

ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕГО НАЗНАЧЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

И.В.Бабикова, В.И.Макарова

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г.Архангельск, Российская Федерация

Представлен анализ эффективности метотрексата при лечении ювенильного идиопатического артрита в зависимости от сроков назначения у двух групп пациентов. Одной группе метотрексат был назначен в первые 3 месяца заболевания, другой – после 3 месяцев от начала болезни. При раннем назначении препарата ремиссия наступает быстрее и реже требует подключения биологических генно-инженерных препаратов.

Ключевые слова: ювенильный идиопатический артрит, метотрексат, лечение

Введение. Известно, что базисная терапия ювенильного идиопатического артрита будет эффективной тогда, когда препарат назначается в ранние сроки заболевания. Из множества препаратов, которые применялись и рекомендуются сейчас в лечении ювенильного идиопатического артрита у детей, метотрексат назван «золотым стандартом». В настоящее время метотрексат признан препаратом первого выбора для лечения детей с ювенильным идиопатическим артритом, но сроки назначения, длительность терапии и вопрос отмены препарата остаются спорными. Применение метотрексата в лечении хронических артритов у детей позволило американскому ревматологу Д.Лоуэллу назвать это время «эрой метотрексата» [1, с.32–36]. На необходимость раннего назначения препарата указывает А.Ravelli [2, с.428–432]. В обзоре литературы, представленном И.П.Никишиной и С.Р.Родионовской, указано, что на фоне терапии метотрексатом от 5% до 45% детей с ювенильным хроническим артритом достигают ремиссии через 6–13,5 месяцев, а отмена препарата у половины пациентов приводит к рецидиву заболевания; частота рецидивов у детей значительно выше, чем у взрослых [3, с.29].

Основная часть. Под нашим наблюдением находятся 150 детей с ювенильным идиопатическим артритом в возрасте от 1 до 18 лет. Была выбрана группа пациентов без системных проявлений заболевания (n=28) и проанализирован катамнез. Средняя длительность катамнеза – 69 мес. (9–198 мес.). Дети разделены на 2 группы: 1 – пациентам первой группы (n=13) метотрексат был назначен в первые 3 месяца от начала заболевания (m=2,5 мес.); 2 – пациентам второй группы (n=15) – после 3 месяцев от дебюта заболевания от 4 мес. до 5 лет (m=18,5 мес.). Группы были сопостави-

мы по возрасту и полу. В первой группе основную долю (61,5%) составили дети с олигоартритическим вариантом артрита, во второй преобладали пациенты (66,7%) с полиартритическим вариантом. Для оценки эффективности проводимой терапии использовали педиатрические критерии ACR [2, с.30–31]. Доза метотрексата соответствовала клиническим рекомендациям.

В первой группе 30%-е улучшение было достигнуто у 10 пациентов из 13 (77%) через 3 месяца от начала терапии, у остальных трех – через 4 месяца. Значительное улучшение (50–70%) наступило через 5,5 мес. Во второй группе через 3 мес. не зафиксировано ни одного улучшения, а у 5 пациентов из 15 (33,3) 30%-е улучшение появилось только спустя полгода. В первой группе 61,5% детей достигли ремиссии через 10 месяцев, в то время как во второй группе ремиссия установлена лишь в 5 случаях из 15 (33,3%) и, в среднем, через 17,5 месяцев от начала лечения. После отмены препарата безмедикаментозной ремиссии удалось добиться лишь у 3 пациентов первой группы; в этой же группе еще у 3 детей была попытка отмены метотрексата, но в связи с развитием рецидива терапию пришлось возобновить. Случаев безмедикаментозной ремиссии у пациентов второй группе не отмечено вовсе. По мнению В.Gottlieb у половины пациентов рецидив развивается в ближайший месяц после отмены метотрексата [4, с.994–997].

Стратегия современной терапии ювенильного идиопатического артрита предусматривает в комплексном лечении и назначение биологических генно-инженерных препаратов. Только у 2 пациентов первой группы (15,4%), несмотря на ранние сроки назначения метотрексата (через 2–2,5 мес.), терапия оказалась недостаточно эффектив-

ной и потребовала назначения биологических генно-инженерных препаратов. Во второй группе у большего числа детей (53,3%) терапия метотрексатом не оказала эффекта, и была инициирована терапия биологическими генно-инженерными препаратами.

Заключение. Таким образом, принцип раннего назначения метотрексата у детей с ювенильным идиопатическим артритом не должен подвергаться сомнению. Чем раньше назначен этот препарат, тем быстрее наступает ремиссия и уменьшается вероятность расширения программы лечения за счет биологических генно-инженерных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лоуэлл, Д. Десятилетний опыт применения метотрексата. Прошедшее, настоящее, будущее / Д. Лоуэлл // Детская ревматология. – 1997. – №3. – С.32–36.
2. Factors associated with response to methotrexate in systemic onset juvenile chronic arthritis / A. Ravelli [et al.] // Acta Paediatr. – 1994 Apr; 83(4), 428–432.
3. Никишина И.П. Метотрексат в терапии ювенильного артрита / И.П. Никишина, С.Р. Родионовская / Пособие для врачей: Москва, 2008. – 60с.
4. Discontinuation of methotrexate treatment in juvenile rheumatoid arthritis / B.S. Gottlieb [et al.] // Pediatrics. – 1997. – 100(6). – P.994–997.

ADVANTAGES OF EARLY PRESCRIPTION OF METHOTREXATE IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Babikova I.V., Makarova V.I.

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation

The analysis of methotrexate effectiveness in the treatment of juvenile idiopathic arthritis depending on the length of prescription in two groups of patients is presented. Methotrexate was prescribed in the first 3 months of illness in one group, in another group 3 months after the onset of the disease. In early prescription of the drug, remission is faster and less likely to require activation of biological genetic engineering drugs.

Keywords: juvenile idiopathic arthritis, methotrexate, treatment.

ВТОРИЧНЫЙ АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ ПРИ АУТОИММУННОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

Н.А. Башлакова

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

В работе изучены лабораторные маркеры вторичного антифосфолипидного синдрома у пациентов с системной красной волчанкой, ревматоидным артритом. Установлена взаимосвязь повышенных уровней антифосфолипидных антител с ранним развитием атеросклероза при участии факторов, характеризующих течение аутоиммунного процесса.

Ключевые слова: антифосфолипидный синдром, системная красная волчанка, ревматоидный артрит, ранний атеросклероз

Введение. В последние годы растет количество работ, изучающих значение аутоиммунного ответа в развитии раннего атеросклероза как у лиц с ревматической патологией, так и в общей популяции. В основе этого процесса предполагается взаимодействие хронического воспаления и гиперпродукции аутоантител [1].

Антифосфолипидные антитела (аФЛ) представляют собой гетерогенную группу антител к

фосфолипидам и фосфолипидсвязанным сывороточным белкам, которые обнаруживают у лиц не только с аутоиммунной патологией, но и без нее. Наиболее изучены структура и функции антител к кардиолипину (аКЛ), β 2-гликопротеину-1 (а β 2-ГП1), волчаночного антикоагулянта (ВА). Наличие этих типов аФЛ ассоциируется с повышенным риском венозных и артериальных тромбозов.