

3. Чаванина, С. А. Внебольничная пневмония у детей: современное состояние проблемы / С. А. Чаванина, И.К. Богомолова // ЭНИ Забайкальский медицинский вестник. – 2013. - № 1. – С. 184-192.

4. Самсыгина Г. А. Тяжелые внебольничные пневмонии у детей: особенности клиники и терапии / Г. А. Самсыгина, Т. А. Дудина // Consilium medicum. – 2002. – Т. 5. – № 10. – С. 67-71.

5. Царькова, С. А. Пневмонии у детей: старые проблемы и новые возможности / С. А. Царькова, П. В. Кузнецов, Н. Г. Купреева // Педиатрическая фармакология. – 2011. – Т. 8. - № 1. – С. 12-16.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭТАНЕРЦЕПТ У ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Петрова Н. А, Сахаров В. И.

Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа, Россия

Введение. Ювенильные артриты – наиболее часто встречающиеся ревматические заболевания у детей. В соответствии с современными представлениями, ЮИА – артрит неизвестной этиологии, который начинается в возрасте до 16 лет и длится, по крайней мере, в течение 6 недель.

Современными рекомендациями по лечению ЮИА с целью контроля над течением заболевания предусмотрено назначение базисных противоревматических препаратов, среди которых предпочтение отдают метотрексату. Неэффективность последнего в адекватных дозах ($10-15 \text{ мг/м}^2$ поверхности тела) является показанием для назначения генно-инженерных биологических препаратов. В настоящее время в Российской Федерации для лечения ЮИА зарегистрированы следующие ГИБП: адалимумаб, этанерцепт, абатацепт, тоцилизумаб, канакинумаб.

Этанерцепт является конкурентным ингибитором связывания ФНО- α с его рецепторами на поверхности клеток и таким образом ингибирует биологическую активность ФНО- α . Этанерцепт медленно абсорбируется из мест инъекций при подкожном введении, достигая максимума через 48 ч. Биодоступность составляет 76%. Этанерцепт блокирует не только ФНО- α , но и ФНО- β (лимфотоксин- α). Он полностью состоит из человеческого

белка. У взрослых больных препарат вводится подкожно по 25 мг 2 раза в неделю или по 50 мг один раз в неделю. Доза препарата у детей составляет 0,4 мг/кг 2 раза в неделю или 0,8 мг/кг еженедельно.

Цель работы: оценить эффективность и безопасность применения этанерцепта при лечении пациентов с ЮИА.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 23 ребенка (6 мальчиков и 17 девочек в возрасте от 4 до 17 лет (средний возраст – 7,8 лет). В большинстве случаев заболевание развилось в раннем и дошкольном возрасте (средний возраст в дебюте болезни – $4,3 \pm 2,7$ года). Длительность болезни составила $7,5 \pm 3,3$ года, в том числе до назначения этанерцепта – $4,3 \pm 3,12$ года. У 15 детей был установлен серонегативный полиартрит, у 4 – персистирующий олигоартрит, у 2 пациентов – ювенильный артрит с системным началом (течение болезни по типу полиартрита), у 2 пациентов – артрит, связанный с энтезитом. Этанерцепт вводился подкожно из расчета 0,4 мг/кг (максимально 25 мг) 2 раза в неделю. Средняя разовая доза препарата составила $0,5 \pm 0,1$ мг/кг. Все пациенты принимали нестероидные противовоспалительные препараты (преимущественно нимесулид), метотрексат внутримышечно (средняя доза $11,6 \pm 3,4$ мг/в.м/нед.), в том числе 8 пациентов в сочетании с циклоспорином А, 2 – с сульфасалазином. Глюкокортикоиды (метипред) принимали 4 пациента. Оценка эффективности проводилась по критериям ACRpedi через 3, 6 и 12 мес. От начала терапии.

Для оценки индекса функциональной недостаточности (ФН) использовалась русская версия опросника состояния здоровья ребенка the Childhood Health Assessment Questionnaire [3]. В качестве критериев эффективности терапии использовались педиатрические критерии Американской коллегии ревматологов: 1) общая оценка активности болезни врачом по ВАШ, 2) общая оценка тяжести болезни пациентом или родителями по ВАШ, 3) степень функциональной недостаточности по опроснику CHAQ, 4) число суставов с активным артритом, 5) число суставов с ограничением движений, 6) СОЭ или С-реактивный белок. Критериями АКРпед 30, 50 и 70 являлись снижение как минимум 3 из 6 показателей на 30, 50 и 70%, соответственно; при этом один показатель может ухудшиться на 30% и более.

С целью мониторинга эффективности и безопасности терапии всем пациентам проводились общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, иммунограмма (С-РБ, сывороточные иммуноглобулины А, М, G, циркулирующие иммунные комплексы), реакция Манту и/или Диаскин-тест, а также рентгенография ОГК каждые 6 месяцев.

Результаты. Через 3 мес. От начала лечения улучшение (критерий АСR30) было установлено у 21 пациента (91,3%), из них критериям АСR50 соответствовали 16 чел. (69,6%), АСR70 – 14 (60,9%). Через 6 и 12 мес. Критериям АСR30 отвечали 22 ребенка (95,6%), АСR50 – 21 ребенок (91,3%), АСR70 – 20 (86,9%). В связи с отсутствием клинически значимого улучшения лечение этанерцептом было прекращено у 1 пациента. Через 24 мес. От начала лечения большинства пациентов, продолживших лечение (20/22), был достигнут статус «неактивной болезни», у 2 сохранялась минимальная степень активности болезни. Подавляющее большинство пациентов (22/23) хорошо переносили лечение препаратом. Однако у 1 пациентки с олигоартритом отмечалось развитие увеита, что послужило основанием для прекращения лечения этанерцептом. У 1 пациента был выявлен вираж туберкулиновой пробы. На период проведения химиопрофилактики лечение препаратом было приостановлено.

Заключение. Назначение этанерцепта позволило добиться улучшения у подавляющего большинства пациентов (95,6%), в том числе достичь клинико-лабораторной ремиссии у 20 из них (86,9%). Отмечено постепенное нарастание эффективности лечения препаратом на протяжении 2 лет наблюдения. Не отмечено случаев развития вторичной неэффективности. В целом препарат этанерцепт показал не только высокую эффективность, но хорошую переносимость. Развитие увеита и виража тубпроб соответствует литературным данным. Таким образом, препарат является высокоэффективным препаратом для лечения ювенильных артритов, рефрактерных к базисным противоревматическим препаратам.

Литература:

1. Алексеева Е. И., Бзарова Т. М. Результаты открытого, проводимого в одном центре, нерандомизированного. Без группы сравнения наблюдательного исследования оценки эффективности и безопасности терапии этанерцептом в комбинации с метотрексатом у пациентов с

ювенильным идиопатическим артритом // Вопросы современной педиатрии – 2011ю – Том 10, № 5 - С. 24-31.

2. Малиевский В. А. Ювенильные артриты: эпидемиология, медико-социальные и экономические последствия, качество жизни: Автореферат дис. ... докт. Мед. наук. – Москва, 2006. – 38 с.

3. Российский адаптированный вариант опросников для оценки качества жизни и состояния здоровья детей с ювенильными хроническими артритами / Н. Н. Кузьмина, И. П. Никишина, А. В. Шайков [и др.] // Научно–практическая ревматология. – 2002. - № 1. – С. 40-47.

4. Cassidy J., Petty R. Textbook of Pediatric Rheumatology. – Elsevier, 2011.

5. Horneff G., Foeldvari I., Kuemmerle-Deschner J. Switching of biologics in juvenile idiopathic arthritis // Ann. Rheum. Dis. – 2011;70 (Suppl3). – P. 402.

ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ ПАМИДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ: ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Почкайло А. С., Жерносек В. Ф., Руденко Э. В., Зайцев Д. В.**,
Лазарчик И. В.***

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

**УЗ «Минская областная детская клиническая больница»,

г. Минск, Беларусь

Введение. Несовершенный остеогенез (НО) – редкое врождённое метаболическое заболевание соединительной ткани с преимущественно аутосомно-доминантным типом наследования, вызванное мутацией в генах, кодирующих синтез коллагена. Характеризуется повышенной ломкостью кости и предрасположенностью к переломам при минимальной травме или в её отсутствие, а также широким спектром экстраскелетных проявлений, обусловленных имеющимся дефектом в строении соединительной ткани. Встречается с частотой 1:10 000-20 000 родившихся живыми, с одинаковой частотой у обоих полов, среди различных рас и этнических групп. Широко применяемой в мире современной стратегией лечения среднетяжёлых и тяжёлых форм НО у взрослых и детей является применение лекарственных средств на основе бисфосфонатов (БФ), наиболее изученным из