

Анкілозивний спондиліт: від теорії до практики

За матеріалами науково-практичної онлайн-школи Асоціації ревматологів України
«Кістково-м'язова система та сполучна тканина в фокусі ревматології» (17-19 червня 2020 року)

Біль у спині або суглобах – найчастіші скарги, з якими звертаються пацієнти різного віку до сімейних лікарів, неврологів, травматологів та інших спеціалістів. У таких випадках важливими є ретельний збір даних анамнезу, проведення диференційної діагностики та своєчасне встановлення правильного діагнозу. В контексті актуальності цих проблем при ревматичних захворюваннях провідна фахівчиня відділу некоронарогенних хвороб серця та клінічної ревматології ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України (м. Київ), д. мед. н., професорка Галина Олександрівна Проценко та аспіранти М.Л. Пастернак, В.В. Дубас представили клінічний випадок ураження кульшового суглоба у хворого на анкілозивний спондиліт (АС).

Встановлення достовірного діагнозу АС (ідіопатичний анкілозивний спондилоартрит, хвороба Штрюмпеля – Марі – Бехтерева, хвороба Бехтерева) на ранній стадії потребує високої кваліфікації лікаря. Зазвичай виділяють три основні форми АС, як-то центральна, периферична та вісцеральна.

У 15-20% випадків АС характеризується розвитком спондилоартриту й сакроіліїту, а також ураженням плечових і кульшових суглобів. При залученні до процесу лише плечових суглобів перебіг захворювання більш сприятливий, а порушення функції суглобів є рідкісним.

Одно-/двостороннє ураження кульшових суглобів розвивається паралельно з сакроіліїтом або через деякий час. Дуже рідко коксит з'являється ще до появи ознак сакроіліїту, що значно ускладнює своєчасну діагностику АС. Ще однією об'єктивною причиною пізньої діагностики АС є повільний розвиток рентгенологічних ознак сакроіліїту.

За наявності клінічних показань (біль запального генезу в нижній частині спини, відносно невелика давність захворювання) та відсутності достовірних ознак сакроіліїту на рентгенограмі тазу показане проведення магнітно-резонансної томографії (МРТ) сакроіліїтальних зчленувань з обов'язковим використанням режимів T₁ і T₂ з товщиною зрізу не більш ніж 4 мм. При цьому обов'язковою умовою сакроіліїту є наявність на МРТ активного запалення у вигляді субхондрального набряку кісткового мозку.

Що стосується клінічного випадку, представлено професоркою Г.О. Проценко, з анамнезу пацієнта відомо, що він хворіє з 2010 р., коли вперше з'явилися біль у попереку та сідничних ділянках, ранкова скутість, тривалий субфебрилітет. Для полегшення симптомів хворий приймав диклофенак практично щодня. У 2013 р. в нього діагностували виразкову хворобу шлунка, причиною якої, імовірно, стало тривале приймання нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП).

Через деякий час пацієнта було проконсультовано ревматологом, який встановив діагноз АС. Лікар відмінив диклофенак та призначив 2 г/добу сульфасалазину, 4 мг/добу метилпреднізолону та 20 мг/добу омепразолу. Проте хворий не приймав сульфасалазин.

Через відсутність адекватної хворобомодифікувальної терапії до патологічного процесу поступово почали залучатися шийний, грудний і поперековий відділи хребта, наростали виразність симптомів, обмеження його рухливості та посилювалася ранкова скутість. При цьому пацієнт самостійно коригував дозу метилпреднізолону (4-8 мг/добу), а в період загострень вводив внутрішньом'язово бетаметазон без консультації з ревматологом.

Станом на 2018 р. у пацієнта з'явився біль у лівому і правому кульшових суглобах, прогресувало обмеження рухів при ходінні. Хворий звернувся до ревматолога за місцем проживання, який розцінив біль у суглобах як прогресування АС та призначив сульфасалазин у дозі 3 г/добу. Також лікар збільшив дозу метилпреднізолону до 12 мг/добу терміном на один місяць із подальшим її зниженням за схемою до 4 мг/добу. З цього часу пацієнт почав приймати сульфасалазин.

На тлі корекції лікування біль та обмеження рухів у кульшовому суглобі продовжували прогресувати. Тому пацієнт звернувся за консультацією в Український ревматологічний центр (м. Київ).

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворого був середнього ступеня тяжкості. При аускультатії серця та легень патологічних змін не виявлено. Звертало увагу значне обмеження внутрішньої та зовнішньої

ротатії обох стегон, згладжування фізіологічних вигинів хребта. Оцінка за індексами BASMI та BASFI становила по 8 балів, що свідчило про значні функціональні порушення опорно-рухового апарату.

За результатами лабораторних досліджень у хворого було виявлено наступні відхилення від норми: позитивний HLA B27, знижений рівень гемоглобіну (109 г/л), швидкість осідання еритроцитів – 35 мм/год, С-реактивний білок – 8 мг/л. За даними рентгенографії поперекового відділу хребта виявлений анкілоз міжхребцевих суглобів, при рентгенологічному дослідженні кульшових суглобів – двобічний коксартроз 4-го ступеня. За результатами рентгенівської денситометрії, Z-критерій на рівні шийки стегна становив -2,8 SD, поперекового відділу хребта – -2,6 SD, що свідчило про значне зниження мінеральної щільності кісткової тканини.

Після всебічного обстеження пацієнта було встановлено такий основний діагноз: АС, HLA B27 позитивний, периферична форма, активність II ст., з ураженням хребта (спондиліт усіх відділів), сакроіліїтальних зчленувань (двобічний сакроіліїт) III-IV ст., кульшових суглобів III-IV ст., функціональна недостатність суглобів III ст. Спутуніт діагноз: системний глюкокортикоїд-індукований остеопороз, виразкова хвороба шлунка (в анамнезі), хронічний гастрит, стадія нестійкої ремісії.

Подальша лікувальна стратегія передбачала корекцію базисної протизапальної терапії та консультацію ортопеда-травматолога для вирішення питання щодо ендотезування кульшових суглобів (у березні 2019 р. пацієнтові провели ендотезування обох кульшових суглобів у два етапи з інтервалом чотири місяці).

Треба зауважити, що окрім базисної протизапальної терапії при АС доцільним є застосування НПЗП, особливо в періоди загострення хвороби. Це дозволяє суттєво зменшити біль і скутість у хребті та периферичних суглобах, що покращує загальне самопочуття хворих. Відомо, що НПЗП ефективніші за клінічних ознак вторинного синовіїту, ніж при болю механічного характеру.

На час звернення в Український ревматологічний центр пацієнт приймав 3 г/добу сульфасалазину та 4 г/добу метилпреднізолону. Йому було рекомендоване продовження використання сульфасалазину в тій самій дозі та поступове зниження дозування метилпреднізолону до повної відміни. В межах терапії глюкокортикоїд-індукованого остеопорозу хворий застосовував ібандронову кислоту по 3 мг внутрішньовенно один раз на три місяці, препарати кальцію та вітаміну D.

У разі виникнення гострого болювого синдрому, пов'язаного з АС, пацієнтові було рекомендоване пероральне приймання НПЗП, а саме етодолаку пролонгованої дії – препарату **Етол SR** у дозі 600 мг/добу.

Чому був обраний саме етодолак (**Етол SR**) серед інших НПЗП?

Етодолак – помірний селективний інгібітор циклооксигенази-2 (ЦОГ-2), що характеризується високим профілем як ефективності, так і безпеки. Відповідно до настанови Американської асоціації з вивчення болю при спондилоартриті (ASAS), для купірування гострого болю рекомендовано застосовувати етодолак у середньотерапевтичній дозі 600 мг/добу, що порівнюється з максимальними терапевтичними дозами диклофенаку 150 мг/добу, ацеклофенаку – 200 мг/добу, мелоксикаму – 15 мг/добу. При цьому, за потреби, максимальна терапевтична доза етодолаку може бути 1200 мг/добу.

Важливою перевагою етодолаку є те, що його використовують для купірування гострого болю. При пероральному прийманні

анальгетичний ефект етодолаку настає швидше – через 15-30 хв. І це в чотири рази швидше, ніж при застосуванні диклофенаку (Дубовська, 2012). Завдяки цьому даний препарат може бути альтернативою внутрішньом'язовим ін'єкціям інших НПЗП (Baumert et al., 2001).

Окрім того, етодолак характеризується високим профілем безпеки стосовно впливу на шлунково-кишковий тракт (ШКТ), серцево-судинну систему, суглобовий хрящ та, на відміну від неселективних НПЗП, не викликає остеопорозу (Vascon, 1990). Метааналіз 29 рандомізованих клінічних досліджень показав, що застосування помірно селективного НПЗП етодолаку асоційоване з нижчою частотою гастроінтестинальних ускладнень (перфорація/кровотеча з виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки) порівняно з неселективними НПЗП.

Також етодолак характеризується меншим відносним ризиком кардіоваскулярних побічних ефектів, аніж високоселективні НПЗП коксиби, наприклад, еторикоксиб (McGettigan, Henry, 2000-2010).

Етодолак у дозі 400 мг (**Етол Форт**), швидко знеболює протягом 12 годин, а етодолак пролонгованої дії по 600 мг (**Етол SR**) – упродовж 24 годин і характеризується ще кращим протизапальним ефектом та збільшеним профілем безпеки відносно ШКТ навіть порівняно зі стандартним етодолаком. Наявність різних

дозувань дозволяє підібрати ефективні дози відповідно до виду та перебігу ревматичного захворювання та максимально зменшити ризик виникнення побічних дій.

У зв'язку з цими характеристиками даному пацієнтові для купірування гострого болю та запалення було рекомендовано приймати **Етол SR** по одній таблетці 600 мг/добу.

У разі призначення НПЗП у пацієнтів із виразковим анамнезом обов'язковим є застосування інгібіторів протонної помпи. Зокрема, даному хворому було рекомендоване пероральне приймання пантопразолу (**Пульцет**) у дозі 40 мг/добу для запобігання ерозивних уражень слизової оболонки верхніх відділів ШКТ. Особливістю препарату **Пульцет** (представництва «Нобель Ілчач») є вдвічі швидше всмоктування пантопразолу порівняно з аналогами завдяки наявності симетикону в його складі. Ще однією перевагою у виборі препарату **Пульцет** серед інгібіторів протонної помпи є мінімальний потенціал міжлікарських взаємодій.

Таким чином, своєчасна діагностика АС, призначення адекватної базисної терапії, оптимальний комплаєнс – визначальні фактори в запобіганні розвитку незворотних змін у структурі опорно-рухової системи. При цьому важливим елементом успішного лікування АС є використання безпечних та високоєфективних препаратів для полегшення болювого синдрому в спині та суглобах у період загострень. Із цієї метою у клінічній практиці широко застосовується етодолак (**Етол Форт 400 мг, Етол SR 600 мг**), який ефективно купірує гострий біль при АС та інших захворюваннях опорно-рухового апарату.

Підготувала Людмила Оніщук



Етол SR Знеболює 24 години

Етодолак мікронізований 600 мг



Для тривалого лікування артритів

1 таблетка 600 мг 1 раз на добу



Пантопрозол 40 мг 14 та 28 таблеток

Пульцет

Профілактика НПЗП – гастропатій

Вдвічі швидше всмоктування пантопразолу завдяки наявності симетикону в оболонці таблетки



Коротка інструкція по препарату Етол SR: 1 таблетка – 600 мг мікронізованого етодолаку, НПЗП. Етодолак має протизапальну, знеболювальну та жарознижувальну дію. Лікування болювого синдрому при остеоартрозі. Побічні реакції: диспепсія, нудота та ікота. Р.п. МСЗ України № UA/15374/01/01 від 10.11.2016. Коротка інструкція Пульцет: Склад: 1 таблетка містить пантопрозолу натрію сесквігидрату в перерахуванні на пантопрозол 40 мг. Допоміжні речовини: емальсія симетикону та ін. Фармакологічна дія: засоби для лікування печинкової виразки та гастроерозальної рефлюксової хвороби. Показання: рефлюкс-езофагіт середнього та важкого ступеня, ерадикація Helicobacter pylori, виразка дванадцятипалої кишки, виразка шлунка, при синдромі Золінгера-Елісона та інших патологічних гіперсекреторних станах. Побічні реакції: біль та дискомфорт у животі, діарея, запор, нудота, сухість у роті та ін. Р.п. № UA/4997/01/01 Термін дії р.п. не обмежений з 28.07.2016. Література: 1. Інструкція для медичного застосування препарату Етол SR. 2. НПЗП індукований гастроїт: оптимізація механізмів розвитку к розроблені стратегії профілактики і лічення. Балуйова Е.М. "МД" №10 від 30.05.2017 стр. 697-702. 3. Рациональное ведение пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и персистирующим икотением. Чернышова В.В. – Сучасна гастроентерологія – 2014. – №5. – С.101-106. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Дані матеріали призначені для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. За додатковою інформацією звертайтеся в представництво компанії Нобель в Україні: 04213, Київ, просп. Героїв Сталінграду, 53 Б, тел.: (044) 5862064, www.nobel.com.ua

Здоров'я України

17