

на речевых частотах на 10-15 дБ, костно-воздушный разрыв 10-20 дБ.

Из всей обследуемой группы детей 2 ребенка имеют задержку психомоторного развития, наблюдаемую с рождения, т.е. на момент операции неврологический диагноз уже был установлен. Поэтому оценить влияние антромастотомии на дальнейшее развитие этих детей не представляется возможным. У оставшихся детей речь развита соответственно возрасту, школьная успеваемость не стра-

дает, дети общительны.

Выводы

1. Операция антромастотомии не ведет к стойкому нарушению слуха.

2. Необходимо исследование слуха перед операцией антромастотомии для выявления возможного исходного снижения порогов костного звукопроведения.

3. Необходимо диспансерное наблюдение детей, перенесших антромастотомию, у оториноларинголога и сурдолога.

Сведения об авторах статьи:

Зарипова Алсу Алмасовна – зав. детским ЛОР отделением ГБУЗ РБ БСМП. Адрес: 450106, г. Уфа, Батырская, 39/2. Тел. 255-22-12, E-mail: zaripovjulay@gmail.com

Биккузина Светлана Камилевна – врач-ординатор детского ЛОР отделения ГБУЗ РБ БСМП, врач-оториноларинголог сурдологического отделения и восстановительного лечения ООО «МЕГИ» Адрес: 450097, г. Уфа, бульвар Х. Давлетшиной, 30. E-mail: loric3@mail.ru

Вильданова Эльмира Рафаэлевна – врач-ординатор детского ЛОР отделения ГБУЗ РБ БСМП. Адрес: 450106, г. Уфа, Батырская, 39/2. E-mail: vil-ehlmira@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпова, Е.П. Современный подход к лечению острого среднего отита у детей /Е.П. Карпова, Л.И.Усень// Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т. 11, №2. – С.1.
2. Страчунский, Л.С. Влияние антибиотикорезистентности на выбор антимикробных препаратов в оториноларингологии /Л.С. Страчунский, Е.И.Каманин, А.А.Тарасов// Cons Med. – 2001– № 8. – С. 3-5.
3. Рязанцев, С.В. Отофа, Изофра и Полидекса – новые препараты для лечения отитов и риносинуситов// Новости оториноларингологии. – СПб., 2001. – С. 115-116.
4. Яблонский, С.В. Отоанtritы у детей // Проблема реабилитации в оториноларингологии: труды Всероссийской конференции с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003. – С.201-205.
5. Baraibar R. Incidence and risk factors of acute otitis media in children. J. Clin/ Microb.Infect. – 2007, № 3. – P. 13-22.
6. Kligman E.W. Earache./Weiss B.D. et al. Twenty common problem in primarycare/1st edition. New York: McGraw Yill. 2002. – P.123-144.

УДК 616.517-06:616.72-002-085.276.03

© Т.А. Мельникова, Ф.С. Мусина, Р.Т. Хамидуллин, П.Д. Болотов, И.М. Насибуллин, 2012

Т.А. Мельникова, Ф.С. Мусина, Р.Т. Хамидуллин, П.Д. Болотов, И.М. Насибуллин НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В КУПИРОВАНИИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, г. Уфа*

Целью работы являлась оценка эффективности и переносимости ацеклофенака, назначаемого в дозе 200 мг/сут в дополнение к базисной терапии в течение 6 мес. у больных с псориатическим артритом (ПА). Проведено открытое неконтролируемое исследование. Обследованы 26 пациентов, средний возраст которых составил 42,5±6,1 года, длительность артрита составляла в среднем 7,8 года. Ацеклофенак назначали по 200 мг/сут в течение 6 мес. Оценивали динамику числа болезненных и припухших суставов, выраженности боли и активности заболевания по визуально-аналоговой шкале, шкале Likert как по мнению врача, так и самого пациента. На фоне лечения ацеклофенаком наблюдалось достоверное уменьшение числа болезненных и припухших суставов. Отмечена высокая эффективность ацеклофенака по уменьшению суставного синдрома, что позволяет рекомендовать его больным с ПА. Переносимость ацеклофенака оценена как удовлетворительная.

Ключевые слова: псориатический артрит, ацеклофенак, псориаз.

T.A. Melnikova, F.S. Musina, R.T. Khamidullin, P.D. Bolotov, I.M. Nasibullin NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN JOINT SYNDROME REDUCTION IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

The purpose of this work was to appreciate the effectiveness and tolerance of Aceclofenac appointed in a dose of 200 milligrams a day as an addition to the basic therapy of psoriatic arthritis during 6 months treatment. 26 patients aged 42,5±6,1 suffering from psoriatic arthritis for 7,8 years have been observed in an open uncontrolled study. They were given Aceclofenac 200 milligrams a day for 6 months. The dynamics of painful and swollen joints' number, pain intensity and the activity of the disease have been evaluated according to the visual analogue and Likert scales from both doctor's and patient's points of view. Aceclofenac enhanced a reliable decrease of painful and swollen joints. A high effectiveness of Aceclofenac in the joint syndrome's decrease has been noted, which allows to recommend it to the patients with psoriatic arthritis. The tolerance to Aceclofenac has been evaluated as satisfactory. Aceclofenac has been proved to be highly effective in treating patients with psoriatic arthritis.

Keywords: psoriatic arthritis, aceclofenac, psoriasis.

Несмотря на огромное число работ, посвященных изучению патогенеза и терапии псориатического артрита (ПА), проблема эта до настоящего времени остается актуальной. Объясняется это значительной распространенностью в мире псориаза и нарастанием его тяжелых форм, в том числе с поражением суставов – до 61% от общего числа больных [1,3,4,6].

В ревматологии нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются препаратами первого ряда для купирования боли. При выборе того или иного препарата необходимо учитывать не только его эффективность, но и безопасность. Практически для всего класса НПВП характерны побочные эффекты, напрямую связанные с подавлением циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1)-зависимого синтеза простагландинов: поражение слизистой практически всех отделов желудочно-кишечного тракта (от пищевода до кишечника), нарушение функции почек, агрегации тромбоцитов и системы кровообращения. Риск нежелательных эффектов возрастает у лиц старшей возрастной группы, у пациентов, принимающих кортикостероиды, высокие дозы НПВП.

В России относительно новым является препарат ацеклофенак (аэртал), хотя зарегистрирован препарат был в конце прошлого века. Ацеклофенак имеет высокую биодоступность, пиковая концентрация в плазме достигается через 1–3 часа, период полувыведения относительно короткий – 4 часа. Спектр механизмов действия ацеклофенака достаточно широк, включает как ЦОГ-зависимые, так и ЦОГ-независимые. Препарат умеренно ингибирует обе ЦОГ, поэтому более безопасен в отношении ЖКТ. Принимая во внимание тот факт, что в патогенезе практически всех ревматологических заболеваний важная роль отводится провоспалительным цитокинам, оксиду азота, металлопротеиназам, представляется важной способность ацеклофенака подавлять синтез интерлейкина-1 (ИЛ-1), фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-α), оксида азота. Кроме того, препарат угнетает экспрессию молекул клеточной адгезии (L-селектин), подавляет адгезию нейтрофилов к эндотелию, что обеспечивает выраженный противовоспалительный эффект. В последние годы особое внимание уделяется влиянию НПВП на хрящ, которые подразделяются на хондронегативные, нейтральные по отношению к ткани хряща и протективные. В эксперименте ацеклофенак продемонстрировал способность

повышать синтез протеогликанов и гиалуроновой кислоты в культуре клеток хряща больных остеоартрозом (ОА), а также снижать продукцию металлопротеиназ, вызывающих деструкцию костной и хрящевой тканей [8,9].

Целью нашего исследования явилось изучение длительного применения ацеклофенака для купирования боли в длительной терапии больных ПА с достоверным диагнозом по критериям CASPAR [14].

Материал и методы

Было обследовано 26 больных (женщин – 18, мужчин – 8), средний возраст которых составил $42,5 \pm 6,1$ года. Группу контроля представляли здоровые люди, сопоставимые по полу и возрасту ($n=25$). Все пациенты, включенные в исследование, до начала проведения каких-либо процедур, связанных с участием в нем, подписали информированное согласие.

Критерии включения пациентов в исследование: диагноз ПА; возраст 18 лет и старше; интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) 3 балла и более; согласие больного на участие в исследовании. Критерии исключения: возраст моложе 18 лет; беременность; лактация; наличие в анамнезе указаний на кровотечения из желудочно-кишечного тракта; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; значительные нарушения функции печени и почек; гиперчувствительность к НПВП, аллергический анамнез, а также предшествующий прием НПВП в течение 30 дней до первого визита.

Эффективность лечения оценивалась по влиянию на показатели активности и прогрессирования ПА и включала динамику показателей суставного (Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC), оценку болевого синдрома (по шкале ВАШ), критерии улучшения ACR20 (модифицированные для ПА), HAQ, PASI, СОЭ, СРБ и кожного синдрома (с помощью цифровой оценочной шкалы зуда), общую оценку активности псориаза по 5-балльной шкале Likert и PASI (Psoriasis Area and Severity Index), шкалу оценки осложнений со стороны ЖКТ. Оценка состояния пациента была проведена на момент его включения в исследование (до назначения лечения) и на фоне лечения через 1 и 6 месяцев (табл. 1). Статистическая обработка материала проводилась с использованием методов вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

В большинстве случаев явления ПА со-

чetaлись с прогрессирующим течением псо-риатического процесса на коже. Длительность заболевания составляла в среднем 7,8 года.

Клинически ПА характеризовался утренней скованностью (19 больных), увеличением объема суставов (17 больных), их деформацией (6 больных), выраженной болезненностью (23 больных), ограничением движения в пораженных суставах (19 больных). При этом только крупные суставы были поражены у 10 больных, мелкие – у 4, крупные и мелкие – у 12 больных. Следует отметить, что в процесс были вовлечены преимущественно межфаланговые суставы кистей и стоп. У 16 пациентов наблюдалось симметричное поражение суставов.

Рентгенологически наиболее частыми проявлениями были сужение суставных щелей, околосуставный остеопороз различной степени выраженности.

Для лечения больных ПА мы применяли ацеклофенак в дозе 200 мг/сут в дополнение к базисной терапии. Клинические наблюдения показали, что положительное действие

препарата отмечалось с 12 – 15-го дня после начала лечения. К 15-му дню лечения у 3-х больных полностью прекратились боли в суставах, а еще у 10 они резко уменьшились. У 3-х больных исчезли припухлость суставов, утренняя скованность и резко увеличился объем движений. По мере продолжения лечения количество больных с выраженными клиническими признаками улучшения увеличилось. После 30-дневного курса выраженное улучшение наблюдалось у 12 пациентов; у 8 пациентов прекратились боли в суставах, а у 8 они значительно ослабли. При этом припухлость суставов, ограничение движений, а также утренняя скованность исчезли у всех пациентов.

Клинико-лабораторный эффект ацеклофенака отмечен у 19 из 26 больных (73,1%). Как видно из рисунка, все оцениваемые параметры суставного синдрома с высокой степенью достоверности уменьшались через 1 и еще в большей степени через 6 месяцев лечения ($p < 0,001$).

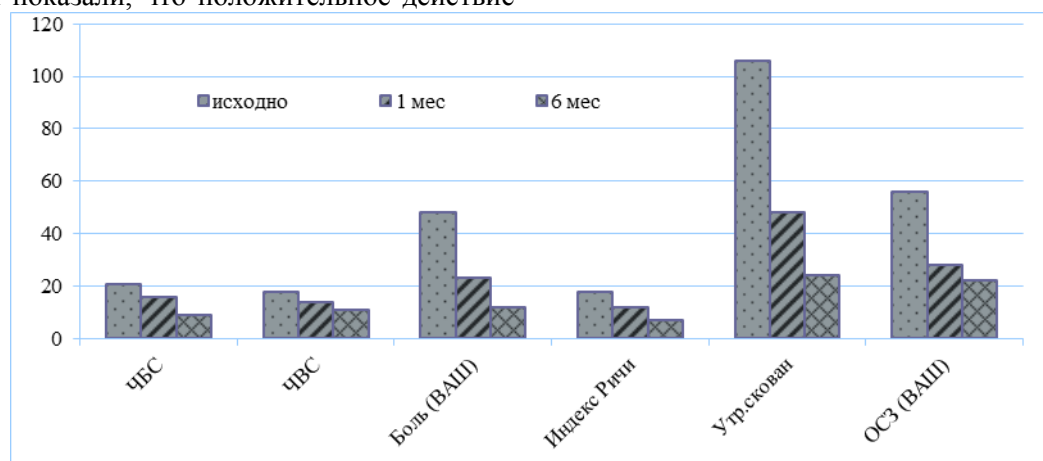


Рис. Динамика средних показателей суставного синдрома

При оценке выраженности уменьшения изучаемых параметров (табл. 1) был получен очень высокий процент улучшения уже через 1 месяц – от 62 до 71; через 6 месяцев лечения лефлуномидом выраженность положительного влияния на параметры суставного синдрома возросла от 64 до 96% по сравнению с исходным уровнем. По современным критериям 50% улучшения соответствует хорошему эффекту терапии, а 70% – очень хорошему эффекту [5]. Выявлено, что через месяц лечения выраженность суставного синдрома уменьшается на 20–25%, а концентрация СРБ снижается практически в 2 раза – с 2,9 до 1,4 мг% в среднем на группу и достигает нормального уровня у 14 больных. В нашем исследовании достоверность уменьшения показателя СРБ в первые 6 месяцев лечения соответствовала

достоверности и выраженности уменьшения основных проявлений суставного синдрома, в то время как уровень СОЭ практически не менялся, составляя $35,26 \pm 12,93$ и $31,75 \pm 14,61$ мм/ч соответственно к началу терапии и через 6 месяцев лечения. Достоверное снижение СОЭ до $27,5 \pm 16,47$ мм/ч ($p < 0,01$) отмечено только через 6 месяцев лечения.

Таблица 1
Выраженность уменьшения параметров суставного синдрома

Параметр	Улучшение, %	
	Через 1 мес.	Через 6 мес.
Число БС	71	81
Число ВС	54	64
Индекс Ричи	64	80,4
Боль (ВАШ), мм	65	66
Утренняя скованность	67	96
ОСЗ (ВАШ), балл	62	71

Примечание. БС – число болезненных суставов, ВС – число воспаленных суставов, ОСЗ – общее состояние здоровья, оцениваемое больным.

При оценке динамики болевого синдрома обращается внимание на то, что ко второму визиту существенно возросло число больных с отсутствием или наличием боли в легкой степени, к третьему визиту треть пациентов не испытывали боли, у половины больных она была слабо выраженной (табл.2). По-видимому, выраженным анальгетическим эффектом объясняется высокая удовлетворенность пациентов терапией ацеклофенаком – 82% и 91% (ко второму и третьему визитам соответственно). В исследуемой группе оказалась очень высокой комплаентность – 94%, что свидетельствует о том, что пациенты следовали рекомендациям врача на всем протяжении исследования.

Таблица 2

Число пациентов, оценивших динамику выраженности боли за 3 визита			
Боль	Визит 1-й	Визит 2-й	Визит 3-й
Отсутствует	1	5	8
Легкая	4	10	13
Умеренная	10	8	4
Сильная	11	3	1

Большинство побочных реакций носили легкий или умеренный характер. У 22,4% больных, получавших ацеклофенак, и у 27,1%

больных, лечившихся диклофенаком, развились побочные реакции. Наиболее частыми из них были проблемы со стороны системы пищеварения (10,6 и 15,2% соответственно). Несколько чаще отмечены реакции на ацеклофенак со стороны нервной системы в виде головной боли, головокружения, депрессии (3% против 1,9%), но тяжесть их не превышала среднюю степень. Побочные эффекты чаще развивались у женщин, чем у мужчин (25 и 21% соответственно). Тяжелые побочные реакции были зарегистрированы у 1,5% больных, получавших ацеклофенак, и у 1,9% – диклофенак. Тяжелых побочных реакций со стороны гепатобилиарной системы не отмечено. Причинами отмены лечения были: недостаточный эффект (15,9%), побочные реакции (14,9%) и невозможность наблюдения (10,1%).

Таким образом, проведенные исследования позволяют заключить, что нестероидный противовоспалительный препарат ацеклофенак может стать эффективным средством в купировании болевого синдрома в комплексной терапии псориатического артрита.

Сведения об авторах статьи:

Мельникова Татьяна Анатольевна – аспирант кафедры госпитальной терапии №1 ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Мусина Флариса Сабирьяновна – к.м.н., доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Хамидуллин Роберт Тавкильевич – ассистент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Болотов Павел Дмитриевич – врач поликлиники № 18. Адрес: г. Уфа, М. Пинского, 5

Насибуллин Ильдар Марсович – к.м.н., сотрудник кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. E-mail: nim_76@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадокин, В. В. Клиника и диагностика псориатического артрита // Терап. архив. - 1977. - № 1. - С. 14-19.
2. Бобылева, С. И. Клинико-патогенетическое обоснование псориатического артрита и совершенствование метода его терапии: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. - М., 1989.
3. Голубев, В.Л., Данилов, А.Б. Психологические установки пациента и переживание боли// Российский медицинский журнал (РМЖ).- 2010.- Спец. выпуск «Болевой синдром». – С.2–5.
4. Насонов, Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты (Перспективы применения в медицине).- М.: Анко, 2000.
5. Каратеев, А.Е., Яхно, Н.Н., Лазебник Л.Б. и [др.] Применение нестероидных противовоспалительных препаратов: клинические рекомендации.- М.: ИМА–ПРЕСС, 2009.
6. Хилал, Э. А. Особенности псориатического артрита как проявление системности заболевания: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 1998.
7. Шварц, Г.Я. Современные нестероидные противовоспалительные препараты.- М.: Реафарм, 2004.
8. Akimoto H, Yamazaki R, Yashimoto S. Et al. A major metabolite of aceclofenac 4-hydroxy aceclofenac suppresses the interleukin-1 induced production of pro-matrix metalloproteinases and release of sulfated-glycosaminoglycans from rabbit articular chondrocytes. Eur. J. Pharmacol., 2000, 401, (3), 429–36.
9. Blot L., Marcelis A., Devogelaer J.-P. et al. Effects of diclofenac, aceclofenac and meloxicam on the metabolism of proteoglycans and hyaluronan in osteoarthritic human cartilage. British J. Pharmacol., 2000, 131, 1413–21.
10. Batlle-Gualda E., Rom n Ivona J., Mart n Mola E. et al. Aceclofenac vs paracetamol in the management of symptomatic osteoarthritis of the knee: a double blind 6 week randomised controlled trial. Osteoarthr. Cartilage, 2007, 15(8), 900–8.
11. Korsanoff D., Frerick H., Bowdler J. et al. Aceclofenac is well-tolerated alternative to naproxen in the treatment osteoarthritis. Clin. Rheumat., 1997, 16(1), 32–8.
12. Huskisson E., Irani M., Murrey F. A large prospective open-label, multicentre SAMM study, comparing the safety of aceclofenac in patients with rheumatic disease. Eur. J. Rheumat. Inflamm., 2000, 7, 1–7.
13. Lemmel E., Leeb B., De Bast J., Aslanidis S. Patients and physician satisfaction with aceclofenac: results of the European Observational Cohort Study. Aceclofenac is the treatment of choice for patients and physicians in the management of inflammatory pain. Curr. Med. Res. Opin., 2002, 18(3), 146–53.
14. Taylor W., Gladman D., Helliwell P., Marchesoni A., Mease P., Mielants H., and the CASPAR Study Group Development of New Criteria From a Large International Study// Arthr. Rheum. - 2006;54(8):2665-2673.