

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТА АРТРОФООН У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Л.К.Пешехонова, Ю.Н.Чернов, Н.А.Барсукова, Д.В.Пешехонов

*ГОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию*

Изучали клинические, лабораторные, денситометрические и прогностические показатели 50 больных ревматоидным артритом с остеопеническим синдромом, 30 из которых, помимо базисной терапии, получали артрофоон в течение 12 мес. Выявлено противовоспалительное, анальгетическое действие артрофоона, показана возможность его применения в фармакотерапии ревматоидного артрита с остеопеническим синдромом.

Ключевые слова: *ревматоидный артрит, остеопенический синдром, артрофоон*

Изучение остеопороза при ревматических заболеваниях привлекает пристальное внимание ревматологов [1,4,10], т.к. в основе ревматических заболеваний лежат тяжелые нарушения в системе иммунитета, ведущие к развитию и прогрессированию хронического воспаления [3,5,9,14], причем эти болезни являются уникальной моделью для расшифровки роли иммунных медиаторов в патогенезе остеопороза [9,13].

Остеопороз — системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы кости в единице объема и нарушением микроархитектоники костной ткани, что повышает хрупкость костей и увеличивает риск возникновения переломов [4,7,8].

В настоящее время в научной литературе представлены данные о способности некоторых антиостеопоротических препаратов опосредованно влиять на воспалительные и иммунные процессы, лежащие в основе критических звеньев патогенеза не только ревматоидного артрита (РА), но и остеопенического синдрома (ОС) [2,3,5,9,11,12,14].

Основную роль в регуляции костного метаболизма и хронического воспаления играют медиаторы системы иммунитета, в первую очередь цитокины и факторы роста [6,13].

Существенным достижением ревматологии последнего десятилетия является внедрение в клиническую практику группы препаратов, объ-

единяющихся общим термином “биологические агенты”, или “биологические модификаторы иммунного ответа”, оказывающих селективное ингибирующее действие на гуморальные и клеточные компоненты воспалительного каскада [5,6,9].

Настоящее исследование посвящено изучению эффективности и безопасности артрофоона в лечении РА с ОС.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 50 больных РА, достоверно диагностированным в соответствии с критериями Американской ревматологической ассоциации. Установлены II степень клинико-лабораторной активности заболевания, II-III рентгенографическая стадия, II степень функциональной недостаточности. Из клинических показателей оценивали продолжительность утренней скованности (в минутах), боль по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), индексы Ли и Ричи. Лабораторное исследование включало клинический анализ крови, определение показателей острофазового воспаления (С-реактивный белок, гаптоглобины, циркулирующие иммунные комплексы). Минеральную плотность костной ткани измеряли методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии до и после лечения. Эффективность терапии оценивалась врачом и пациентом в баллах. Критерии информативного прогноза

изучали количественно при использовании специфического вопросника оценки здоровья Health Assessment Questionnaire (HAQ).

Всем пациентам проводили индивидуально подобранную базисную терапию (метотрексат 7.5 и 10 мг в неделю), противовоспалительную терапию нестероидными препаратами и преднизолоном 5 и 7.5 мг/сут, давали кальций D3 по 1 таблетке 2 раза в день.

Больные были разделены на 2 группы: пациенты 1-й (контрольной) группы ($n=20$) получали базисную и противовоспалительную фармакотерапию, а во 2-й группе ($n=30$) дополнительно назначался артрофоон в дозе 8 таблеток в сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Во 2-й группе через 12 мес общее состояние улучшилось у 80% пациентов, боли в суставах уменьшались с 61.5 ± 1.9 до 14.2 ± 1.1 мм по ВАШ, физическая активность увеличивалась с динамической индекса тяжести от 8.7 до 2.1 и функционального индекса от 9.4 до 1.8. Во 2-й группе выявлена статистически достоверная динамика количественных параметров С-реактивного белка, циркулирующих иммунных комплексов, приблизившихся к средним значениям референтного интервала. Минеральная плотность костной ткани во 2-й группе повысилась по сравнению с 1-й группой на 26%. Полученные результаты суммарно определили оптимизацию прогноза. В целом количественные параметры HAQ улучшились по аспектам физического, психологического и социального здоровья.

Анализ побочных эффектов выявил хорошую переносимость артрофоона, отмены препарата не было. У 2 больных отмечались легкие боли в эпигастральной области, продолжительностью не более 6 ч, которые были купированы спазмолитическими средствами. Эффективность артрофоона, по оценке врача, была хорошей у 19 (63.33%) человек, удовлетворительной — у 11 (36.67%); по оценке пациентов — была хорошей у 17 (56.67%), удовлетворительной — у 13 (43.33%) человек.

В результате проведенного исследования выявлено противовоспалительное и анальгезирующее

действие артрофоона, его способность оказывать аддитивный эффект при проведении комплексной терапии противовоспалительными препаратами. Показана возможность использования артрофоона в терапии ОС при РА, что обусловлено его воздействием на критические звенья патогенеза остеопороза. При лечении артрофооном не выявлено нежелательных побочных эффектов, потребовавших его отмены.

Использование артрофоона у больных РА с ОС позволяет повысить эффективность базисной фармакотерапии, улучшить клинические и лабораторные показатели, стабилизировать минеральную плотность костной ткани и оптимизировать прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беневоленская Л.И. // Consilium Medicum. 2004. Т. 6, № 2. С. 96-100.
2. Болевые синдромы и их лечение // Информационный сборник для терапевтов, ревматологов, неврологов, гинекологов и врачей других специальностей. М., 2001. С. 4-36.
3. Казимирко В.К., Коваленко В.Н., Мальцев В.И. Остеопороз: патогенез, клиника, профилактика и лечение. Киев, 2006.
4. Клинические рекомендации. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / Под ред. Э.Л.Беневоленской и др. М., 2005.
5. Курсевич В.В., Руденко Э.В. // Пробл. остеол. 2006. Т. 9, Прил. С. 67-68.
6. Мазуров В.И., Лиля А.М. Ревматоидный артрит (клиника, диагностика, лечение). СПб., 2000.
7. Марова Е.И. // Остеопороз и остеопатии. 1998. № 1. С. 8-12.
8. Насонов Е.Л. // Там же. С. 18-20.
9. Насонов Е.Л., Гукасян Д.А., Насонова М.Б. // Там же. 2001. № 1. С. 4-8.
10. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Ревматические болезни. М. 1997. С. 257-446.
11. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Руководство для практикующих врачей / Под ред. В.А.Насоновой и др. М., 2003. Т. 3. С. 86-107.
12. Avioli L.V. The osteoporotic syndrom. detection, prevention, and treatment. N.Y., 1993. P. 207.
13. Canalis E. // Primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism. N.Y., 1990. P. 23-26.
14. Dequeger J. // Clin. Exp. Rheumatol. 1995. Suppl. 12. P. 21-26.

ISSN 0365-9615

**БЮЛЛЕТЕНЬ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

8

ПРИЛОЖЕНИЕ

2009