

УДК 616.34-009.74-082.001.3

А.М. Братасюк, А.І. Нірода

Порівняльна характеристика впливу тофацитинібу та будесоніду на стан слизової оболонки кишечника в пацієнтів із неспецифічним виразковим колітом

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета – порівняти ефективність застосування тофацитинібу та будесоніду при неспецифічному виразковому коліті.

Матеріали та методи. У даному дослідженні взяли участь 16 пацієнтів із неспецифічним виразковим колітом, які були поділені на 2 групи. До I групи увійшли пацієнти, які приймали тофацитиніб, а до II групи – пацієнти, які приймали будесонід.

Результати. При порівнянні ефективності лікування досліджуваними препаратами виявлено, що після проведеної терапії в I групі результати лікування були достовірно кращими, ніж у II групі ($p < 0,05$). Водночас, активність запалення достовірно знизилася в обох групах.

Висновки. Ефективність тофацитинібу достовірно вища порівняно з будесонідом.

Ключові слова: неспецифічний виразковий коліт, активність запалення, шкала Мейо, ефективність лікування.

Вступ

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) є одним із найпоширеніших запальних захворювань кишечника [6]. Тенденція до зростання рівня захворюваності на НВК в усьому світі викликає в науковців постійний інтерес до вивчення даної патології [2, 7]. Найвищі показники захворюваності НВК зареєстровані в Західній Європі та США [1, 7]. В Україні даний показник станом на 2013 р. становив 20,8 на 100 тис. населення, що майже в 1,5 рази більше порівняно з 2001 р. [4]. Ця патологія уражує людей різної вікової категорії, значною мірою впливає на якість життя, призводить до зниження працездатності та інвалідизації осіб молодого віку [2, 5].

Неспецифічний виразковий коліт є багатофакторним захворюванням із генетичною схильністю, що дає змогу реалізуватися ряду уражуючих чинників [7]. Вторинні ефекторні механізми, які розвиваються на фоні взаємодії генетичних та внутрішніх факторів, призводять до неспецифічного імунного запалення слизової оболонки кишки [3, 4]. За даними літератури, одна з провідних ролей у патогенезі НВК належить фактора некрозу пухлин альфа (ФНП- α) [4].

«Золотим стандартом» у діагностиці НВК є ендоскопічне дослідження, що дає змогу не тільки верифікувати діагноз, але й визначити активність і протяжність ураження кишечника [7]. У практиці на сьогоднішній день для оцінки активності запалення найчастіше використовується шкала Мейо [1].

Основною метою лікування пацієнтів із НВК є контроль за перебігом хвороби, досягнення та підтримання ремісії, запобігання ускладненням і підвищення якості життя [5]. З огляду на тяжкі інвалідизуючі наслідки захворювання правильний вибір терапії має важливе як медичне, так і соціальне значення [6].

За останні роки в практику сучасної гастроентерології впроваджені нові високоефективні препарати – моноклеарні антитіла до ФНП- α , що успішно й ефективно використовуються в усьому світі для лікування НВК [4, 5].

Мета роботи – порівняти вплив будесоніду та тофацитинібу на активність запалення при НВК.

Матеріали та методи

Протягом останніх двох років на базі терапевтичного відділення КЗ «Ужгородська центральна районна лікарня» проведено 498 колоноскопичних обстежень, з котрих відібрано 16 пацієнтів, у яких не було критеріїв виключення. Усі пацієнти залежно від отриманого лікування поділені на 2 групи: до I групи увійшли пацієнти, які отримували тофацитиніб у сталій дозі 10 мг/добу ($n=9$), а до II групи – пацієнти, які отримували будесонід у дозі 9 мг/добу ($n=7$). Діагноз НВК встановлено на основі клінічного та ендоскопічного досліджень. Активність захворювання оцінено на основі показників шкали Мейо (табл. 1).

Вік пацієнтів, які взяли участь у дослідженні, коливався від 33 до 50 років; середній вік пацієнтів становив $42,13 \pm 5,90$ року. НВК частіше зустрічався у жінок – 9 (56,25%), ніж у чоловіків – 7 (43,75%) осіб (табл. 2).

Статистичний аналіз проведено варіаційно-статистичним методом. Достовірність різниці між досліджуваними параметрами в порівнюваних групах оцінено за критерієм Фішера. Середні показники представлено у вигляді середніх величини (M) та їх стандартних похибок (m). Статистична обробка даних проведена за допомогою програм Statistica 10.0, Excel 6.0.

Таблиця 1

Оцінка активності неспецифічного виразкового коліту за шкалою Мейо

Критерій	0	1	2	3
Частота випорожнень	Норма	1–2 рази/добу >норми	3–4 рази/добу >норми	5 разів/добу >норми
Кровотеча з прямої кишки	Немає	Прожилки крові	Очевидна кров	Переважно кров
Вигляд слизової оболонки	Норма	Легка рихлість	Помірна рихлість	Екссудація, спонтанна кровотеча
Оцінка лікаря	Норма	Слабка	Помірна	Тяжка

Примітка. Загальний індекс активності хвороби (сума всіх критеріїв шкали): 2 = ремісія, 3–5 = легка активність, 6–10 = помірна активність, 11–12 = виражена активність.

Таблиця 2
Розподіл хворих за віком і статтю (n / %)

Стать	Вік при встановленні діагнозу, років		Усього
	17–40	більше 40	
Чоловіки	4 / 25,00	3 / 18,75	7 / 43,75
Жінки	5 / 31,25	4 / 25,00	9 / 56,25
Усього	9 / 56,25	7 / 43,75	16 / 100,00

Результати дослідження та їх обговорення

За поширеністю ураження на момент первинного огляду, відповідно до Монреальської класифікації, проктосигмоїдит діагностувався в 5 (31,25%) пацієнтів, лівосторонній коліт – у 7 (43,75%), тотальний коліт – у 4 (25,00%) хворих (рис. 1).

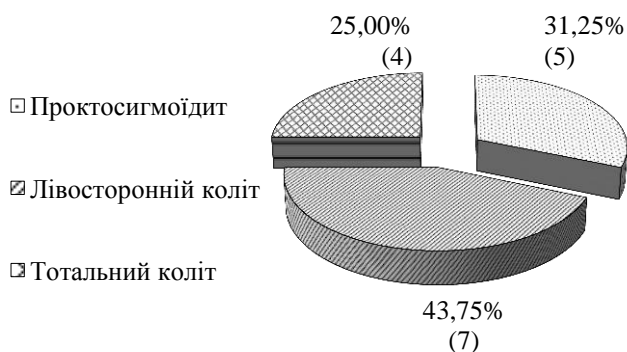


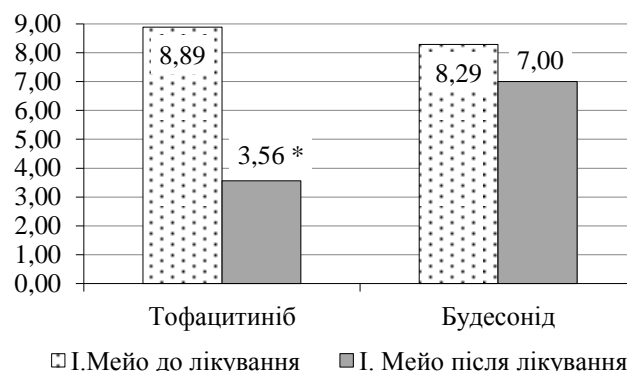
Рис. 1. Розподіл пацієнтів за протяжністю ураження

На момент первинного огляду значення інтегративного показника – індекса Мейо у I та II групах становили відповідно 8,89±1,17 і 8,29±1,11 балу.

Література

- Бойко Т. Й. Епідеміологія та чинники ризику хронічних неспецифічних запальних захворювань кишечника / Т. Й. Бойко // Сучасна гастроентерологія. – 2013. – № 4 (72). – С. 129–134.
- Вдовиченко В. І. Запальні захворювання кишки (хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт): поширеність чинники ризику, клінічні форми / В. І. Вдовиченко, Я. В. Нагурна // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – № 6 (68). – С. 107–111.

У відповідь на лікування тофацитинібом активність захворювання достовірно знизилася на 59,96% і становила 3,56±1,13 балу. Тоді як лікування будесонідом сприяло достовірному зниженню активності запалення на 15,56%, яка дорівнювала 7,00±1,15 балу за шкалою Мейо (рис. 2).



Примітка: * – p<0,05 порівняно з II групою.

Рис. 2. Зміни інтегративного показника – індекса Мейо до та після проведеного лікування

Висновки

Отже, при порівнянні ефективності лікування досліджуваними препаратами виявлено, що після проведеної терапії в I групі результати лікування були достовірно кращими, ніж у II групі. Водночас, активність запалення достовірно знизилася в обох групах.

Перспективи подальших досліджень

У подальшому слід збільшити групи дослідження і виявити вплив лікарських препаратів в осіб похилого та старечого віку.

3. *Оптимизация* биологической терапии язвенного колита препаратом голимумаб / О. В. Князев, А. В. Каграманова, Н. А. Фадеева [и др.] // РМЖ. Гастроэнтерология. – 2016. – № 11. – С. 682–686.
4. *Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»* : наказ МОЗ України від 13.06.2005 р. № 271 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050613_271.html. – Назва з екрана.
5. *Тернушак Т. М.* Позакишкові прояви запальних захворювань кишки / Т. М. Тернушак, К. І. Чопей, І. В. Чопей // Сімейна медицина. – 2011. – № 4. – С. 137–139.
6. *Чопей К. І.* Ефективність будесоніду-ММХ™ та інфліксимабу у хворих із середнім ступенем важкості неспецифічного виразкового коліту / К. І. Чопей, К. Палатка, В. Г. Передерій, І. В. Чопей // Науковий вісник УжНУ. – 2011. – № 40. – С. 195–203.
7. *Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases* / J. Cosnes, R. C. Gower, P. Seksik [et al.] // Gastroenterol. – 2011. – Vol. 140. – P. 1785–1794.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.03.2017 р.

Сравнительная характеристика влияния тофацитиниба и будесонида на состояние слизистой оболочки толстого кишечника у пациентов с неспецифическим язвенным колитом

А.Н. Братасюк, А.И. Нирода

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – сравнить эффективность применения тофацитиниба и будесонида при неспецифическом язвенном колите.

Материалы и методы. В данном исследовании приняли участие 16 пациентов с неспецифическим язвенным колитом, которые были разделены на 2 группы. В I группу вошли пациенты, принимавшие тофацитиниб, а во II группу – пациенты, принимавшие будесонид.

Результаты. При сравнении эффективности лечения исследуемыми препаратами обнаружено, что после проведенной терапии в I группе результаты лечения были достоверно лучше, чем во II группе ($p < 0,05$). Вместе с тем, активность воспаления достоверно снизилась в обеих группах.

Выводы. Эффективность тофацитиниба достоверно выше по сравнению с будесонидом.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, активность воспаления, шкала Мейо, эффективность лечения.

Comparative characteristics of the effects of tofacitinib and budesonide on the mucosa of the colon in patients with ulcerative colitis

A.M. Bratasjuk, A.I. Niroda

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to compare the effectiveness of the use of tofacitinib and budesonide in nonspecific ulcerative colitis.

Materials and methods. In this study, 16 patients with a diagnosis of nonspecific ulcerative colitis who were divided into 2 groups participated. The I group included patients who took tofacitinib, and to group II – patients who took budesonide.

Results. When comparing the effectiveness of treatment with the drugs studied, it was found that after the treatment in group I the effect of treatment was significantly better than in group II ($p < 0.05$). However, the activity of inflammation significantly decreased in both groups.

Conclusions. The effectiveness of tofacitinib proved to be significantly better, in comparison with budesonide.

Key words: nonspecific ulcerative colitis, inflammation activity, Mayo scale, treatment efficacy.

Відомості про авторів

Братасюк Андрій Миколайович – к.мед.н., доцент кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Нирода Антоніна Іванівна – лікар-інтерн, магістрант, кафедра терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.