

manifestations of schizophrenia / A.A. Dvirsky // Ukrainian Archives of Psychiatry. – 2002. – Volume 4, № 31. – P. 119-122.

7. Елкин С.П. Влияние экзогенных факторов на выздоровление и течение параноидной шизофрении / С.П. Елкин // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. – М., 1999. – С. 263-265.

Elkin S.P. The influence of exogenous factors on the recovery and for paranoid schizophrenia / S.P. Elkin // Schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. – М., 1999. – P. 263-265.

8. Калинин В.В. Эпилептические психозы. Вопросы феноменологии, систематики, патогенеза и терапии / В.В. Калинин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – № 2. – С. 52-56.

Kalinin V.V. Epileptic psychosis. Issues of phenomenology, taxonomy, pathogenesis and therapy / V. Kalinin // Psychiatry and pharmacotherapy. – 2008. – № 2. – P. 52-56.

9. Колотилин Г.Ф. Клинико-психопатологический патоморфоз параноидной шизофрении / Г. Ф. Колотилин, М.В. Яковлева // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 64-66.

Kolotilin G.F. Clinical and psychopathological pathomorphosis paranoid schizophrenia / G.F. Kolotilin, M.V. Yakovleva // Far East medical journal. – 2009. – № 3. – P. 64-66.

10. Кондратьев Ф.В. Судьбы больных шизофренией (клинико-социальный и судебно-психиатрический аспекты) / Ф.В. Кондратьев. – М., 2010. – С. 401.

Kondratiev F.V. Fate of patients with schizophrenia (clinic-social and forensic aspects) / F.V. Kondratiev. – М., 2010. – P. 401.

11. Критская В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – С. 256

Krytskaya V.P. The pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition / V.P. Krytskaya. – М.: Moscow State University Press, 1991. – P. 256

12. Лебедева Н.С. Исходы острых атипичных психозов в процессе принудительного лечения / Н. С. Лебедева // Российский психиатрический журнал. – 2003. – № 2. – С. 24-26.

Lebedeva N.S. Outcomes of acute atypical psychoses in compulsory treatment / N. Lebedeva

// Russian Journal of Psychiatry. – 2003. – № 2. – P. 24-26.

13. Малков К.Д. Клинико-динамические расстройства шизофренического спектра и сочетающиеся с ним алкоголизм: автореф. дис. ... канд. мед. наук / К.Д. Малков – М., 2001. – С. 25.

Malkov K.D. Clinical – dynamic schizophrenia spectrum disorders, and combined with his alcoholism: Author. dis. ... Candidate. honey. Science / K.D. Malkov. – М., 2001. – P. 25.

14. Осолкова С.Н. Экспертно-диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике / С.Н. Осолкова // Вопросы теории и организации судебно-психиатрической экспертизы. – М., 1989. – С. 67-78.

Oskolkova S.N. Expert diagnostic errors in forensic practice / S.N. Oskolkova // Theory and organization of forensic psychiatric expertise. – Moscow, 1989. – P. 67-78.

15. Осолкова С.Н. Некоторые клинико-социальные аспекты дифференциальной диагностики шизофрении / С.Н. Осолкова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1991. – № 7. – С. 109-112.

Oskolkova S.N. Some clinical and social aspects of the differential diagnosis of schizophrenia / S.N. Oskolkova // Journal of Neurology and Psychiatry. SS Korsakov. – 1991. – № 7. – P. 109-112.

16. Осолкова С.Н. Дифференциальная диагностика шизофрении и резидуально-органического поражения головного мозга при атипичной клинической картине / С.Н. Осолкова // Методические рекомендации. – М., 1991. – С. 19.

Oskolkova S.N. Differential diagnosis of schizophrenia and residual-organic brain damage in atypical clinical / S.N. Oskolkova // Guidelines. – М., 1991. – P. 19.

17. Осолкова С.Н. Дифференциальная диагностика шизофрении и резидуально-органического поражения головного мозга при психопатоподобных состояниях: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / С.Н. Осолкова. – М., 1992. – С. 45.

Oskolkova S.N. Differential diagnosis of schizophrenia and residual-organic brain damage in psychopathic states: Author. dis. ... drs. med. science / S.N. Oskolkova. – М., 1992. – P. 45.

18. Осолкова С.Н. К вопросу дифференци-

альной диагностики шизофрении и расстройства личности при атипичной клинической картине у серийного убийцы / С.Н. Осолкова, Т.В. Федорова // Практика СПЭ. – 2000. – № 38. – С. 34–45.

Oskolkova S.N. On the differential diagnosis of schizophrenia and a personality disorder with atypical clinical picture in a serial killer / S.N. Oskolkov, T.V. Fedorova // Practice TEs. – 2000. – N38. – P. 34 – 45.

19. Шумский Н.Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике / Н.Г. Шумский. – СПб.: Гуманитарное агентство «Академический проект», 1997. – С. 390.

Shumsky N.G. Diagnostic errors in forensic psychiatry / N.G. Shumsky. – St.: Humanitarian Agency «Academic Project», 1997. – P. 390.

20. Усюкина М.В. О дифференциальном диагнозе эпилептических и эндогенных психозов / М.В. Усюкина, Т.А. Шахбази, И.М. Ушакова // Практика СПЭ. – 2010. – № 48. – С. 14-24.

Usyukina M.V. A differential diagnosis of epileptic psychoses and endogenous / M.V. Usyukina, T.A. Shahbazi, I.M. Ushakov // Practice TEs. – 2010. – № 48. – P. 14-24.

21. Яковлева М.В. Клинический патоморфоз шизофрении в этнокультуральном аспекте: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.В. Яковлева. – М., 2011. – С. 26.

Yakovleva M.V. Clinical pathomorphosis schizophrenia in ethnocultural aspect: author. dis. ... candidate. med. science / M.V. Yakovleva. – М., 2011. – P. 26.

22. Kanemoto K. Review of neuropsychiatry epilepsy / K. Kanemoto. – Cambridge, 2002. – P. 160.

23. Skondlar B. Psychopathology of schizophrenia in Slovenia from 1881 to 2000.: Changes in key symptoms of schizophrenia / B. Skondlar, M. Demovsek, M. Kosmar // International Journal of Social Psychiatry. – 2008. – № 2. – P. 101 – 111.

24. Selton J. Risk of schizophrenia among the patients of Moroccan origin in Denmark / J. Selton, J. Blom, Dirk // Review of schizophrenia. – 2008. – № 104 – P. 274 – 278.

25. Weisman A. Comparative analysis of the clinical symptoms of schizophrenia in patients of Mexican and English descent in America / A. Weisman, S. Laura // Bulletin of schizophrenia. – 2000. – № 26. – P. 107 – 118.

А.Л. Тимофеев, В.П. Николаев

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДСКОГО ОКРУГА (НА ПРИМЕРЕ С. МАГАН)

УДК 616.311.2-002.18-018.17:616.314.6-03

Представлена оценка влияния социальных факторов на состояние здоровья населения села, расположенного на территории с. Маган, входящего в округ «город Якутск» (II этап исследования).

**Ключевые слова:** социальные факторы, влияние на здоровье, группы здоровья.

The article presents estimation of the influence of social factors on health of Magan village population, located in the city district «Yakutsk» (II phase of the study).

**Keywords:** social factors, influence on health, health groups.

НИИ здоровья СВФУ им. М.К. Аммосова:  
**ТИМОФЕЕВ** Артем Леонидович – м.н.с.,  
**НИКОЛАЕВ** Валериян Парфеньевич – д.м.н., руковод. отдела.

**Введение.** Здоровье можно рассматривать как интегральный показатель качества жизни и объективный критерий оценки успешности проводимых политических, социальных и экономических реформ, важный

показатель и чуткий индикатор благосостояния населения [2, 4].

Известно, что на состояние здоровья населения оказывает влияние комплекс факторов. Из ряда факторов образ жизни считается наиболее действенным по разнообразию и силе воздействия на здоровье, чем другие (генетические, экономические, медицинские). Доля влияния каждого из этих взаимосвязанных факторов во многом модифицируется политикой в области охраны здоровья населения.

Жители Севера по сравнению с другими регионами страны всегда находились в худших условиях по целому ряду показателей, таких как жилищно-коммунальные и бытовые условия, медицинское обслуживание, условия работы, обеспеченность детскими учреждениями и т.д. Новые условия принесли новые проблемы. Прежде всего понизился уровень жизни населения. Сильно возросла (больше, чем в целом по России) безработица.

Зарплата на Севере растет более низкими темпами, чем в целом по России, в то время как выросли цены на товары и услуги. Минимальная заработная плата на Севере способна покрыть только 15,0% минимального потребительского бюджета. В результате в несколько раз снизилось потребление таких продуктов питания, как мясопродукты, рыбопродукты, масло животное, сахар, фрукты. Неполноценное питание северян – одна из главных причин резкого ухудшения здоровья и сокращения продолжительности жизни.

Комплексное изучение общественного здоровья позволяет установить не только количественные характеристики здоровья населения, но и выявить, от каких факторов зависит тот или иной критерий оценки здоровья [5].

Установлено, что более 80,0% случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета II типа, а также 40,0% случаев заболевания злокачественными новообразованиями можно предотвратить путем модификации образа жизни населения и снижения влияния факторов риска. Весьма существенный вклад в ухудшение здоровья вносит высокая распространенность алкоголизма, табакокурения и наркомании среди населения, плохие условия труда на производстве, отсутствие пропаганды здорового образа жизни, недостаточная охрана здоровья населения страны [3].

В современных условиях социально-экономического развития российского общества для оптимизации здоровья

населения особую актуальность приобретает развитие и совершенствование социальной сферы, и создание оптимальной системы обеспечения жизнедеятельности населения, проживающего на определенной территории. Не только прямое, но и опосредованное влияние (особенно взаимовлияние) социальной сферы на все аспекты жизнедеятельности людей способствует улучшению здоровья населения России [1].

В связи с этим нами поставлена **цель** исследования – оценить влияние социальных факторов на состояние здоровья населения сельского поселения на территории городского округа «Якутск» (II этап исследования).

**Материал и методы исследования.** На I этапе исследования нами был изучен социальный статус 56 жителей с. Маган («Якутский медицинский журнал» за 2011, г, №4 (36). Во II этапе исследования участвовали 162 чел.

В соответствии с выполнением II этапа исследования проведена оценка влияния социальных факторов на состояние здоровья населения с. Маган. Экспертная оценка состояния здоровья респондентов в процессе исследования проводилась по субъективным данным (анкетирование) и на основании объективных данных (Индивидуальная карта изучения заболеваемости и физического состояния). По этим данным респонденты были распределены на следующие пять групп здоровья:

I группа – здоровые; II – здоровые с функциональными и некоторыми морфологическими изменениями; III – больные с длительно текущими (хроническими) заболеваниями при сохраненных в основном функциональных возможностях организма; IV – больные с длительно текущими (хроническими) заболеваниями при сохраненных в основном функциональных возможностях организма; V группа – тяжелые больные с постельным режимом, инвалиды I–II группы.

**Результаты и их обсуждение.** В связи с увеличением числа исследуемой группы до 162 чел. нами приводится обобщенный анализ их социального статуса.

Половозрастной состав группы: 104 женщины (64,2%) и 58 мужчин (35,8%) в возрасте от 20 до 67 лет, средний возраст 44,4 года. Семейное положение: 94 (58,0%) женатых (замужних), 28 (17,3) живущих в гражданском браке, 12 (7,4) вдовых, 12 (7,4) разведенных и 16 (9,9%) холостых. Многодетные семьи были у 50 (30,9%) респондентов.

Подавляющее большинство респон-

дентов являлось коренными жителями Севера – 132 (81,5%), пришлыми в разном возрасте из других регионов были 30 чел. (18,5%).

По производственному признаку было выявлено следующее: 128 (79,0%) работающих и 34 (21,0%) неработающих, из них 22 (64,7%) в связи с выходом на пенсию. По образовательному цензу большинство респондентов – 112 чел. (69,1%) имели среднее – и средне-специальное образование, 50 чел. (30,9%) имеют высшее образование.

По показателю жилой площади на 1 чел. в доме/квартире большинство имеет параметры не меньше социальных нормативов, однако 36 респондентов (22,2%) имеют жилплощадь намного ниже социальных нормативов и находятся в стесненных жилищных условиях, 6 (3,7%) своей жилплощадью не имеют, проживают вне семьи. Вместе с тем, как показывает опрос, показатель удовлетворенности населения жилищными условиями низкий, что, очевидно, связано с большим удельным весом ветхих и аварийных домов в жилищном фонде села.

Среднемесячный доход семьи составил 21556 руб. Смета расходов одной семьи (в среднем) в месяц была следующей: на питание (50,4%), в среднем от 4000 до 30000 руб., на оплату услуги ЖКХ, электроэнергии и телефонной связи (21,5%) в среднем от 1200 до 10 000 руб., почти в равной степени на медицинское обслуживание (6,3%) и на приобретение предметов хозяйственно-бытового назначения (7,0%) – в среднем от 200 до 6000 руб., на спиртное и сигареты (5,1%) в среднем от 0 до 5000 руб и на другие нужды (9,7%) в среднем от 0 до 25000 руб.

Саморазрушающее поведение у респондентов проявлялось следующим образом: курящими оказались 72 (44,4%), употребляющими алкогольные напитки 106 чел. (65,4%).

Профессиональную вредность имеют 54 респондента (33,3%), производственные условия считают удовлетворительными и хорошими 76 респондентов (46,9%), и примерно такое же количество опрошенных оценивают качество своей жизни как хорошее и очень хорошее – 72 (44,4%).

По самооценке состояния своего здоровья в равном количестве считают себя здоровыми и больными 80 (49,4%) и 82 (50,6%) респондента соответственно.

Группа лиц, относящая себя к категории здоровых, объясняют свое здоровье наследственными факторами и заботливым отношением к своему здо-

ровью. Респонденты, относящие себя к категории больных, причинами неудовлетворительного состояния здоровья считают невнимательное отношение к своему здоровью и неблагоприятные экологические условия.

В структуре часто употребляемых продуктов опрошенные в первую очередь указали мясо, молоко, мясные и молочные продукты, далее в порядке убывания идут овощи, рыба и рыбные продукты и фрукты.

В структуре обращаемости в лечебные учреждения в течение года на первом месте стоит обращение в поликлинику – 130 (80,2%) опрошенных, далее услуги платных медицинских клиник – 34 (21,0%), вызов скорой медицинской помощи – 24 (14,8), госпитализация в стационар – 26 (16%) респондентов. Из опрошенных только двое пользовались услугами народных целителей. 30 (18,5%) респондентов в течение года по поводу нездоровья ни к кому не обращались, 14 (46,7%) из них лечились самостоятельно и 16 (53,3%) не болели.

Из проблем в лечении большинство указало нехватку средств на высококачественное лечение и приобретение дорогих эффективных лекарств – 80 (49,4%) и 28 (17,3%) соответственно.

Анализ показал, что оптимальной формой медицинских услуг для большинства опрошенных является бесплатная государственная медицина – 146 (90,1%) чел., 10 (6,2%) предпочитают отдавать услугам частных клиник и 6 (3,7%) – платной государственной медицине. Несмотря на это, половина опрошенных (81чел.) указывает, что им вполне доступны платные медицинские услуги. Говоря о количестве средств, потраченных за последний год на собственное лечение и лечение членов семьи, большинство опрошенных указало диапазон от 3000 до 6000 руб., в меньшую и большую стороны расходов количество респондентов пропорционально уменьшается.

В структуре болезненности первые ранговые места занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и опорно-двигательного аппарата, затем в порядке убывания – заболевания органов дыхания, нервной системы и мочевыводящих путей. Инвалидность разных групп имеют 10 респондентов. Количество госпитализаций за год – 66, из них экстренных – 32 (48,5%).

По данным обращаемости из базы данных поликлиники, наличие основного и сопутствующих диагнозов, данных объективного осмотра, опроса и анкетирования все респонденты были

разбиты на 5 групп здоровья. В I и II группы попало по 18 чел. (22,2%), в III – 102 (63,0), в IV – 14 (8,6) и в V группу – 10 респондентов (6,2%).

Ниже нами проводится анализ групп здоровья, т.е. оценка состояния здоровья респондентов по характеристике социальных факторов.

По половозрастной структуре: в группах здоровья с I по IV возрастной диапазон составляет от 28 до 52 лет, т.е. с возрастом состояние здоровья ухудшается; средний возраст респондентов, относящихся к V группе был 46,8 года. Лиц женского пола в IV группе абсолютное большинство, в других группах различий не найдено.

По семейному положению: среди лиц I–V групп здоровья отмечается тенденция к увеличению разведенных и вдовых, т.е. лиц с неудовлетворительными жилищно-бытовыми условиями.

В IV группе из пришлого населения было 6 чел. (42,8%), в остальных группах они составляли от 11,0 до 33,0%.

По образовательному цензу различий не найдено. Однако наибольшее число лиц без специальности было в IV группе – 12 (66,7%), в остальных от 20 до 33%.

Лица, относящиеся к V группе здоровья, в подавляющем большинстве проживали в неблагоустроенных жилых помещениях, для остальных групп здоровья закономерностей не выявлено. По группам здоровья достоверных различий по жилплощади на 1 чел. также не найдено.

Характеристика саморазрушающего поведения (употребление алкоголя и курение) в группах была следующей: наибольшее число лиц, отказавшихся от курения, оказалось в I и III группах здоровья, а отказавшихся от употребления алкоголя – в III, IV и V. При этом самое большое количество (40,0%) отказавшихся от употребления алкоголя было в V группе. В количестве выкуриваемых сигарет, частоте и количестве употребления алкоголя различий не найдено.

В отношении производственных условий установлено, что в I группе профессиональную вредность имеют 2 (11,1%) опрошенных, во II – 12 (66,7), в III – 32 (31,4), в IV – 4 (28,6), в V – 4 (40,0%). Собственная оценка производственных условий респондентами I–V групп возрастала от категории «неудовлетворительные» до категории «плохие» соответственно.

Собственная оценка качества жизни была следующей: в V группе большинство оценивало как «ни плохое, ни хорошее» и 2 чел. (20,0%) считают его

«плохим»; в IV 2 – «очень плохое», 2 – «плохое», 6 – «среднее» и 4 – «хорошее»; в III «очень плохое» – 4, «плохое» – 4, «среднее» – 50, «хорошее» – 44; во II 14 – «среднее» и 4 – «хорошее»; в I группе: 4 – «среднее» и 14 – «хорошее».

По совокупному доходу более половины лиц, относящихся к I группе здоровья, относят себя к средней категории населения – 10 (55,6%), выше средней – 2 (11,1) и ниже средней – 6 (33,3%). Во II группе 12 (66,7%) относят себя к средней категории населения и 6 (33,3%) – к ниже средней. В III группе также большинство относит себя к средней категории по совокупному доходу – 64 (62,7%), ниже средней – 26 (25,5%), бедной – 8 (7,8%), выше средней – 4 (3,9%). В IV группе к средней категории относят себя 8 (57,1%) респондентов, ниже средней – 2 (14,2), бедной – 4 (28,6%). В V группе здоровья большинство относят себя к категории населения «ниже, чем со средними возможностями» – 6 (60,0), к средней относят себя (20,0%) и к бедной – 2 (20,0%) респондента.

Большинство лиц из всех групп кроме V оценивают свою покупательскую способность как удовлетворительную. В V группе большинство – 6 (60,0%) относит себя к категории с неудовлетворительной покупательской способностью.

Анализ сметы расходов по средним суммам затрат показывает, что наблюдается уменьшение общей суммы расходов, общих затрат на продукты питания и увеличение затрат на медицинское обслуживание и медикаменты соответственно от I до V группы.

Переносимость природно-климатических условий была более благоприятной для лиц I и II групп здоровья и менее благоприятна для лиц IV группы.

По показателю самооценки питания в I и II группах здоровья отмечается наибольшая доля лиц, оценивающая свое питание как хорошее и не имеющая жалоб на нехватку в рационе продуктов питания.

По показателю медицинской активности в IV и V группах здоровья имеет наибольшее число пациентов с частотой посещения поликлиник более 5 раз в год, в IV группе – наибольшее число респондентов, вызывающих «скорую медицинскую помощь» и наибольшее число госпитализаций за год.

**Заключение.** Подавляющее большинство опрошенных (90,1%) оптимальной формой медицинских услуг считают бесплатную государственную медицину, в соответствии с чем большинство (80,2%) в течение года по по-

воду нездоровья обращались в поликлинику по месту жительства. Вместе с тем половина опрошенных указывает, что им вполне доступны платные медицинские услуги.

Среди респондентов III группа здоровья была самой большой по количеству лиц, отнесенных к ней, чем остальные. I и II группы здоровья по количеству лиц, относящихся к ним, занимают второе-третье ранговое место.

В целом анализ показывает, что удельный вес большинства негативных социальных факторов, как и ожидалось, возрастал с I по V группы здоровья.

### Литература

1. Зеленская Т.М. Социальная сфера как интегративный фактор здоровья населения

/ Т.М. Зеленская // – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2005. – 135 с.

Zelenskaya T.M. Social security as an integrative factor of public health / T.M. Zelenskaya // St. Petersburg: Ed Univ SPbGUEF, 2005. – 135 p.

2. Максимова Т.М. Здоровье населения и социально-экономические проблемы общества / Т.М. Максимова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 3-7.

Maksimova T.M. Health of the population and social and economic problems of society / T.M. Maksimova // Problems of social hygiene, health care and medicine history. – 2003. – No. 1. – P. 3-7.

3. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» / Г.Э. Улумбекова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.

Ulumbekova G. E. Health care of Russia.

What is necessary to do: scientific justification «Strategy of development of health care of the Russian Federation till 2020»/G.E. Ulumbekova. – M: GEOTAR-media, 2010. – 592 p.

4. Щепин О.П. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России / О.П. Щепин, И.А. Купеева, В.О. Щепин, Е.П. Какорина. – М.: ОАО «Изд-во «Медицина», изд-во «Шико», 2007. – 360 с.

Shchepin O. P. Modern regional features of health of the population and health care of Russia / O.P. Shchepin, I.A.Kupeev, V. O. Shchepin, E.P.Kakorina. – M: JSC «Medicine» publishing house, «Shiko» publishing house, 2007. – 360 p.

5. Щепин О.П. Профилактика здоровья населения в регионе / О.П. Щепин, О.Е. Петручук, Ф.А. Давлетшин. – Казань: Изд-во ИПФ «Бриг», 2010. – 324 с.

Shchepin O. P. Prevention of health of the population in the region / O.P. Shchepin, O.E. Petruchuk, F.A.Davletshin. – Kazan: IPF «Brig» publishing house, 2010. – 324 p.

## НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

А.М. Аммосова, Е.И. Алексеева, М.В. Ханды, В.М. Аргунова, С.Ю. Артамонова, Н.М. Захарова, С.В. Маркова, Я.А. Мунхалова, Л.А. Степанова

## БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

УДК 615.21:616.7-002.772

В статье представлена биологическая терапия ревматоидного артрита принципиально новым классом лекарственных средств. В детской ревматологии разрешены 4 генно-инженерных биологических препарата: этанерцепт, адалимумаб, абатацепт, тоцилизумаб.

**Ключевые слова:** ювенильный ревматоидный артрит, биологическая терапия, дети.

In this article the biological therapy of juvenile rheumatoid arthritis is represented by new class of drugs. Genetically engineered biological drugs are allowed to use in pediatric rheumatology: etanercept, adalimumab, abatacept, tocilizumab.

**Keywords:** juvenile rheumatoid arthritis, biological therapy, children.

Прогресс в биологии и медицине в конце XX в. расширил возможности фармакотерапии ревматоидного артрита (РА) с применением биологической терапии [2, 18, 35]. Биологическая терапия – это комплекс лечебных мероприятий по реализации патогенетического принципа лечения болезней с использованием лекарственных средств, блокирующих, заменяющих или имитирующих эффекты эндогенных биологически активных веществ. Были разработаны принципиально новые противовоспалительные

лекарственные средства, объединяющиеся общим термином «генно-инженерные биологические препараты» (ГИБП). Принципиальное отличие ГИБП от других противовоспалительных препаратов, включая глюкокортикоидные гормоны, «традиционные» базисные противовоспалительные препараты (БПВП), заключается в том, что они более селективно блокируют ключевые механизмы воспаления с помощью антител или растворимых рецепторов к цитокинам, их рецепторам, а также CD, комолекулам и др. К основным ГИБП,

зарегистрированным в мире для лечения РА, относятся: инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, цертолизумаб пэггол, голимумаб (ингибиторы фактора некроза опухолей альфа); ритуксимаб (антитела к CD20 на В-лимфоцитах); тоцилизумаб (антитела к рецептору ИЛ6); абатацепт (блокатор костимуляции Т-лимфоцитов Т CD 80/86: CD 28); анакинра (рекомбинантный антагонист рецепторов человеческого IL-1) (таблица).

Первыми биологическими агентами были ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНОα), которые бло-

### Зарегистрированные ГИБП для лечения ревматоидного артрита

Механизм действия	Мишень	Препарат
Ингибция ФНО-альфа	ФНО-альфа	Инфликсимаб Этанерцепт Адалимумаб Цертолизумаб пэггол Голимумаб
Деплеция В-лимфоцитов	CD20 (поверхностный антиген В-лимфоцитов)	Ритуксимаб
Ингибция костимуляции Т-лимфоцитов	CD80, CD86, CD28	Абатацепт
Ингибция рецепторов ИЛ-6	ИЛ6	Тоцилизумаб
Ингибция рецепторов ИЛ1	ИЛ1	Анакинра

МИ СВФУ им. М.К. Аммосова: **АММОСОВА Аэлита Михайловна** – ст. препод., aelmma@yandex.ru, **ХАНДЫ Мария Васильевна** – проф., зав. кафедрой, **АРТАМОНОВА Саргылана Юрьевна** – доцент, **ЗАХАРОВА Надежда Михайловна** – доцент, **МАРКОВА Сардана Валерьевна** – доцент, **МУНХАЛОВА Яна Афанасьевна** – доцент, **СТЕПАНОВА Лена Анатольевна** – доцент; **АЛЕКСЕЕВА Екатерина Иосифовна** – д.м.н., проф., зав. отделением Научного центра здоровья РАМН; **АРГУНОВА Вера Маична** – зав. отделением РБН1-НЦМ МЗ РС(Я).