение здравоохранения*

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНЕНИЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ I и II ЛИНИИ, ИЗМЕНЯЮЩИХ ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Рассеянный склероз – хроническое медленно прогрессирующее, иммуновоспалительное, демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС), характеризующееся преимущественным поражением белого вещества головного (ГМ) и спинного мозга (СМ) с последующей вторичной нейродегенерацией [1].

Лечение рассеянного склероза (РС) остается одной из наиболее важных проблем современной медицины, несмотря на широкое внедрение препаратов, изменяющих течение РС (ПИТРС), которые снижают частоту обострений заболевания и скорость нарастания неврологического дефицита и нетрудоспособности (инвалидизации) [2–3].

В большинстве стран принята стратегия деления терапии РС на линии, учитывая, что препараты I линии самые безопасные, а препараты II линии более эффективны, но обладают более высокими рисками тяжелых побочных эффектов. В настоящее время зарегистрированные ПИТРС в Республике Беларусь подразделяются на препараты первой и второй линии следующим образом: I линия: β -интерферон (β -ИФН) подкожно, а также глатирамера ацетат (ГА) подкожно и II линия: финголимод, окрелизумаб [3–4].

При оборе пациентов на терапию ЛС β -интерферона-1 β , глатирамера ацетат и финголимод проводятся иммунологические исследования крови на антитела к ВИЧ, RW, гепатиты В, С. При оборе пациентов на терапию финголимод пациент осматривается врачом-офтальмологом; проводится оценка иммунитета к ветряной оспе.

Наиболее частыми нежелательными реакциями, связанными с применением ЛС β -ИФН являются: гриппоподобный симптомокомплекс, включающий лихорадку, озноб, боль в суставах, недомогание, потливость, головную боль или боль в мышцах; реакции в месте введения в виде покраснения, отека, деколорации, воспаления, боли, гиперчувствительности, некроза, неспецифических реакций.

Наиболее частыми нежелательными реакциями, связанными с применением ЛС глатирамера ацетата, являются: генерализованные постинъекционные реакции: ощущение прилива тепла, сопровождающееся чувством страха, сердцебиением, трудностями дыхания, иногда покраснением лица, возникающее в течение нескольких минут после введения ЛС глатирамера ацетата и длящиеся до 1 ч; реакции в месте введения в виде уплотнения, липоатрофии.

Наиболее частыми нежелательными реакциями, связанными с введением ЛС окрелизумаб, являются: нейтропения, конъюнктивит, синусит, инфекции верхних дыхательных путей (назофарингит, бронхит); опоясывающий герпес [4].

Цель

Анализ эффективности, переносимости и наличие побочные эффекты у пациентов, получающих ПИТРС в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе неврологического отделения учреждения «Гомельской областной клинической больницы». Сбор информации осуществлялся путем изучения стационарных карт пациентов, получающие терапию препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза в Гомельской области. В качестве препаратов сравнения в реальной клинической практике выбраны препараты Интерферон бета, Глатирамера ацетат, Финголимод и Окрелизумаб.

Проведен анализ возможности и оправданности перевода пациентов на препараты II линии, эффективность, переносимость и побочные эффекты в реальной клинической практике.

Результаты исследования и их обсуждения

Всего в исследовании было проанализировано 211 стационарных карт пациентов, получающие терапию препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза в Гомельской области. Согласно полученным данным распределение пациентов, получающих ПИТРС, следующие: 75 пациентов получают терапию препаратом β -интерферона-1 β , 71 пациент получает Финголимод, 60 пациент Глатирамера ацетат, 4 пациента «Ребиф» и 1 пациент «Окревус».

Таблица 1 – Распределение пациентов, получающих терапию ПИТРС, по полу и возрасту

Пациенты, получающие лечение на март 2023			Кол-во пациентов, принимающих препарат			Средний возраст пациентов, принимающих препарат	
			муж.	жен.	общее кол-во	муж.	жен.
			I линия	Ребиф	–	4	4
β -интерферона-1 β	32	43		75	35,6	39,4	
Глатирамера ацетат	18	42		60	31,3	36,15	
II линия	Финголимод	30	41	71	40,2	40,5	
	Окрелизумаб	1	–	1	37	–	
Всего:			81	130	211	–	

На данный момент (март 2023), количество пациентов, перешедших с терапии I линии на II линию составляет 14 человек. Причинами смены препарата послужили: неэффективность препарата (по критериям NEDA-3) -11 человек; плохая переносимость, нежелательные реакции в местах инъекций-3 человека.

Сорок пациентов, находящихся на I и II линии терапии ПИТРС, из них 29 пациентов, получавших терапию менее 1 года, 8 пациентов, получавших терапию в течении года и 3, получавших терапию более 1 года, отказались от приема препарата, по причине несогласия проведения контрольных диспансерных осмотров (1, 3, 6, 9, 12 месяцев) и в связи с инъекционным введением препарата, нежелательными реакциями в местах введения. Вместе с тем 3 пациента дали письменный отказ о назначении препаратов ПИТРС.

Через 12 месяцев, после назначения препарата ПИТРС, по трем критериям отсутствия признаков активности заболевания (NEDA-3) оценивается эффективность и целесообразность назначения препаратов ПИТРС. В соответствии с критериями NEDA-3 отмена препарата была проведена 5 пациентам.

Выводы

Важнейшей медико-социальной задачей в данный момент является обеспечение всех категорий пациентов с рассеянным склерозом адекватной превентивной терапией, направленной на предупреждение прогрессирования заболевания, сохранение работоспособности и улучшение качества жизни пациентов. В нашем исследовании превали-

рует количество пациентов, получающих терапию I линии (65,8 %). Доминирующим препаратом I линии является β -интерферон-1 β (53,95 %). Пациенты, имеющие субоптимальный ответ и резистентные к терапии ПИТРС I линии, требуют перевода на препараты с другим механизмом действия. Предпочтительным препаратом II линии является Финголимод (98,6 %). В нашем исследовании рациональность перевода на более агрессивную терапию каждого пациента оправдана. Наиболее частыми побочными эффектами являются нежелательные эффекты в местах инъекций и гриппоподобные симптомы, которые в ряде случаев стали причиной отказа пациентов от лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Смирнов, В. С. Клиническая характеристика пациентов с рассеянным склерозом по данным регистра Гомельской области / В. С. Смирнов, Н. В. Галиновская // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2022. – № 1(27). – С. 124.
2. Бойко, А. Н. Выбор оптимального препарата для лечения рассеянного склероза / А. Н. Бойко // Медицинский совет. – 2015. – № 5. – С. 78–81.
3. Пациенты с рассеянным склерозом в Самарской области, сравнение эффективной терапии I и II линии в реальной клинической практике / М. А. Курапов [и др.] // Практическая медицина. – 2018. – Т. 16, № 10. – С. 47–53.
4. Приказом МЗ РБ от 20.02.2020 г. № 174 «Об утверждении инструкции о порядке назначения лекарственных средств, изменяющих течение рассеянного склероза».

УДК 616.832-004.2-053.2

В. С. Смирнов, Г. В. Нетбайлов, В. А. Силивончик

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

ДЕБЮТ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Введение

Рассеянный склероз (РС) – хроническое медленно прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, характеризующееся иммуноопосредованным диссеминированным очаговым воспалением с формированием демиелинизации и формированием вторичной диффузной дегенерации [1]. Детский рассеянный склероз определяется как заболевание, которое дебютирует в возрасте до 16 лет, в некоторых странах – до 18 лет. На сегодняшний момент зарегистрировано около 3 млн. случаев, в Европе – 350 тыс., в США – 450 тыс., в России – 150 тыс. По литературным данным, частота встречаемости детского РС составляет в среднем от 5 до 10 % случаев с установленным диагнозом РС [2].

При распределении по половому признаку, как и у пациентов старше 18 лет, РС в 1,5–2 раза чаще встречается у лиц женского пола, чем у лиц мужского пола. Однако, при установлении диагноза до 10 лет, частота встречаемости не отличается по данному признаку. Данная особенность обусловила разделение педиатрического РС на две основные возрастные группы: «детский» РС с возрастом дебюта до 10 лет и «ювенильный» РС с возрастом дебюта заболевания с 10 до 16 лет. Отмечается более неблагоприятный прогноз у лиц с возрастом дебюта с 10 до 15 лет, который имеет более злокачественный характер течения с частыми обострениями, приводящими к быстрой ивалидизации данной группы пациентов. «Детский» РС имеет более прогностически мягкое течение [3].

Цель

Выявление и систематизация данных о пациентах с РС в детском возрасте, учитывая пол, возраст и наличие сопутствующей патологии.