

Я. Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, А. Г. Русских,
Н. Г. Муратова, С. В. Плюснина, Т. И. Мошанова,
С. А. Исупова, М. М. Грейс, А. В. Галанина

ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ И КВАНТОВАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кировская государственная медицинская академия

Введение

В последние годы на кафедре детских болезней КГМА был выполнен ряд работ, посвящённых изучению клинических проявлений ювенильного ревматоидного артрита, исследованию иммуногенетических параметров и иммунных нарушений, влияния иммуномодуляторов нового поколения (имунофан, полиоксидоний) на течение патологического процесса и состояние иммунологической реактивности у этих больных [7, 5, 6, 4, 1, 2]. Вместе с тем, в настоящее время нами получены данные, указывающие на выраженный противовоспалительный и иммуномодулирующий эффекты магнитоинфракрасной лазерной терапии (квантовой терапии) у больных ювенильным ревматоидным артритом.

Основные положения исследований, свидетельствующих об эффективности иммуномодулирующей и квантовой терапии при ювенильном ревматоидном артрите, представлены ниже.

Результаты

Под нашим наблюдением находилось 155 детей в возрасте 5-14 лет, страдающих преимущественно суставной формой ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) с медленно прогрессирующим характером течения заболевания.

Наблюдаемые больные были подразделены на четыре группы в зависимости от проводимой терапии.

Больным первой группы (46 пациентов) во время пребывания в стационаре назначалось общепринятое лечение: базисные препараты (делагил или метотрексат), нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак-натрий или индометацин), курантил, рибоксин, АТФ, никотинамид, витамины В₁, В₆, С, Е, ЛФК и массаж.

Больным второй группы (29 пациентов), наряду с указанной выше терапией, проводили лечение имунофаном (0,005% раствор в дозе 0,1 мкг/кг, подкожно, через два дня на третий, 7 инъекций; продолжительность курса – 19 дней). Лечение имунофаном начинали со второго дня пребывания больных в стационаре.

Больным третьей группы (40 пациентов) проводили комплексную терапию в сочетании с полиоксидонием (в дозе 1 мг/кг в 1-1,5 мл воды для инъекций, внутримышечно, через два дня на третий, 7 инъекций; продолжительность курса – 19 дней). Лечение

полиоксидонием начинали со второго дня пребывания больных в стационаре.

Больным четвертой группы (40 пациентов) проводили комплексное лечение в сочетании с квантовой терапией аппаратом «РИКТА-02/1» (M1) с использованием 50% мощности инфракрасного и лазерного излучения, взяв за основу рекомендации ряда авторов [3, 8]. Квантовую терапию начинали со второго дня пребывания больных в стационаре. При олигоартритическом варианте ЮРА облучение пораженных суставов проводили через день (по 10 сеансов на каждый сустав). При олигоартритическом варианте заболевания облучение одной группы пораженных суставов проводили в первый день (по 10 сеансов на каждый сустав), а другой группы пораженных суставов – на следующий день (по 10 сеансов на каждый сустав). Продолжительность курса квантовой терапии – 20 дней.

Следует отметить, что при проведении курсов лечения иммунофаном и полиоксидонием, сеансов квантовой терапии никаких осложнений и побочных реакций у больных не возникало.

Клинические наблюдения показали, что у больных ювенильным ревматоидным артритом, подвергавшихся комплексному лечению в сочетании с иммуномодуляторами и квантовой терапией, констатировалось более быстрое, нежели у получавших общепринятое лечение, улучшение общего состояния, уменьшение и исчезновение артралгий в покое, при движении и пальпации, острых воспалительных изменений пораженных суставов, утренней скованности и мышечной гипотонии.

Перед выпиской из стационара у наблюдаемых групп больных ЮРА отмечались неоднозначные изменения показателей иммунологической реактивности.

У первой группы больных ЮРА, получавших в стационаре общепринятую терапию, перед выпиской выявлялись сдвиги показателей иммунитета, близкие по характеру тем, которые обнаруживались у них при поступлении в стационар. У этих больных отмечалось повышение уровней сывороточных иммуноглобулинов G, A, M, снижение показателей антибактериальной и противовирусной резистентности (снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного индекса, значений НСТ-теста), высокие уровни провоспалительных цитокинов (интерлейкин-1бета, фактор некроза опухолей-альфа) в сыворотке крови.

У второй группы больных ЮРА, получавших комплексную терапию в сочетании с иммунофаном, перед выпиской из стационара отмечалось увеличение Т- и В-лимфоцитов, CD8-клеток в крови, понижение показателя НСТ-теста. У третьей группы больных, получавших комплексную терапию в сочетании с полиоксидонием, перед выпиской из стационара регистрировалось увеличение абсолютного количества Т-лимфоцитов в крови, снижение показателя фагоцитарной активности нейтрофилов и уровня интерферона-альфа в сыворотке крови. У четвертой

группы больных ЮРА, получавших комплексное лечение в сочетании с квантовой терапией, перед выпиской из стационара констатировалось увеличение относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов в крови и снижение показателя фагоцитарной активности нейтрофилов. Другие показатели иммунологической реактивности у второй, третьей и четвертой групп больных ювенильным ревматоидным артритом существенно не отличались от параметров иммунитета у практически здоровых детей.

Время пребывания в стационаре больных первой группы, получавших общепринятое лечение, составляло $42,1 \pm 2,7$ суток, больных второй группы, получавших комплексную терапию в сочетании с иммунофаном – $39,7 \pm 2,2$ суток, больных третьей группы, получавших комплексную терапию в сочетании с полиоксидонием – $37,0 \pm 2,1$ суток, больных четвертой группы, получавших комплексное лечение в сочетании с квантовой терапией – $37,0 \pm 1,9$ суток. Таким образом, больные ЮРА, в комплексное лечение которых были включены иммуномодуляторы нового поколения или квантовая терапия, выписывались из стационара в среднем на 2-5 суток раньше больных, получавших общепринятое лечение.

После выписки из стационара больные ювенильным ревматоидным артритом в соответствии с рекомендациями продолжали приём базисных и противовоспалительных препаратов, им проводились курсы общеукрепляющей терапии (поливитаминные препараты, растительные адаптогены). Наряду с этим, больным ювенильным ревматоидным артритом, получавшим в стационаре комплексное лечение в сочетании с иммуномодуляторами (иммунофан, полиоксидоний) и квантовой терапией, спустя три месяца после выписки проводились повторные курсы иммуномодулирующей и квантовой терапии.

Катамнестическое наблюдение за больными ювенильным ревматоидным артритом осуществлялось в течение 6-12 месяцев. Наблюдение показало, что у пациентов, получавших общепринятое лечение, спустя 3-5 месяцев после выписки из стационара вновь отмечались признаки острых воспалительных изменений суставов, которые были связаны с перенесенной острой респираторной инфекцией (89,1%) или ангиной (10,9%). У пациентов, подвергавшихся во время пребывания в стационаре комплексному лечению в сочетании с иммунофаном или полиоксидонием, или квантовой терапии и получивших повторные курсы иммуномодулирующей или квантовой терапии в периоде диспансерно-поликлинического этапа, клинических признаков обострения заболевания не регистрировалось в периоде всего наблюдения.

Заключение

Результаты исследований свидетельствуют о том, что общепринятая терапия больных ювенильным ревматоидным артритом не приводила к нормализации иммунологической реактивности и у пациентов перед выпиской из стационара сохранялись выра-

женные сдвиги показателей иммунитета. Спустя не-продолжительное время после выписки из стационара у пациентов, получавших общепринятое лечение, отмечалось обострение болезни вследствие интеркуррентных инфекционных заболеваний. Включение имунофана или полиоксидония, квантовой терапии в комплексное лечение больных ювенильным ревматоидным артритом обеспечивало более быструю положительную динамику клинических показателей и нормализацию многих параметров иммунитета перед выпиской из стационара, увеличение продолжительности клинической ремиссии болезни. Высокая эффективность имунофана и полиоксидония, квантовой терапии, отсутствие осложнений и побочных реакций при их применении позволили рекомендовать широкое использование иммуномодуляторов нового поколения и квантовой терапии в комплексном лечении больных преимущественно суставной формой ювенильного ревматоидного артрита.

Список литературы

1. Иллек Я.Ю., Зайцева Г.А., Исунова С.А. Ревматоидный артрит в детском возрасте. — Киров, 2002. — 124 с.
2. Исунова С.А. Терапевтическая эффективность полиоксидония при ювенильном ревматоидном артрите: дисс. ... канд. мед. наук. — Киров, 2003. — 133 с.
3. Куссельман А.И., Черданцев А.П., Кудряшов С.И. Квантовая терапия в педиатрии. Методическое пособие для врачей. — Москва, ЗАО «МИЛТА-ПКП ГИТ», 2002. — 182 с.
4. Мошанова Т.И. Иммунологические и генетические факторы развития ювенильного ревматоидного артрита: дисс. ... канд. мед. наук. — Киров, 2001. — 119 с.
5. Муратова Н.Г. Влияние иммуномодулирующей терапии имунофаном на клинико-иммунологические показатели у больных ювенильным ревматоидным артритом: дисс. ... канд. мед. наук. — Киров, 1998. — 120 с.
6. Плюснина С.В. Клинико-иммунологические особенности и эндокринные нарушения при ювенильном ревматоидном артрите: дисс. ... канд. мед. наук. — Киров, 2000. — 110 с.
7. Русских А.Г. Клинико-иммунологические особенности, функциональное состояние щитовидной железы и иммуногенетические параметры у детей с ревматоидным артритом: дисс. ... канд. мед. наук. — Киров, 1997. — 114 с.
8. Хейфец Ю.Б. Методические рекомендации по применению аппарата квантовой терапии «РИКТА». — Москва, ЗАО «МИЛТА-ПКП ГИТ», 2002. — 275 с.

