

УДК: 616.721-002.77-08

КОНТРОЛИРУЕМАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СУЛЬФАСАЛАЗИНА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ*

С.Н. Чепелева, Я.А. Сигидин, Г.В. Лукина

Институт ревматологии (дир. – академик РАМН В.А. Насонова) РАМН, Москва.

Резюме.

Цель: Оценить эффективность и переносимость сульфасалазина и метотрексата при анкилозирующем спондилоартрите (АС).

Материал и методы: В исследование было включено 34 пациента с АС с признаками клинико-лабораторной активности. 22 больных принимали сульфасалазин (СС) в дозе 1,5-2,0 г/день в течение 6 месяцев, 12 пациентов – метотрексат (МТ) в дозе 7,5-12,5 мг в неделю. Эффективность лечения оценивалась по изменению 24 клинико-лабораторных показателей.

Результаты: Шестимесячное исследование завершили 22 пациента (18 из группы СС, 4 из группы МТ). В группе, получавшей СС, отмечалось достоверное улучшение 9 из 24 показателей, а в группе МТ – лишь 2 из 24 параметров. Побочные реакции, потребовавшие прекращения лечения, встретились у 4-х больных, принимавших МТ, и у 2-х пациентов, лечившихся СС.

Выводы: Сульфасалазин оказался эффективным в отношении уменьшения боли и скованности в позвоночнике, увеличения функциональной способности пациентов и снижения лабораторной активности заболевания.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилоартрит, сульфасалазин, метотрексат.

Анкилозирующий спондилоартрит (АС) (болезнь Бехтерева) – воспалительное заболевание, поражающее илеосакральные суставы, позвоночник и нередко периферические суставы, иногда сопровождающееся экстраартикулярными проявлениями, такими как острый передний увеит, аортальная недостаточность, нарушение сердечной проводимости и амилоидоз [25].

В течение долгого времени основными методами лечения данной патологии считались физиотерапия, нестероидные противовоспалительные препараты и анальгетики [2,18,37]. Однако недостаточная эффективность этих средств привела к необходимости поиска новых лекарственных препаратов, способных подавлять активность заболевания и тормозить его дальнейшее прогрессирование. По аналогии с ревматоидным артритом начали разрабатывать базисную терапию АС. Многие препараты, ранее применяемые для лечения РА, стали использоваться при АС. Предпринимались попытки лечения АС аминохинолиновыми препаратами [6, 20, 47], бисфосфонатами

[24, 33], Д-пеницилламином [8, 9, 30, 41, 42, 45], левамизолом [3, 4], препаратами золота [26], циклофосфаном [7], азатиоприном [5, 19], высокими дозами метилпреднизолона [1, 35, 38], талидомидом [11, 28, 48], антителами к фактору некроза опухоли альфа [10], к CD-4 лимфоцитам [46], к интерлейкину-6 [46]. Однако либо из-за недостаточной эффективности, либо из-за высокой стоимости препаратов данные методы терапии не получили широкого распространения. В настоящее время наиболее перспективными лекарственными средствами в лечении АС считаются сульфасалазин и метотрексат [13,23,25,32,34]. Эффективность СС при АС доказана в многочисленных двойных слепых испытаниях [12,14,16,17,21,31,36,43,44]. Предметом спора остается лишь вопрос о его большем эффекте при периферической форме болезни, чем при центральной. В литературе имеются немногочисленные сообщения о положительном влиянии МТ на проявления АС [15,22,27,29,40]. В настоящее время выполнено единственное шестимесячное сравнительное испытание СС и МТ при АС, продемонстрировавшее высокую эффективность обоих препаратов при этом заболевании [39]. В связи с от-

* Предварительные результаты рандомизированного сопоставления сульфасалазина и метотрексата.

сутствием достаточных сравнительных данных об этих лекарственных средствах при АС мы сочли целесообразным и актуальным проведение настоящего исследования для выяснения их эффективности и возможных преимуществ друг перед другом.

Целью нашего исследования было сравнить эффективность и переносимость СС и МТ при АС.

Материалы и методы.

В исследование было включено 34 пациента с достоверным диагнозом АС (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям АС). Критериями включения были:

1. Наличие признаков активности заболевания (обязательное сочетание боли или утренней скованности в области позвоночника более 10 минут с одним из следующих клинических или лабораторных показателей: нарушение сна из-за боли или скованности, периферический артрит, СОЭ > 20 мм/ч, СРБ > 1,0 мг%, IgA > 5,0 мг/мл).
2. Серонегативность по ревматоидному фактору.
3. Стабильность противовоспалительной терапии НПВП в течение по крайней мере одного месяца до начала исследования.
4. Отсутствие в анамнезе или в настоящее время признаков следующих заболеваний: псориаза, синдрома Рейтера, воспалительных заболеваний кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона).
5. Отсутствие аллергии на сульфаниламиды или салицилаты.
6. Отсутствие тяжелой патологии внутренних органов.

Пациенты были рандомизированно (на основании даты рождения) разделены на две группы. Исходные данные пациентов суммированы в таблице 1. Первая (22 человека) получала СС в дозе 1,5-2 г в сутки в течение 6-ти месяцев, вторая (12 человек) – МТ в дозе 7,5-12,5 мг в неделю.

Для оценки терапевтического

эффекта исследуемых препаратов использовались 24 клинических и лабораторных показателя (боль в позвоночнике по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), скованность в позвоночнике в минутах, выраженность и длительность скованности по ВАШ, симптом Форестье, Отта, Шобера, Томайера, расстояние «подбородок-грудина», экскурсия грудной клетки, боль в суставах по ВАШ, число болезненных и припухших суставов, суставной и функциональный индексы Dougados, общее самочувствие, утомляемость, локальная болезненность по ВАШ, BASDAI, гемоглобин, СОЭ, серомукоид, СРБ, IgA).

Индивидуальная оценка эффективности терапии учитывала динамику анализируемых показателей на 20 % и более по сравнению с исходной величиной. Она включала следующие 5 категорий:

1. Очень хороший эффект – положительная динамика более 75% изменившихся показателей.

Таблица 1.

Исходные данные в группе сульфасалазина.

| Показатели | M±σ |
|-------------------------------------|--------------|
| Количество пациентов | 22 |
| Мужчины/женщины | 18/4 |
| Возраст, годы | 39,4±11,0 |
| Длительность заболевания, годы | 14,9±11,2 |
| Боль в позвоночнике по ВАШ | 5,41±2,30 |
| Скованность в позвоночнике, мкн | 77,95±101,61 |
| Симптом Форестье, см | 4,45±6,12 |
| Расстояние «подбородок-грудина», см | 2,77±2,66 |
| Симптом Отта, см | 1,31±1,04 |
| Экскурсия грудной клетки, см | 3,85±1,40 |
| Симптом Шобера, см | 1,50±1,14 |
| Симптом Томайера, см | 23,82±16,99 |
| Боль в суставах по ВАШ, см | 3,55±3,25 |
| Число болезненных суставов | 1,86±3,26 |
| Число припухших суставов | 1,05±2,44 |
| Суставной индекс, баллы | 5,14±2,87 |
| Функциональный индекс, баллы | 12,27±5,19 |
| Общее самочувствие по ВАШ, см | 3,91±2,53 |
| Длительность скованности по ВАШ, см | 3,22±2,30 |
| Выраженность скованности по ВАШ, см | 4,68±3,13 |
| Утомляемость по ВАШ, см | 5,62±2,43 |
| Локальная болезненность по ВАШ, см | 4,55±3,86 |
| BASDAI, см | 4,52±1,53 |
| НЬ г/л | 134,77±18,84 |
| СОЭ, мм/ч | 32,91±9,16 |
| Серомукоид, ед | 0,58±0,25 |
| СРБ, ли% | 2,4±1,27 |
| IgA, мг/мл | 4,40±0,98 |

2. Хороший эффект – от 51 до 75% показателей.
3. Незначительный эффект – от 26 до 50% показателей.
4. Отсутствие эффекта – от 0 до 25% показателей.
5. Ухудшение – отрицательная динамика хотя бы одного показателя при отсутствии положительной динамики других параметров.

Суммарная и индивидуальная оценка эффективности терапии проводилась через 3 и 6 месяцев лечения. Статистический анализ сум-

группы МТ развились побочные реакции, потребовавшие прекращения приема препарата (повышение уровня трансаминаз, гнойничковые высыпания на слизистой рта, артралгии/оссалгии, боль в поясничной области). Еще 4 пациента выбыли из-под наблюдения из-за нарушения протокола. Учитывая малое количество больных, завершивших шестимесячное лечение МТ (4 пациента), в настоящее время не представляется возможным проанализировать эффективность и переносимость данного препарата. В связи с этим мы сочли целесообразным сосредоточить внимание в данной статье

Таблица 2.

Динамика показателей в группе сульфасалазина через 6 месяцев лечения.

| Показатели | Средняя разностей, \bar{x} | Средняя ошибка разности, m разн. | P |
|--|------------------------------|------------------------------------|-------|
| Боль в позвоночнике по ВАШ, см | -1,81 | $\pm 0,53$ | <0,01 |
| Скованность в позвоночнике, мин. | -49,72 | $\pm 25,56$ | <0,1 |
| Симптом Форестье, см | -1,17 | $\pm 0,64$ | <0,1 |
| Расстояние «подбородок-грудина», см | 0,08 | $\pm 0,29$ | <0,8 |
| Симптом Отта, см | 0,06 | $\pm 0,24$ | <0,9 |
| Экскурсия грудной клетки, см | 0,34 | $\pm 0,33$ | <0,4 |
| Симптом Шобера, см | -0,006 | $\pm 0,186$ | >0,9 |
| Симптом Томайера, см | -3,25 | $\pm 1,87$ | <0,2 |
| Боль в суставах по ВАШ, см | -0,74 | $\pm 0,86$ | <0,5 |
| Число болезненных суставов | -0,44 | $\pm 0,51$ | <0,5 |
| Число припухших суставов | -0,83 | $\pm 0,54$ | <0,2 |
| Длительность скованности в позвоночнике по ВАШ, см | -2,16 | $\pm 0,49$ | <0,01 |
| Выраженность скованности в позвоночнике по ВАШ, см | -1,96 | $\pm 0,77$ | <0,05 |
| Функциональный индекс, баллы | -3,9 | $\pm 1,33$ | <0,01 |
| Суставной индекс, баллы | -0,56 | $\pm 0,65$ | <0,5 |
| Общее самочувствие по ВАШ, см | -0,04 | $\pm 0,66$ | >0,9 |
| Утомляемость по ВАШ, см | -0,97 | $\pm 0,84$ | <0,3 |
| Локальная болезненность по ВАШ, см | -1,82 | $\pm 0,83$ | <0,05 |
| BASDAI, см | -1,595 | $\pm 0,42$ | <0,01 |
| Нв, г/л | -3,1 | $\pm 4,19$ | <0,5 |
| СОЭ, мм/ч | -9,8 | $\pm 2,97$ | <0,01 |
| Серомукоид, ед | -0,17 | $\pm 0,07$ | <0,02 |
| СРБ, лн% | -0,43 | $\pm 0,46$ | <0,4 |
| IgA, мг/мл | -0,79 | $\pm 0,3$ | <0,02 |

марной эффективности лечения проводился с помощью показателей средней разности (\bar{x}) и средней ошибки разности (m разн.). Оценка переносимости изучаемых препаратов проводилась посредством опроса пациентов и контроля показателей общего и биохимического анализов крови и общего анализа мочи.

В процессе лечения у 4-х пациентов из

на эффективности и переносимости СС при АС.

Результаты и обсуждение.

Шестимесячное лечение сульфасалазином закончили 18 человек. Через полгода приема СС наблюдалось достоверное улучшение 9 из 24 показателей: боль в позвоночнике, длительность и выраженность скованности в позвоночнике, локальная болезненность по ВАШ,

функциональный индекс, BASDAI, СОЭ, серомукоид и IgA. Отмечалась положительная тенденция к изменению таких параметров как скованность в позвоночнике (в минутах), симптом Форестье, симптом Томайера, число припухших суставов. Ни один из показателей не ухудшился. Изменения показателей подвижности позвоночника не были статистически достоверными (таблица 2).

По индивидуальной оценке эффективности терапии у 2 пациентов отмечался очень хороший эффект, у 6 пациентов – хороший, у 7 – незначительный, у 3 – отсутствие эффекта. 2 пациента выбыли из-под наблюдения из-за нарушения протокола.

Побочные эффекты, потребовавшие отмены терапии, наблюдались у 2 пациентов (9,1%): сыпь на лице и нарушение вкуса. У двух больных отмечались побочные реакции, не послужившие причиной прекращения лечения: головокружение и анемия. Головокружение прошло после снижения дозы СС до 1,5 г в сутки, а анемия после назначения фолиевой кислоты.

Полученные данные подтверждают положительное влияние СС на основные проявления АС, а именно болевой синдром и скованность в позвоночнике. Кроме того, СС способствует повышению функциональной способности пациентов и снижает лабораторную активность заболевания. Хотя уменьшение числа воспаленных суставов не достигло степени достоверности, можно считать, что СС оказывает не только симптоматическое (аналгетичес-

кое) действие, но более глубоко влияет на основной патологический процесс. Достоверное снижение СОЭ, серомукоида и IgA позволяет предположить, что СС оказывает при АС противовоспалительный и иммуномодулирующий эффект. Такое сочетание свойств позволяет отнести СС к категории базисных препаратов при АС. Отсутствие изменений показателей подвижности позвоночника может быть связано с двумя причинами: во-первых, с относительно коротким периодом лечения и, во-вторых, с большой длительностью заболевания (средняя длительность болезни – $14,9 \pm 11,2$ года) и, как следствие этого, с наличием анатомических изменений в позвоночнике (синдесмофиты, анкилозы), препятствующих увеличению объема движений в нем на фоне проводимой терапии. Эти данные согласуются с результатами М.М.Соркилл и соавт.[14], придерживающихся мнения об эффективности СС только при ранней стадии АС.

Лечение СС безопасно, поскольку побочные реакции, требовавшие прекращения терапии, встречались редко, в 9,1 % случаев, и не были серьезными. Таким образом, СС может считаться перспективным препаратом для «базисного» лечения АС. Мы считаем необходимым продолжить исследование для получения данных на большем объеме материала, чтобы иметь возможность провести сравнительную оценку эффективности МТ и СС при этом заболевании.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Бурдейный А.П., Соловьев С.К., Тимофеева Е.Б. Эффективность пульс-терапии при серонегативных спондилоартритах (предварительное сообщение). Тер. архив, 1978, 4, 84-86.
2. Бурдейный А.П. Медикаментозное лечение анкилозирующего спондилоартрита (болезни Бехтерева). Тер. архив, 1978, 12, 116-125.
3. Бурдейный А.П. Методы оценки и эффективность современных противовоспалительных и иммуностимулирующих препаратов при болезни Бехтерева. Автореф. канд. дисс. М., 1980.
4. Бурдейный А.П. Изучение эффективности левамизола при болезни Бехтерева. Международный научный симпозиум по ревматологии. Тбилиси. 1-4 октября 1980 г. Материалы симпозиума, 23-25.
5. Мешков А.П. Болезни суставов: диагностика и лечение. Н. Новгород, 1994, 84-96.
6. Трофимова Т.М., Полянская И.П., Симонян-Парцхаладзе А.А. Многолетнее лечение больных с ранней стадией анкилозирующего спондилоартрита. Тер. архив, 1981, LIII, 104-107.
7. Чепой В.М. Болезнь Бехтерева. М., «Медицина», 1976, 78-84.
8. Bernacka K., Tytman K., Sierakowski S. Clinical application of D-penicillamine in AS: a 9-month study. Med. Int., 27, 4, 295-301.
9. Bird H.A., Dixon A.S.J. Failure of D-penicillamine to affect peripheral joint involvement in AS or HLA-associated arthropathy. Ann. Rheum. Dis., 1977, 36, 289.
10. Brandt J., Haibel H., Cornely D., Golder W. Successful treatment of active AS with the anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody infliximab. Arthr. Rheum., 2000, 43, 6, 1346-1352.
11. Breban M., Gombert B., Amor B., Dougados M. Efficacy of thalidomide in the treatment of refractory ankylosing spondylitis. Arthr. Rheum., 1999, 42, 3, 580-581.
12. Clegg D.O., Reda D.J., Blackburn W.D. Comparison of sulphasalazine and placebo in the treatment of AS. A department of veterans affairs cooperative study. Arthr. Rheum., 1996, 39, 12, 2004-2012.
13. Coelho Andrade L.E., Atra E., Ferraz M. Sulphasalazine and AS: an open pilot study. Clin. Experiment. Rheumatol., 1989, 7, 6, 661-662.
14. Corcill M.M., Jobanputra P., Gibson T., Macfarlane D.G. A controlled trial of sulphasalazine treatment of chronic AS: failure to demonstrate a clinical effect. Br. J. Rheum.,

- 1990, 29, 41-45.
15. Creemers M.C., Franssen M.J., van de Putte L.B., Gribnau F.W., van Riel P.L. Methotrexate in severe AS: an open study. *J. Rheumatol.*, 1995, 22, 6, 1104-1107.
 16. Davis M.J., Dawes P.T., Beswick E., Lewin I.V., Stranworth D.R. Sulphasalazine therapy in AS. *Br. J. Rheum.*, 1989, 28, 410-413.
 17. Dougados M., Boumier P., Amor B. Sulphasalazine in AS: a double blind controlled study in 60 patients. *B. M. J.*, 1986, 293, 11, 911-914.
 18. Dougados M., Behier J.M., Jolchine I., Calin A. Efficacy of celecoxib a cox-2 specific inhibitor in AS: a placebo and conventional NSAID (ketoprofen) 6-week controlled study. *Ann. Rheum. Dis.*, July 2000, 59, sup. 1, Abstract POS-605.
 19. Durez P., Horsmans Y. Dramatic response after an intravenous loading dose of azathioprine in one case of severe and refractory AS. *Rheumatol.*, 2000, 39, 182-184.
 20. Enkerlin H.L., Arica-Zubieta J.A., Galindo-Rodriguez G. Efficacy of chloroquine in spondyloarthropathies. A six month open trial. Abstracts of the 62 nd National Meeting American College of Rheumatology. 1998.
 21. Feltelius N., Hallgren R. Sulphasalazine in AS. *Ann. Rheum. Dis.*, 1986, 45, 396-399.
 22. Ferraz M.B., Carrico da Silva H., Atra E. Low dose methotrexate with leucovorin rescue in AS. *J. Rheumatol.* 1991, 18, 1, 1467.
 23. Fraser S.M., Sturrock R.D. Evaluation of sulphasalazine in AS – an interventional study. *Br. J. Rheum.*, 1990, 29, 37-39.
 24. Gluszkó P., Korkosz M. Evidence for an anti-inflammatory properties of clodronate in patients with AS. *Ann. Rheum. Dis.*, 1999, Abstract 485, 122.
 25. Gran J.T., Husby G. Clinical, epidemiologic, and therapeutic aspects of AS. *Curr. Opin. Rheumatol.*, 1998, 10, 292-298.
 26. Grasedyck K., Schatten Kirchner M., Bandilla K. Treatment of AS with auranofin. *J. Rheumatol.*, 1990, 49, 98.
 27. Handler P.P. Favorable results using methotrexate in the treatment of patients with AS. *Arthr. Rheum.*, 1989, 32, 2, 234.
 28. Huang F., Gu J. Effect of thalidomide on the clinical and biological aspects of AS. Abstracts 9th Asia Pacific League of Associations for Rheumatology Congress. CS 1.23.
 29. Huang F., Lan C.S., Tcai W.C. Efficacy of low dose methotrexate in the treatment of early AS – preliminary study. Abstracts 9th Asia Pacific League of Associations for Rheumatology Congress. CS 1.12.
 30. Jaffe I.A. Penicillamine in seronegative polyarthritis. *Ann. Rheum. Dis.*, 1977, 36, 593.
 31. Kirwan J., Edwards A., Huitfeldt B. The course of established AS and the effects of sulphasalazine over 3 years. *Br. J. Rheum.*, 1993, 32, 729-733.
 32. Krajnc I. Sulphasalazine in the treatment of AS. *Lijec.-Vjesn.*, 1990, 112, 5-6, 171-174.
 33. Maksymowych W.P., Maguire C., Hoskinson M., Russell A.S. An open study of intravenous pamidronate in treatment of refractory AS. Abstracts of the 62 nd National Meeting American College of Rheumatology. 1998.
 34. Mielants H., Veys E.M., Joos R. Sulphasalazine in the treatment of enterogenic reactive synovitis and AS with peripheral arthritis. *Clin. Rheumatol.*, 1986, 5, 1, 80-83.
 35. Mintz G., Enriquez R.D., Mercado U. Intravenous methylprednisolone pulse therapy in severe AS. *Arthr. Rheum.*, 1981, 24, 5, 734-737.
 36. Nissila M., Lehtinen K., Lerisalo-Repo M. Sulphasalazine in the treatment of AS. *Arthr. Rheum.*, 1988, 31, 9, 1111-1116.
 37. Pal B. Use of simple analgesics in the treatment of AS. *Br. J. Rheumatol.*, 1987, 26, 207-209.
 38. Peters N.D., Ejstrup L. Intravenous methylprednisolone pulse therapy in AS. *Scand. J. Rheumatol.*, 1992, 21, 3, 134-138.
 39. Rahman M.M., Hoque M.A., Haq S.A. A comparison of methotrexate with sulphasalazine in AS. Abstracts 9th Asia Pacific League of Associations for Rheumatology Congress. PT 160, 244.
 40. Sampaio-Barros P.D., Costallat L.T., Bertolo M.B. Methotrexate in the treatment of AS. *Scand. J. Rheumatol.*, 2000, 29, 3, 160-162.
 41. Scharf Y., Nahir M. Penicillamine in AS. *Arthr. Rheum.*, 1976, 19, 122.
 42. Steven M.M., Morrison M., Sturrock R.D. Penicillamine in AS: a double blind placebo controlled trial. *J. Rheumatol.*, 1985, 12, 735-737.
 43. Taylor H.G., Beswick E.J., Davis M.J., Dawes P.T. Sulphasalazine in AS – effective in early disease? *Br. J. Rheum.*, 6.
 44. Taylor H.G., Beswick E.J., Dawes P.T. Sulphasalazine in AS. A radiological, clinical and laboratory assesment. *Clin. Rheumatol.*, 1991, 10, 1, 43-48.
 45. Tytman K., Bernacka K., Sierakowski S. D-penicillamine in the treatment of AS. *Clin. Rheumatol.*, 1989, 8, 3, 419-420.
 46. Wendling D., Racadot E., Toussiro E., Wijdenes J. Combination therapy of anti-CD4 and anti-IL-6 monoclonal antibodies in a case of severe spondyloarthropathy. *Br. J. Rheum.*, 35, 12, 1330.
 47. Williamson L., Illingworth H., Smith D., Mowart A. Oral Quinine in AS: a randomised, placebo controlled, double-blind crossover study. *Ann. Rheum. Dis.*, 1999, Abstract 484, 122.
 48. Ye Zh.Zh., Zhuang J.H., Feng X.X., Hong X.P., Lu H. Comparison of AS treatment with thalidomide and with sulphasalazine. Abstracts 9th Asia Pacific League of Associations for Rheumatology Congress. PT 261 A.

Summary.

Objective: To assess the efficacy and tolerability of sulphasalazin and methotrexate in ankylosing spondyloarthritis (AS).

Material and methods: The study included 34 patients with AS with signs of clinical-laboratory activity. 22 patients took sulphasalazin (SS) in dosage 1.5-2.0 g/day for 6 months, 12 pts - methotrexate (MT) in dosage 7.5-12.5 mg a week. The efficacy of treatment was evaluated by changing of 24 clinical-laboratory indices.

Results: 22 pts completed 6 months study (18 from SS group and 4 from MT group). The reliable

improvement of 9 out of 24 indices was demonstrated in SS group while in MT group - only 2 out of 24 parameters. Side effects requiring cancellation of treatment were noticed in 4 pts taking MT and in 2 pts taking SS.

Conclusion: Sulphasalazin turned out to be more effective in the respect of pain and spine stiffness subsiding, increasing of functional ability and decrease of laboratory activity of the disease.

Key words: ankylosing spondyloarthritis, sulphasalazin, methotrexate.

Поступила 12.03.01

УДК: 616.721-002.77-08

ПРИМЕНЕНИЕ КУРИОЗИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ, ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ.

Э.С. Мач, А.В. Волков, Т.Л. Тихонова, Т.М. Решетняк
Институт ревматологии (дир. – академик РАМН В.А. Насонова) РАМН, Москва.

Резюме.

Цель: в открытом неконтролируемом испытании оценить клиническую эффективность куриозина в терапии язвенных дефектов кожи у больных СКВ с АФС, ПАФС и ССД.

Материал и методы: У 14 больных СКВ с АФС и ПАФС и 15 больных ССД с язвенными дефектами кожи, помимо общепринятой терапии, в течение 30 дней местно использовался 0,2% раствор куриозина. Оценивалась клиническая динамика язв, которая объективизировалась исследованием кожной микроциркуляции методом лазерной Допплеровской флоуметрии.

Результаты: Положительный эффект, как клинический, так и в виде улучшения показателей микроциркуляции, отмечен у всех больных СКВ с АФС и ПАФС и у 10 больных ССД. Полного заживления язв за период исследования удалось достичь у 3 больных СКВ с АФС и у 4 с ССД. Побочные реакции в виде увеличения размеров язв, появления боли и зуда выявлены у 4 больных ССД. Одна пациентка выбыла из испытания.

Заключение: Куриозин может быть рекомендован для местного применения в комплексной терапии у больных СКВ с АФС, ПАФС и ССД.

Ключевые слова: куриозин, язвы кожи, системная склеродермия, первичный и вторичный антифосфолипидный синдром.

Язвенные дефекты кожи у больных с первичным и вторичным антифосфолипидным синдромом на фоне СКВ (ПАФС, СКВ с АФС) и системной склеродермией (ССД) – нередкое клиническое проявление, усугубляющее тяжесть состояния пациентов.

Препарат куриозин (Гедеон Рихтер, Венгрия) представляет собой сочетание гиалуро-

новой кислоты и цинка. Эта ассоциация создает физиологические условия для заживления ран за счет активации, миграции и деления клеток, участвующих в регенерации тканей. В результате усиления фагоцитарной способности гранулоцитов и макрофагов, пролиферации фибробластов и стимуляции ангиогенеза образуется рубцовая ткань с реэпителизацией. Заживление ран ускоряется, и, благодаря антисептическому эффекту, уменьшается частота бактериальных суперинфекций. В настоящее время арсенал средств, одновременно обладающих регенерирующим и антибактериальным

Адрес для переписки:

Э.С. Мач,
115522, Москва, Каширское шоссе, 34-а
Институт ревматологии РАМН,
тел.: (095) 114-44-81.