

ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ НА РАЗВИТИЕ КОКСАРТРОЗА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Камолова Г. М., Красноперова М. А.

Научный руководитель: ассистент кафедры госпитальной педиатрии Сорокина Любовь Сергеевна
Кафедра госпитальной педиатрии
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Контактная информация: Красноперова Маргарита Андриановна — студент 5 курса Педиатрического факультета. E-mail: margo.krasnoprirova@yandex.ru

Ключевые слова: ЮИА, коксартроз, педиатрия.

Актуальность исследования: ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) — распространенное иммуноопосредованное воспалительное заболевание ОДА у детей, приводящее к необратимым морфофункциональным изменениям в суставах. Наиболее опасно поражение тазобедренного сустава (ТБС), т.к. его лечение остается актуальной проблемой педиатрии, что связано с высокой социальной значимостью, поскольку коксартроз (КСА) имеет существенные показатели инвалидизации. Глюкокортикостероиды (ГКС) долгое время используются в терапии ЮИА, но все чаще врачи предпочитают иные методы лечения для долгосрочного контроля над заболеванием, поскольку длительное применение ГКС связано с серьезными побочными эффектами [1].

Цель исследования: изучение влияния терапии ГКС на поражение ТБС у пациентов с ЮИА.

Материалы и методы исследования: было проведено ретроспективное исследование 753 пациентов 2-17 лет с диагнозом ЮИА, установленного по критериям ILAR, 2001[2]. Все пациенты проходили обследование и лечение в ПО №3 клиники СПбГПМУ с 01.01.2007 г. по 31.12.2016 г. Оценивалась клинико-лабораторная картина заболевания, инструментальные изменения ТБС, сравнивались схемы лечения и факт ГКС-терапии. Диагноз КСА устанавливался по данным рентгенограммы, МРТ, КТ. Показаниями к эндопротезированию являлись: КСА 3–4 стадии, болевой синдром, желание пациента или родителей.

Результаты: всего 59,1% (n=445) пациента получали терапию ГКС, они имели более ранний возраст дебюта заболевания (5,6 vs 6,53 лет, $p=0,03$), большую воспалительную активность (СОЭ 11 и 5, $p=0,000001$, СРБ 2,3 и 0,7, $p=0,000005$). Длительность заболевания на момент исследования не отличалась существенно в обеих группах, как и число активных суставов (5,5 и 6, $p=0,02$). Во всей группе частота поражения ТБС составила 153/753 (20,3%), с одинаковым распределением в исследуемые группы (22,4 и 18,9%, $p=0,237$). При назначении ГКС поражение ТБС чаще было отсроченным (51,1% и 32,8%, $p=0,022$). Генно-инженерная биологическая терапия (ГИБТ) применялась на более раннем сроке у пациентов, получавших ГКС (3,8 vs 4,7 лет, $p=0,004$). Пациенты обеих групп в равной степени страдали кокситом (49,5 и 50,5%, $p=0,06$) и коксартрозом (50 и 50%, $p=0,006$), однако в дальнейшем эндопротезированию нуждались пациенты, получавшие ГКС-терапию (15/16, 93,8%, $p=0,006$). Ранние сроки назначения кортикостероидов, ГИБТ и высокая воспалительная активность у пациентов, получавших ГКС, свидетельствуют о более агрессивном течении болезни, но, по данным регрессионного анализа, факт назначения ГКС не влияет на сроки достижения ремиссии.

Выводы: терапия ГКС- фактор риска развития КСА и эндопротезирования ТБС у пациентов с ЮИА. Коксартроз, развившийся на фоне ГКС-терапии, особенно, при отсроченном развитии, свидетельствует о КСА как о побочном эффекте ГКС терапии, но не следствием течения ЮИА. Необходимо избегать назначения системной ГКС терапии в лечении ЮИА, особенно при суставных формах заболевания, использовать стероид-избегающие противовоспалительные средства.

Литература

1. Batu E.D. Glucocorticoid treatment in juvenile idiopathic arthritis//Rheumatology International. 2018.
2. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN et al. International League of Associations for Rheumatology. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. J Rheumatol. 2004 Feb;31(2):390-2. PMID: 14760812.