# ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.721-002.77

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

***Л. Н. Шилова[1], О. П. Слюсарь[2], А. С. Чернов[1, 2]***

*[1]Волгоградский государственный медицинский университет,*
*кафедра госпитальной терапии, ВПТ с курсом клинической ревматологии ФУВ,*
*[2]ГУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25,*
*областной ревматологический центр*

Проведен анализ использования основных методов лечения больных анкилозирующим спондилитом на примере Волгоградской области. Показана большая роль ранней диагностики заболевания и назначения адекватной терапии. Отмечена высокая эффективность генно-инженерных биологических препаратов.

*Ключевые слова:* анкилозирующий спондилит, биологическая терапия, нестероидные противовоспалительные препараты.

## EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS IN THE VOLGOGRAD REGION

***L. N. Shilova[1], O. P. Slyusar[2], A. S. Chernov[1, 2]***

*[1]Volgograd State Medical University,*
*the Department of hospital therapy, military field therapy*
*with a clinical course of rheumatology of Department for Continuing Education,*
*[2]Municipal healthcare institution city, clinical emergency hospital № 25, a regional rheumatology center*

We analyzed the use of the main methods of treatment of patients with ankylosing spondylitis on in the Volgograd region. The study demonstrated a significant role of early diagnosis of the disease and of administration of adequate therapy. Higher effectiveness of genetically engineered biological products was observed.

*Key words:* ankylosing spondylitis, biological therapy, nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Анкилозирующий спондилоартрит (АС) — хроническое воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся преимущественным поражением позвоночника (спондилит), крестцово-подвздошных суставов (сакроилиит), во многих случаях — периферических суставов (артрит), энтезисов (энтезит), у части больных глаз (увеит), сердца, аорты и других внутренних органов [1]. Распространенность АС в России составляет от 0,2 до 2 % [3].

Актуальность проблемы АС обусловлена поздним выявлением, поражением лиц молодого возраста, следствием чего являются: ранняя инвалидизация, падение качества жизни, повышение риска фатальных кардиоваскулярных событий, множественные висцеральные осложнения.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Анализ сроков постановки диагноза и выбора терапии больных анкилозирующим спондилоартритом в медицинских учреждениях г. Волгограда и области.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами были проанализированы данные анамнеза пациентов и различные препараты, применяемые в лечении больных анкилозирующим спондилитом в нашем регионе. Для этих целей был проведен ретроспективный анализ историй болезни больных, проходивших лечение в условиях ревматологического отделения ГУЗ ГКБСМП № 25 г. Волгограда, а также данные отчетов главного внештатного специалиста ревматолога Волгоградской области О. П. Слюсарь.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Достижениями последнего десятилетия в ревматологии является в первую очередь определение современной тактики лечения больных до достижения цели — значительного снижения активности или клинической ремиссии, во-вторых, использование генно-инженерных биологических препаратов, позволяющих значительно изменить течение болезни [3]. Согласно рекомендациям международных организаций и Ассоциации Ревматологов России, лечение больных анкилозирующим спондилоартритом включает в себя несколько групп препаратов, тактика их назначения представлена в табл. 1.

Ежегодно в отделении ревматологии ГУЗ ГКБСМП № 25 г. Волгограда проходит лечение более 1600 больных. Вторым заболеванием по числу госпитализаций является анкилозирующий спондилит [4] (рис).

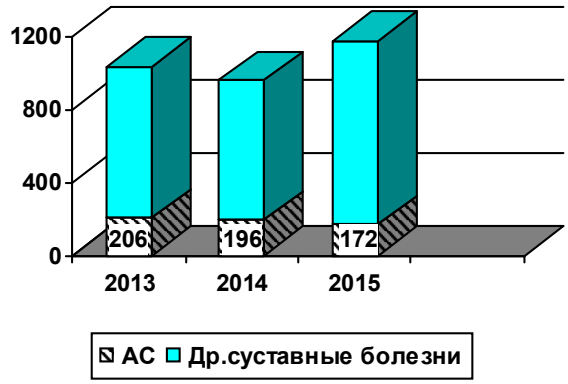


Рис. Частота АС в группе суставной патологии

*Таблица 1*

**Рекомендации ASAS по лечению спондилоартрита**

| Терапия СпА | Аксиальный СпА | Периферический СпА при наличии аксиального СпА | Периферический СпА |
|---|---|---|---|
| Лечение первой линии | ≥2 НПВП, ≥ 4 недель, физиотерапия | ≥2 НПВП, ≥ 4 недель, физиотерапия | ≥ 4 недель, физиотерапия |
| Резистентность к НПВП, высокая активность ≥ 4 недель (BASDAI ≥ 4) | Ингибиторы ФНО | Одна локальная инъекция ГКС, СУЛЬФ или другие базисные препараты, ингибиторы ФНО | Одна локальная инъекция ГКС, СУЛЬФ или другие базисные препараты |
| Резистентность к ГИБП ФНО | Переключение на другой ФНО | Переключение на другой ФНО | |

*Примечание.* СпА — спондилоартрит, СУЛЬФ — сульфасалазин, ГКС — глюкокортикостероиды, ФНО — фактор некроза опухоли, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты.

В настоящее время в Волгоградской области зарегистрировано 392 больных с данным диагнозом (2015 г.), из которых 78 % — мужчины, более 50 % больных в возрасте от 25 до 50 лет. Из анамнеза больных выявлено, что большая часть пациентов обратились к врачу в сроках от 2 до 5 лет от начала болезни. Более 80 % больных обратились и наблюдались у терапевта или невролога. К сожалению, средний период направления пациента к ревматологу составил (1,3 ± 1,1) года. Окончательный диагноз был поставлен в среднем через (9,2 ± 1,2) года. Эти цифры сопоставимы с мировой статистикой и, конечно, необходимо более активное выявление заболевания при первичном обращении пациента к врачу.

При анализе терапии, принимаемой нашими пациентами, получены следующие результаты (табл. 2)

*Таблица 2*

**Качественный состав базисной терапии у пациентов АС в 2015 г.**

| Препарат | Количество пациентов, получающих препарат N | % |
|---|---|---|
| НПВП | 298 | 76 |
| Метотрексат | 24 | 6 |
| Сульфасалазин | 111 | 28 |
| ГКС | 60 | 15 |

Как видно из табл. 2, к сожалению, не все больные принимают НПВП в постоянном режиме, что сейчас считается абсолютно необходимым. Показанием для назначения ГКС при АС в настоящее время является лишь наличие системных поражений (аортит и т. д.). Большая часть пациентов, принимающих ГКС в нашем наблюдении, связана с давним назначением препарата. Адекватная базисная терапия больных АС с добавлением ГИБП позволила снизить прием ГКС на 80 %. Кроме того, все пациенты, особенно на стационарном этапе занимаются лечебной физкультурой [2].

Большим достижением современной медицины в настоящее время является возможность назначения больным АС генно-инженерных биологических препаратов. Для этой патологии наиболее эффективными являются ингибиторы ФНО. В нашем регионе 101 (26%) человек получает ГИБП, распределение больных, получающих эти препараты, представлено в табл. 3.

*Таблица 3*

**Количество пациентов АС, получающих ГИБП в Волгоградской области (2015 г.)**

| ГИБП | Количество больных |
|---|---|
| Инфликсимаб | 30 |
| Этанерцепт | 48 |
| Адалимумаб | 22 |
| Голимумаб | 1 |

Инициация терапии ГИБП в ревматологических отделениях Волгограда проводилась 96 больным, наиболее активно в этом направлении работает областной ревматологический центр на базе ГУЗ ГКБСМП № 25. 70 % пациентов находятся на монотерапии ГИБП, 30 % — в сочетании с другими базисными препаратами. 7 % больных, получающих ГИБП, продолжают принимать ГКС.

Принимают инфликсимаб 30 человек, из них 3 — более 8 лет с устойчивым положительным эффектом. У 5 пациентов инфликсимаб заменен на этанерцепт из-за ускользания эффекта. Среди больных, принимающих этанерцепт, 5 получают препарат более 4 лет с устойчивым эффектом, 3 больным увеличен интервал между введениями (50 мг в 2 недели). 1 пациенту после 3 лет клинико-лабораторной ремиссии этанерцепт был отменен, пациент остался на терапии НПВП, ремиссия сохраняется 6 месяцев.

При анализе побочных реакций и нежелательных явлений, возникших у больных на фоне приема ГИБП, нами выявлено, что у 5 пациентов, принимавших инфликсимаб, наблюдалось ускользание эффекта, у 1 — крапивница, у 1 — алопеция. Среди больных, получающих этанерцепт, у 1 — ускользание эффекта. При назначении адалимумаба у 2 больных не получен положительный эффект, а у 1 — аллергическая реакция. Таким образом, в процессе лечения ГИБП нами получен высокий профиль безопасности и эффективности.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Итак, проведенный нами анализ показал высокую актуальность и социальную значимость изучения анкилозирующего спондилоартрита. Остается проблемой ранняя диагностика заболевания и, соответственно, назначение адекватной терапии. Необходимо улучшить первичный диагностический этап, вероятно, за счет проведения обучающих школ для терапевтов и неврологов, к которым наши потенциальные больные обращаются в первую очередь.

Нами выявлена высокая эффективность и безопасность биологической терапии. Длительное успешное применение ГИБП позволяет эффективно контролировать активность АС, сохраняя социальную активность и качество жизни у данной категории пациентов, что, в свою очередь, определяет высокую комплаентность больных проводимому лечению .

***ЛИТЕРАТУРА***

1. *Бадокин В. В., Годзенко А. А.* Ревматология. Клинические лекции. — М., 2014. — С. 124.

2. *Мандриков В. Б., Коршунов О. И., Вершинин Е. Г.* Введение в теорию и методику лечебной физической культуры. — Волгоград, 2013.

3. *Насонов Е. Л.* Национальное руководство по ревматологии / Под ред. Е. Л. Насонова. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. — 320 с.

4. *Шилова Л. Н., Чернов А. С., Фофанова Н. А., Слюсарь О. П.* Клинико-эпидемиологические особенности ревматологической патологии у взрослого населения Волгограда в 2008—2011 г.г. // Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2013. — № 1. — С. 7—9.

***Контактная информация***

**Шилова Людмила Николаевна** — д. м. н., заведующая кафедрой госпитальной терапии, ВПТ с курсом клинической ревматологии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: ludshilova@mail.ru