

OBESITY EFFECT ON LIPID METABOLISM INDICES IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

Mamanazarova D.K., Abdullaev A.H., Iskanderova S.Dzh., Maksudova M.B.

City Clinical Hospital No.7, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan

The article presents the results of a survey of 72 patients with osteoarthritis, depending on obesity. A reliable increase in total cholesterol, triglycerides, low-density lipoproteins and decreased levels of HDL in patients with osteoarthritis and obesity were established. A greater intensity of destructive and inflammatory changes in the joints, pain per a visual analogue scale and functional insufficiency (WOMAC) was revealed.

Keywords: osteoarthritis, obesity, cholesterol, triglycerides, LDL and HDL.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ

А.Т.Мамасаидов, Г.А.Кулчинова

Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации, г.Ош, Кыргызская Республика

В данной работе рассматривается клиническая оценка различных видов базисной терапии анкилозирующего спондилита. Установлено, что все четыре базисных препарата (лорноксикам, сульфасалазин, метотрексат и этанерцепт) при анкилозирующем спондилите оказывают положительное влияние на динамику всех шести клинических признаков поражения позвоночника. Но при этом более выраженное и раннее действие оказывает этанерцепт.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, сульфасалазин, метотрексат, этанерцепт.

Введение. Среди ревматических заболеваний одно из ведущих мест из-за высоких темпов прогрессирования болезни и ранней инвалидизации занимает анкилозирующий спондилит (АС) [1].

К надежным критериям клинической оценки эффективности проводимой при АС терапии относятся определение выраженности клинических признаков поражения позвоночника: общая оценка боли в позвоночнике, оценка утомляемости, длительности и выраженности утренней скованности позвоночника, индекс BASDAI и функциональная оценка подвижности суставов [2, 3].

К сожалению, АС продолжает оставаться заболеванием, излечение которого невозможно [4]. Длительное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в достаточной степени подавляет активность и замедляет прогрессирование АС, что позволяет многим авторам отнести НПВП к базисному виду лечения этого заболевания [5–7]. Количество применяемых базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) при АС резко ограничено в связи с их меньшей эффективностью, чем, например, при

ревматоидном артрите. В настоящее время для лечения АС из базисных средств применяются сульфасалазин и метотрексат [8–11]. Одним из эффективных видов базисной терапии АС является применение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), а именно ингибиторов фактора некроза опухоли α , использование которых в лечении АС по данным многих авторов приводит к стойкой ремиссии болезни [12–17].

Цель исследования: дать клиническую оценку различным видам базисной терапии АС по динамике шести общепринятых клинических признаков поражения позвоночника.

Материалы и методы. Исследование проведено у 74 больных достоверным АС. Диагноз АС устанавливался в соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями АС. Обследование и лечение больных проводились на базе специализированного ревматологического отделения Ошской межобластной клинической больницы, терапевтического стационара территориальной городской больницы г.Ош и отделения общей терапии Ошской областной специальной больницы

при Управделами Президента Кыргызской Республики.

Результаты и обсуждение. Из 74 больных АС, включенных в исследование, преобладали мужчины (56 против 18 женщин, т.е. соотношение составило 3:1). Средний возраст больных составил $35,8 \pm 2,3$ лет, а средняя длительность заболевания составила $7,3 \pm 5,5$ лет. I степень активности выявлена у 9 (12, 2%), II степень активности – у 43 (58, 1%) и III степень активности – у 22 (29,7%) больных АС. Центральная форма АС выявлена у 38 (51,4%), а периферическая форма болезни – у 36 (48,6%) больных. У большинства (60 человек или 81,1%) больных имелась I и II рентгенологическая стадия сакроилеита.

Для определения выраженности клинических признаков поражения позвоночника при АС использовались шесть показателей: общая оценка боли в позвоночнике по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), оценка утомляемости, длительность и выраженность утренней скованности позвоночника по ВАШ, индекс BASDAI и функциональная оценка подвижности позвоночника.

Все больные АС, включенные в исследование, методом адаптивной рандомизации были разделены на четыре группы в зависимости от вида терапии. I группа больных ($n=28$) в качестве базисной терапии получала НПВП (лорноксикам 8-16мг/сут), II группа ($n=20$) – сульфасалазин 2,0г/сут, III группа ($n=18$) – метотрексат 15мг/нед и IV группа ($n=8$) – ингибиторы фактора некроза опухоли α (этанерцепт 50мг/нед). Больным I, II, III и IV групп базисная терапия вышеуказанными тремя препаратами назначалась после предварительного неэффективного лечения лорноксикамом (8-16мг/сут), но без его отмены. Кроме этого, больным IV группы этанерцепт применяли после предварительной неэффективной терапии сульфасалазином или метотрексатом.

Клинические результаты оценивались по динамике выраженности шести клинических признаков поражения позвоночника у больных АС на фоне лечения лорноксикамом, сульфасалазином, метотрексатом и этанерцептом через 1, 3 и 6 месяцев от начала лечения.

Показатель «боль в позвоночнике» в I, II и III группах больных АС (под влиянием лечения лорноксикамом, сульфасалазином и метотрексатом соответственно) к концу 1-го и 3-го месяцев лечения снизился недостоверно ($P>0,05$), а к концу 6-го месяца отмечено его достоверное снижение ($P<0,05$). В IV группе больных АС, получавших этанерцепт, достоверное снижение этого показателя отмечено к концу трехмесячного лечения

($P<0,05$), а к концу 6-го месяца лечения это снижение было более выраженным ($P<0,01$).

При анализе динамики других пяти клинических признаков поражения позвоночника (утомляемость позвоночника, утренняя скованность позвоночника, выраженность утренней скованности позвоночника, индекс активности BASDAI и позвоночный индекс) отмечена такая же закономерность.

Таким образом, во всех четырех группах больных АС отмечена положительная динамика всех шести признаков поражения позвоночника на всех этапах лечения. В I, II и III группах больных АС, получавших в качестве базисной терапии лорноксикам, сульфасалазин и метотрексат, снижение всех шести клинических признаков поражения позвоночника к концу 1-го и 3-го месяцев лечения было незначительным и статистически не достоверным. А к концу шестимесячного лечения отмечена статистически достоверная положительная динамика этих изученных показателей ($P<0,05$). В IV группе больных, получавших в качестве базисного лечения этанерцепт, достоверное снижение значения клинических признаков поражения позвоночника отмечено уже к концу 3-го месяца лечения ($P<0,05$) и дальнейшее их снижение – к концу шестимесячного лечения ($P<0,01$ и $P<0,001$). При этом в IV группе больных в отличие от II и III групп, снижение изученных показателей поражения позвоночника было более выраженным. Следовательно, все четыре базисных препарата (лорноксикам, сульфасалазин, метотрексат и этанерцепт) при АС оказывают положительное влияние на динамику всех шести клинических признаков поражения позвоночника, но при этом более выраженное и раннее действие оказывают ингибиторы фактора некроза опухоли α (этанерцепт).

Выводы:

1. Клинические показатели поражения позвоночника обладают достаточной информативностью при оценке эффективности проводимой терапии анкилозирующего спондилита.

2. При анкилозирующем спондилите длительное применение НПВП (лорноксикама) как в режиме монотерапии, так и в комбинации с другими базисными препаратами, приводит к достоверным показателям снижения всех клинических признаков поражения позвоночника.

3. Наибольший клинический эффект у больных анкилозирующим спондилитом отмечено при комбинации НПВП (лорноксикам) и ингибиторов фактора некроза опухоли α (этанерцепт).

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л. Ревматология: Клинические рекомендации. 2-е изд. испр. и доп. –М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. –С.271
2. Elyan M., Khan M. Diagnosing Ankylosing Spondylitis // The Journal of Rheumatology. – 2006. – Vol. 33. – Suppl. 78.
3. Calin A., Nakache J.P. [et al.] Defining disease activity in ankylosing spondylitis: is a combination of variables (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) an appropriate instrument // Rheum. – 1999. – Vol. 38. – P 878-882.
4. Агабабова Э.Р. Современные направления исследований при спондилоартропатиях. Актовая речь. Первый Всероссийский конгресс ревматологов, Саратов, 20 мая 2003.
5. Song I. H., Poddubnyy D.A., Rudwaleit M., Sieper J. Benefits and Risks of Ankylosing Spondylitis Treatment With Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs // Arthr & Rheum. – Apr. 2008. – Vol. 58. – N 4. – P. 929-938.
6. Luukkainen R., Nissila M., Asikainen E. [et al.] Periarticular corticosteroid treatment of the sacroiliac joints in patients with seronegative spondyloarthropathy // Clin. Exp. Rheumatol. – 1999. – Vol. 17. – P. 88.
7. Gunaydin I., Pereira P.L. Daikeler T. [et al.] Magnetic resonance imaging guided corticosteroid injection of the sacroiliac joints in patients with therapy resistant spondyloarthropathy: A pilot study // J. Rheumatol. – 2000. – Vol. 27. – P. 424-429.
8. Biasi D., Carletto A. [et al.] Efficacy of methotrexate in the treatment of ankylosing spondylitis: a three-year open study // Clinical Rheum. – 2000. – Vol. 19. – P.114-117.
9. Braun J., Alten R. [et al.] Efficacy of sulfasalazine in indifferntiated spondyloarthritis and early ankylosing spondylitis-a multicenter randomized controlled trial. Annual European Congress of Rheumatology, EULAR 2004, SAT0088.
10. Braun J., Zochling J., Baraliakos X. [et al.]Efficacy of sulfasalazine in patients with inflammatory back pain due to undifferentiated spondyloarthritis and early ankylosing spondylitis: a multicentre randomized controlled trial // Ann. Rheum. Dis. – 2006. – Vol. 65. – P. 1147-1153.
11. Haibel H., Brandt H.C., Song I.H. [et al.] No efficacy of subcutaneous methotrexate in active ankylosing spondylitis: a 16-week open-label trial // Ann. Rheum. Dis. – 2007. – Vol. 66. – P. 419-421.
12. Braun J., Sieper J. Biological therapis in the spondyloarthritides – the current state // Rheumatology. – 2004. – Vol. 43. – P. 1072-1084.
13. Schett G., Landewe R., van der Heijde D. Tumour necrosis factor blockers and structural remodeling in ankylosing spondylitis: what is reality and what is fiction? // Ann. Rheum. Dis. – 2007. – Vol. 66. – P. 709-711.
14. Pham T., Landewe R., van der Linden S. [et al.] An international study on staring tumour necrosis factor-blocking agents in ankylosing spondylitis // Ann. Rheum. Dis. – 2006. – Vol. 65. – P. 1620-1625.
15. Van der Heijde D. [et al.] Efficacy and safety of adalimumamb in patients with ankylosing spondylitis. Results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial // Arthr. Rheum. – 2006. – Vol. 54. – P. 2136-2146.
16. Furst D.E., Keystone E.C., Kirkham B. [et al.] Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases // Ann. Rheum. Dis. – 2008 – Vol. 67. – Suppl. 3. – P. 2-25.
17. Breban M., Ravaud P., Claudepierre P. [et al.] Maintenance of Infliximab Treatment in Ankylosing Spondylitis Results of a One-Year Randomized Controlled Trial Comparing Systematic Versus On-Demand Treatment // Arthr & Rheum. –2008. – Vol. 58. – N 1. – P. 88-97.

CLINICAL EVALUATION OF DIFFERENT TYPES OF BASIC TREATMENT IN ANKYLOSING SPONDYLITIS

Mamasaidov A.T., Kulchinova G.A.

Southern Branch of Kyrgyz State Medical Institute of Training and Retraining, Osh, Kyrgyz Republic

This study examines the clinical evaluation of different types of basic treatment of ankylosing spondylitis. It was found that all four basic products (Iornoxicam, sulfasalazine, methotrexate and etanercept) in ankylosing spondylitis had a positive effect on the dynamics of six clinical signs of spinal lesions. But etanercept exhibits a more pronounced and early action.

Keywords: ankylosing spondylitis, sulfasalazine, methotrexate, etanercept.