

Выводы

Ургентная диагностика стремительно развивается и УЗЛ занимает в ней высокую позицию. Широкое применение метода одновременно с доступностью, отсутствием ионизирующего излучения, высокой мобильностью и не требующим долгосрочного обучения — должно стимулировать врачей «не специалистов ультразвуковой диагностики» осваивать и применять этот инструмент в своей повседневной практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dr. Tatyana, Radiologist & Sonologist, Saint Petersburg Dr.Yuliya, Sonologist, Kiev. Blue protocol, 2012 <http://sonomir.wordpress.com/>
2. Volpicelli G, Skurzak S, Boero E, Carpinteri G, Tengattini M, Stefanone V, et al. Lung ultrasound predicts well extravascular lung water but is of limited usefulness in the prediction of wedge pressure // Anesthesiology. — 2014. — Vol. 121. — P. 320–327.
3. Critical Care / Singh [et al.]. — 2020. — Vol. 24. — P. 65. — <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2787-9>.
4. Real-time images of tidal recruitment using lung ultrasound / G. Tusman [et al.] // Crit Ultrasound J. — 2015. — Vol. 7, № 19. — <https://doi.org/10.1186/s13089-015-0036-2>.
5. J Bras Pneumol. Ultrasound Med Biol. — 2014. — Jan-Feb; 40(1). — P. 1–5. — doi: 10.1590/S1806-37132014000100001.

УДК 616.72-002-021.3-08-097-053.2

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕКОМБИНАНТНЫХ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Бубневич Т. Е., Бильская Н. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным мировой статистики ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) является самым распространенным заболеванием в детской ревматологии. По итогам работы кадиоревматологической службы в 2020 г. в Гомельской области на диспансерном учете находилось 126 детей с диагнозом ЮИА, из них инвалидов — 95 [1].

Медикаментозная терапия ЮИА включает использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), антиметаболитов, обладающих цитостатическим эффектом (метотрексат), препаратов из группы глюкокортикостероидов (ГКС) — преднизолон, метилпреднизолон. Эффективность базовых препаратов для контроля над ревматическими заболеваниями давно доказана во многих плацебо-контролируемых исследованиях [2, 3].

Новым направлением в терапии ЮИА является внедрение биологических препаратов в практику детской кардиоревматологии. Назначение препаратов данной группы наиболее эффективно на ранней стадии заболевания, так как улучшаются прогнозные показатели. Использование на поздних стадиях болезни биологической терапии способна привести к стойкой ремиссии и улучшить качество жизни [2, 3].

Цель

Оценить эффективность комбинированной терапии пациентам с ЮИА в учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница» (ГОДКБ) за период с 2014 по 2021 гг.

Материал и методы исследования

В ходе исследования анализировались следующие показатели: число суставов с признаками активного воспаления, число суставов с ограничением функции, параметры физического развития (с помощью центильных таблиц Гродно 2000), динамика лабораторных показателей, таких как скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок (СРБ). Проводилось определение индекса активности болезни (DAS 28), оценка интенсивности боли с помощью 100 мм визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), оценка качества жизни и состояния здоровья детей с помощью опросника SNAQ. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программ Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование включены 20 пациентов, получающих комбинированную терапию ЮИА, среди них 7 мальчиков и 13 девочек. Возраст пациентов от 6 до 17 лет. Дебют ЮИА приходился на возраст от 1 года до 7 лет. До назначения биологической терапии все дети получали патогенетическую терапию метотрексатом в дозе 10–15 мг/м² и ГКС 0,3–0,5 мг/кг по преднизолону. У всех детей отмечалась гормонозависимость: снижение дозы ГКС приводило к росту активности заболевания. Всем пациентам проводились внутрисуставные инъекции ГКС кратностью от 1 до 6 раз в год. Длительность патогенетической терапии в среднем составила 5 ± 1,5 года.

В учреждении «ГОДКБ» за период с 2014 по 2021 г. использовались следующие генно-инженерные биологические препараты (ГИБП): адалимумаб, тоцилизумаб, этанерцепт. На время назначения ГИБП у всех пациентов отмечался активный суставной синдром. Среднее число суставов с активным артритом составило 4,7 (от 1 до 10), суставов с ограничением функции — 4,7 (от 1 до 10). Активный суставной синдром сопровождался длительной утренней скованностью, ограничением к самообслуживанию. Ограничение самообслуживания (ФК II) отмечено у 20 (100 %) пациентов с ЮИА.

В ходе нашего исследования проводилась оценка физического развития пациентов до начала терапии ГИБП и через 1 год на фоне биологической терапии. До заболевания (ЮИА) у большинства детей (15 человек) преобладало физическое развитие среднее гармоничное. На фоне заболевания и проводимой патогенетической терапии до назначения ГИБП преобладало физическое развитие резко дисгармоничное с задержкой роста (14 детей). Через год после начала биологической терапии у большинства детей определялось низкое гармоничное физическое развитие (15 человек).

Оценка состояния здоровья ребенка проводилась согласно опросного лист (SNAQ) до назначения ГИБП и через 1 год проводимой комбинированной терапии. В течение года наблюдалось расширение активности в повседневной жизни (до назначения ГИБП 1,35, через 1 год — 0,25). Оценка интенсивности боли проводилась согласно ВАШ. На фоне терапии ГИБП наблюдается снижение интенсивности и полное исчезновение болевого синдрома у большинства детей (до назначения ГИБП 75, через 1 год — 10).

Всем детям проводился расчет индекс активности болезни DAS 28 через 3 месяца и 1 год после начала лечения. Через 3 месяца у 7 детей отмечалась высокая степень активности заболевания, у 13 детей – средняя, риск эрозий. Через 1 год от начала ГИБП индекс активности DAS 28 снизился практически у всех пациентов (18 человек): наступила ремиссия у 13 детей, низкая активность заболевания отмечалась у 5 детей. Отсутствие ожидаемого эффекта наблюдалось у двух детей. У одного ребенка на фоне терапии тоцилизумабом в течение 3 лет произошла трансформация системного варианта ЮИА в полиартикулярный, сохранялась средняя степень активности заболевания. Дальнейшая тактика — переход на терапию адалимумабом. Через 1 год терапии адалимумабом ребенок вошел в ремиссию. У второго ребенка (полиартикулярный вариант ЮИА) на фоне терапии адалимумабом в течение 2 лет сохранялась высокая степень активности заболевания, высокий риск развития эрозий. ГКС не удалось отменить; с 2020 г. переход на терапию тоцилизумабом.

Согласно результатам исследования в 18 случаях из 20 через год наблюдалось полное исчезновение признаков гиперкортицизма у детей, до этого их имевших. У 18 из 20 пациентов наблюдалось снижение утренней скованности, уменьшилась контрактура суставов, увеличилась амплитуда движений. Нормализовались гематологические критерии. Двум пациентам проведена отмена препарата (адалимумаб) после 3 лет использования в связи с ремиссией (продолжают патогенетическую терапию метотрексатом). У одного ребенка через 4 месяца после отмены адалимумаба наблюдался рецидив заболевания: прогрессирование суставного синдрома, высокая лабораторная активность.

Динамика уровня СОЭ — до начала биологической терапии среднее значение составляло 24 мм/ч, после начала биологической терапии — 10 мм/ч. Среднее количество лейкоцитов – 19,1 и $7,3 \times 10^9/\text{л}$ соответственно. С-реактивный белок — 22,7 и 0,2 мг/л соответственно.

Выводы

Применение ГИБП достоверно снизило воспалительную активность, прервало прогрессирование заболевания и повысило активность пациентов. Благодаря отмене препаратов ГКС исчезли явления гиперкортицизма, нормализуется уровень физического развития. Исследование показало, что ответ пациентов на терапию был достаточно быстрым и в 18 из 20 случаев привел к длительной ремиссии, что позволяет рассматривать биологическую терапию как крайне перспективное направление в патогенетическом лечении ЮИА.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, А. М.* Болезни суставов у детей: метод. пособие / А. М. Беляева, И. Д. Чижевская. — Минск: «ДокторДизайн», 2015. — 112 с.
2. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревматологии / под ред. М. А. Школьниковой, Е. И. Алексеевой. — М., 2011. — 503 с.
3. Ревматические болезни у детей: клинич. рекомендации для педиатров / под ред. А. А. Баранова, Е. И. Алексеевой // Союз педиатров России, ФГАУ Науч. центр здоровья детей Минздрава России, ГОУ ВПО Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова Минздрава России. — М.: ПедиатрЪ, 2016. — 144 с.