

17 (39,5%) детям с доказанной стрептококковой этиологией узловой эритемы и высоким уровнем АСЛ-О в биохимическом анализе крови вводился однократно бициллин-5 в возрастной дозировке.

Длительность лечения детей в стационаре составила: 7-10 дней – 8 (18,6%) детей, 11-20 дней – 21 (48,9%) ребенок, 21-30 дней – 14 (32,5%).

Выводы:

1. Узловая эритема чаще встречается у девочек школьного возраста ($P < 0,05$).

2. Наиболее типичными клиническими проявлениями являются множественные узловые образования на коже, горячие на ощупь, болезненные при пальпации, локализующиеся преимущественно на передней поверхности голени.

3. Лечение узловой эритемы должно быть строго индивидуальным, комплексным с обязательным назначением нестероидных противовоспалительных средств, антибактериальных препаратов по показаниям, глюкокортикоидов при высокой степени активности воспалительного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришаева, Т.П. Узловая эритема / Т.П.Гришаева, Б.С.Белов // Русский медицинский журнал. Ревматология. – 2005. – №8. – С.565–568.

2. Мерцалова, И.Б. Васкулиты кожи / И.Б.Мерцалова // Лечащий врач. – 2011. – №5. – С.35–37.
3. Юсупова, Л.А. Современное состояние проблемы ангиитов кожи / Л.А.Юсупова // Лечащий врач. – 2013. – №5. – С.38–42.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC CRITERIA AND THERAPY OF ERYTHEMA NODOSUM IN CHILDREN

¹Lashkovskaya T.A., ²Kizelevich A.I.

¹Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

²Grodno Regional Children's Clinical Hospital, Grodno, Republic of Belarus

The article is devoted to studying clinical picture, diagnostics and treatment of erythema nodosum in 43 children. It is shown that erythema nodosum is more often diagnosed for girls of school age and manifested as knotty lumps located on the forward surface of crura (95.3%), tender (72.1%), hot at palpation (62.7%) and arthralgia (27.9%). Administration of NSAIDs, antibiotics and glucocorticoids in therapy leads to recovery of children.

Keywords: erythema nodosum, children, clinical picture, diagnostics, treatment

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИЦИТОКИНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М.Ч.Легеза, Г.М.Варнакова, З.П.Лемешевская

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г.Гродно, Республика Беларусь

УЗ «Гродненская городская клиническая больница №4 г. Гродно»,
г.Гродно, Республика Беларусь

Приведены данные о наблюдении за пациентами с ревматоидным артритом, анкилозирующим спондилитом в процессе лечения антицитокиновыми препаратами: Актемра, Фламмегис и препаратом, содержащим малые дозы антител к ФНО- α Артрофооном. Отмечены выраженный положительный эффект и отсутствие побочных реакций.

Ключевые слова: тоцилизумаб, Актемра, инфликсимаб, Фламмегис, Артрофоон, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит.

Введение. Основная цель лечения пациентов с ревматическими заболеваниями – достижение поддержания клинико-лабораторной ремиссии, замедление прогрессирования заболевания. Традиционно используемые для этой

цели базисные и нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды не всегда достаточно эффективно контролируют течение заболевания и деструктивные процессы в суставах.

Наиболее существенным достижением ревматологии последних десятилетий явилось внедрение в клиническую практику биологических препаратов, по праву получивших название «болезнь модифицирующих лекарственных средств» [1, с.54, 2, с.5]. Эти препараты позволяют достичь ремиссии даже при высокой активности воспалительного процесса, у пациентов резистентных или плохо переносящих традиционную базисную терапию. Они способны не только замедлять деструкцию суставов, но и вызывать обратное развитие эрозивных процессов в случаях с далеко зашедшими деструктивными изменениями суставов и позвоночника. Согласно рекомендациям 2013г. биологические агенты могут назначаться пациентам с верифицированным диагнозом в качестве препаратов первой линии как на ранних, так и в развернутых стадиях болезни, в случае неэффективности предшествующей базисной терапии и сохранении выраженной активности процесса.

Хроническое воспаление при ревматических болезнях сопровождается гиперпродукцией «провоспалительных» цитокинов: интерлейкинов (ИЛ-1, ИЛ-6), фактора некроза опухолей ФНО- α . Последний является ключевым провоспалительным цитокином, способствующим развитию иммунного воспаления и формированию костной деструкции путем индукции апоптоза, экспрессии других провоспалительных цитокинов ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8.

Появление антицитокиновых препаратов было названо революционным направлением в ревматологии поскольку позволило получать стойкую ремиссию и результаты лечения во много раз превосходящие традиционную терапию.

Основная часть. Мы наблюдали 6 пациентов с ревматоидным артритом высокой степени активности, серопозитивным вариантом в возрасте от 32 до 53 лет, длительностью заболевания от 4 до 20 лет, получавших базисную терапию метотрексатом в дозе от 10 до 15 мг в неделю в сочетании с метилпреднизолоном от 12 до 16 мг в сутки. Несмотря на постоянный прием препаратов во время очередной госпитализации у каждой из пациенток отмечалась выраженная активность процесса как по клиническим данным (более интенсивный болевой синдром в суставах кистей и стоп, припухание, резкая болезненность при движении, длительная утренняя скованность в суставах) и рентгенологически (в виде резкого сужения суставных щелей запястно-пястных сочленений кистей, выраженного околосуставного остеопороза с множественными краевыми и поверхностными узорами на этом фоне в костях запя-

сть, основаниях пястных костей – 3 рентгенологическая стадия), так и по лабораторным критериям (СОЭ – 54-60 мм/ч, СРБ до 48). В связи с этим было принято решение об использовании одного из эффективных препаратов для лечения ревматоидного артрита – тоцилизумаба (Актемры), представляющего собой антитела к ИЛ-6 по стандартной схеме 8 мг/кг массы тела каждые 4 недели на протяжении 4-6 месяцев.

В результате во всех случаях получена положительная динамика (уменьшилось количество суставов, вовлеченных в болевой синдром, сократилась продолжительность утренней скованности, увеличился объем движений в суставах). Интенсивность боли по шкале ВАШ уменьшилась с 9-10 баллов до 1-2 баллов. По индексу DAS28, включающему такие показатели как ЧБС (число болезненных суставов), ЧПС (число припухших суставов), СОЭ (до 25-28 мм/час), ОСЗ (оценка состояния здоровья пациентом по ВАШ), активность ревматоидного артрита уменьшилась с высокой (индекс DAS 28=5.7) до низкой активности (индекс DAS28=2.5). А самое главное, данный способ лечения позволил пациентам отказаться от практически постоянного приема глюкокортикоидных препаратов и принимать поддерживающую терапию метотрексатом в дозах от 10 до 12,5 мг в неделю без дополнительного приема НПВП.

Актемра в настоящее время рассматривается как один из наиболее эффективных препаратов для лечения ревматоидного артрита и торможения деструкции суставов и может назначаться в качестве препарата первой линии как в сочетании с метотрексатом, так и без него [3, с.24].

Поскольку ФНО- α является ключевым провоспалительным цитокином, то использование антител к ФНО- α стало наиболее изученным и перспективным направлением биологической терапии. Инфликсимаб и его биоаналог Фламмегис хорошо зарекомендовал себя в ревматологии [4, с.60].

Мы применили Фламмегис у 3 пациентов с анкилозирующим спондилитом с высокой активностью и упорным болевым суставным синдромом в связи с отсутствием эффекта от приема сульфасалазина, глюкокортикоидов и НПВП. Это были мужчины в возрасте от 30 до 40 лет и длительностью заболевания около 10 лет с преимущественным поражением шейного и пояснично-крестцового отдела позвоночника и тазобедренных суставов. Фламмегис вводился по схеме 4 инфузии на 1, 2, 6 и 8 неделе по 5 мг/кг массы тела.

Положительная динамика в виде расширения двигательного режима, уменьшения болевого син-

дрома, скованности, снижения активности заболевания была отмечена уже после первой инфузии. После курса лечения пациенты отказывались от приема НПВП и вернулись к активному образу жизни.

К сожалению, широкое внедрение генно-инженерных биологических препаратов в практику ревматологических отделений ограничено их высокой стоимостью. В этих случаях альтернативой может стать концепция применения в комплексной терапии с базисными препаратами малых доз антител к ФНО- α – препарата Артрофоон.

Низкие концентрации специфических антител обладают способностью взаимодействовать со специфическими антигенами, снижать уровень эндогенного ФНО- β в биологических средах организма, регулировать баланс про- и противовоспалительных цитокинов, угнетать синтез С-реактивного белка, оказывая противовоспалительный и анальгетический эффект [5, с.29].

Лечение Артрофооном по 8 таблеток в сутки в течение 6 месяцев в комплексе с метотрексатом в суточной дозе 10мг и нимесулидом 100-200мг/сутки проведено у 8 пациентов серопозитивным ревматоидным артритом активностью II степени (2 мужчин и 6 женщин, средний возраст 42,3 года, длительность заболевания от 4 до 8 лет). Решение о применении Артрофоона было принято в связи с недостаточной эффективностью традиционной терапии. Результаты оценивались через 1, 3 и 6 месяцев. Максимальный эффект снижения боли по ВАШ с 8-9 до 2-3, длительности утренней скованности, индекса DAS 28 с 5,3 до 2,4, ОСЗ, лабораторных тестов (СОЭ с 46 до 27, СРБ) был получен к 6 месяцу терапии, хотя положительную динамику пациенты отмечали уже спустя 1 месяц от начала лечения.

Следует подчеркнуть, что, несмотря на частоту серьезных побочных эффектов при лечении антицитокиновыми препаратами, по литературным данным, у наблюдаемых нами пациентов не было отмечено плохой переносимости данной терапии. Это касается и Актемры, и Фламмегиса, и тем более Артрофоона, в отношении которого во многих исследованиях указывается на его уникальную безопасность и хорошую переносимость.

Применение генно-инженерной антицитокиновой терапии в ревматологии дает пациентам реальные шансы снизить активность процесса, достичь стойкой ремиссии, затормозить деструкцию суставов, улучшить двигательную активность и качество жизни.

Остается надеяться, что проблема основного сдерживающего фактора – стоимости лечения в будущем тоже будет решена и эти препараты займут свое достойное место в практике ревматологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазуров, В.И. Роль артрофоона в комплексном лечении ревматоидного артрита / В.И. Мазуров, В.В. Рассохин // Научно-практическая ревматология. – 2007. – №5. – С.53-60.
2. Генно-инженерная базисная терапия в ревматологии / Е.В.Кундер [и др.]. – Учебно-методическое пособие. — Минск: БелМАПО, 2013. — 34 с.
3. Мартусевич, Н.А. Что важно знать о ревматоидном артрите / Н.А.Мартусевич, В.А.Сидоренко. – Минск: Минск, 2011.– 24.
4. Инфликсимаб: 15 лет в ревматологии, биосимиляры – первый отечественный опыт использования / Е.В. Кундер [и др.] // Медицина. – 2014. – №4. – С. 55-63.
5. Остеоартроз (остеоартрит): новые технологии лечения / Н.А.Шостак // Consilium medicum. – Том 9, №2. – С. 29.