

Литература

Буркина Г.Н., Севашевич А.В., Кабирова З.С. и др. Клинико-эпидемиологические особенности течения сифилиса в Санкт-Петербурге // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. – 1. – С.46-49.

Верба Я.И., Середин В.Г., Хуако В.Г., Моисеева В.В., Авдеев Н.Н. Роль меди-

ко-социальных факторов в распространении ИППП в Республике Адыгея // Первый Российский конгресс дерматовенерологов. – 2003. – Т. II. – С.183-184.

Вислобоков А.В. Особенности клинических проявлений сифилиса у сельских жителей // Российский журнал кожных и венерических заболеваний. – 2006. – 1. – С.46-49.

Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни. – М., 1999. – Т. I. – С.466-590.

Яцуха М.В., Иванова М.А., Аверина В.И. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации в 2002г. в общей структуре инфекций передающихся половым путем // Первый Российский конгресс дерматовенерологов. – 2003. – Т. II. – С.216.

ОБМЕН ОПЫТОМ

В.М. Аргунова, С.С. Мухаметова, Е.И. Алексеева

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФЛИКСИМАБА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Кардиоревматологическое отделение (КРО) ПЦ НЦМ-РБ№1 открыто 01.09.02, в отделении на 20 коек получают лечение больные с кардиологической и ревматологической патологией. Удельный вес ревматологических больных составляет около 14% в структуре выписанных больных, из них 50% приходится на ювенильный ревматоидный артрит и ювенильный спондилоартрит (ЮАС), который имеет широкое распространение в РС (Я).

В сообщении представлены двое больных, наблюдаемых в КРО ПЦ, с тяжелым течением ЮАС, резистентным к комбинированной терапии, которым проводится лечение инфликсимабом (Ремикейд, фармацевтическая компания «Schering-Plough»). Лечение начато под руководством проф., д.м.н. Е.И. Алексеевой в ревматологическом отделении НЦЗД, г.Москва.

Случай 1. Пациентка С. 16 лет, якутка, диагноз: ЮАС, носительство HLA B27-антигена, страдает псориазом в куммулярной форме, дебют в 2003г., с января 2004г. – артралгии в межфаланговых суставах кистей. С июня 2004г. – клиника артрита с поражением обоих лучезапястных суставов (боли, ограничение движения), получала лечение с диагнозом: псориатический артрит: сульфасалазин; найз. Поступила в КРО 01.10.04г., где сульфасалазин и найз были отменены. В ОАК – СОЭ до 43 мм/час, боли, оте-

чность в правом лучезапястном суставе. В лечении получала: диклофенак, курсы антибактериальной терапии: цефазолин, сумамед, цифран. С конца октября появилась выраженная утренняя скованность. Подключен метотрексат в дозе 10 мг/кг веса, 2-кратно в/суставно дипроспан. С 16.11.04г. состояние ухудшилось: повышение температуры тела до 37,5°C, нарастание отека лучезапястных суставов, выраженная утренняя скованность, боли в правом коленном, левом голеностопном суставах, боли в поясничном отделе позвоночника, по утрам себя не обслуживает. Проведена пульс-терапия метипредом по схеме: 250 мг (№2), 185 мг (№2), 125 мг (№2), 62,5 мг (№4); иммуновенин в дозе 1г/кг; также продолжает получать метотрексат (10 мг на кв. м) На фоне терапии положительной динамики нет, в ОАК СОЭ до 58 мм/час – 63 мм/час, лейкоцитоз 18 тысяч, к терапии возвращен сульфасалазин 30 мг/кг. После отмены метипреда ухудшение состояния: температура до 38°C, нарастание болей в суставах, была направлена в НЦЗД г.Москвы, где резистентность к вышеперечисленной терапии послужила основанием к назначению инфликсимаба. Первое введение проведено 22.02.05 г. (200 мг), на следующий день после него значительное улучшение состояния: исчезла утренняя скованность, купировались артралгии и экссудативные изменения в 2 л/з и левом г/с суставах, значительно вырос объем движений, второе введение инфликсимаба 9.03.05 г. (300 мг), третье – 4.04.05 г., четвертое – 5.06.05 г. 300 мг, пятое введение 4.08.05 г. 100 мг. После третьего введения вырос объем движений в правом лучезапястном суставе, нормали-

зовались СОЭ и СРБ.

С сентября лечение инфликсимабом проводится в КРО в г.Якутске по месту жительства: 6–7–8–9-е введения по стандартной схеме, каждые 8 недель путем внутривенных инфузий по 300 мг (6 мг/кг), без осложнений; продолжается прием метотрексата в НД 13,75 мг. Суставной синдром вне обострения, системных проявлений нет, показатели СОЭ, СРБ, биохимические анализы крови в пределах нормы.

Таким образом, на фоне комплексной терапии отмечено купирование системных проявлений, суставного синдрома, отменен сульфасалазин.

Случай 2. Пациент Ж. 10 лет, якут, диагноз: ЮАС, серонегативный. Из анамнеза: дебют заболевания в октябре 2001 г. после перенесенного ОКИ (17.09.01 г.), с 3.10.01 г. стали беспокоить боли в левом локтевом, коленных, лучезапястных суставах, отмечает утреннюю скованность. С 9.10.01 г. по 13.12.01 г. поступает на стационарное лечение в КРО ПЦ проведено лечение: гормонотерапия (преднизолон 20 мг), цитостатическая терапия (метотрексат 8,6 мг/неделю). На фоне проведенного лечения состояние улучшилось, движения суставов в полном объеме, болевого синдрома нет, сохранялась утренняя скованность. При выписке даны рекомендации продолжить прием преднизолона до 20.12.01 г., метотрексата по 8,6 мг/неделю. Получал лечение метотрексатом в течение 2 лет амбулаторно, регулярно, обострений не было, препарат отменен ч/з 2 г.

В январе 2005 г. у ребенка в течение 3 недель был длительный запор, на фоне каловой интоксикации 29.01.05 г. состояние ребенка ухудшилось: вновь появились боли в колен-

АРГУНОВА Вера Маична - зав. отделением ПЦ РБ №1-НЦМ; **МУХАМЕТОВА Светлана Сергеевна** - врач-ординатор ПЦ РБ №1-НЦМ; **АЛЕКСЕЕВА Екатерина Иосифовна** - д.м.н., проф., гл. внештатный кардиолог МЗ РФ, зав. отделением Научного центра здоровья детей (г. Москва).

ном, лучезапястных суставах. 31.01.05 г. поступает на стационарное лечение в КРО. При обследовании выявлен первично-хронический остеомиелит основной фаланги 4 пальца правой руки, переведен в ГСО, после проведенного лечения переводится в КРО с нарастанием суставного синдрома, явления остеомиелита купированы, сохранялся тяжелый суставной синдром, представленный экссудативно-пролиферативным поражением обоих коленных, голеностопных, локтевых, лучезапястных суставов.

С 07.05.05-10.05.05 гг. начал высоко лихорадить ежедневно до 38–39°C без катаральных явлений, получал в лечении: пульс-терапия метипредом с 250 мг по нисходящей схеме; ВВИГ (пентаглобин 300мг/кг); антибактериальную терапию: тиенам, цифран; метотрексат 12,5 мг/неделю; сульфасалазин СД 1500мг; индометацин. Устойчивого положительного эффекта не получено: температура периодически повышалась до субфебрильных цифр. Обострялся суставной синдром, направлен на лечение в НЦЗД в июне 2005 г., назначены арава и сандиммун, эффекта от лечения нет: в августе состояние со значительным ухудшением – повышение СОЭ до 80 мм/час, генерализованный суставной синдром, гипертермия. Лечился в КРО: метипред в/в, иммуновенин, а/б, с 12.09.05 г. по 13.10.05 г. повторное лечение в НЦЗД, учитывая недостаточную эффективность аравы и сандиммуна, сохраняющую высокую гуморальную активность, постоянные обострения заболевания, риск формирования гормонозависимости, взят на антицитотоксическую терапию, продолжены сандиммун+арава. 1-е введение 27.09. 200 мг (4 мг/кг). На фоне терапии инфликсимабом отмечается выраженная положи-

тельная динамика в состоянии мальчика: исчезли утренняя скованность, экссудативные изменения в суставах, нормализовались лабораторные показатели (СОЭ, СРБ). 2-е введение 11.10.05 г. В г.Якутске проведены 3–4–5–6-е введения 3- и 4-е введения перенес хорошо. После 3-го введения в декабре 2005 г. был панариций пальца стопы после педикюра, проведенного самим больным, мать сразу обратилась в отделение. После местного лечения и антибиотиков п/э процесс был купирован, проведена краевая резекция ногтевой пластины. После 5-го введения появились жалобы на головные боли, повышение t до 39,2°, в/м сделана литическая смесь, t нормализовалась в течение часа, никаких других симптомов, жалоб не было, в дальнейшем в течение 2 суток состояние удовлетворительное, по органам без патологии, стул нормальный, суставы не беспокоят, t не повышалась. 6-е введение прошло без побочных эффектов.

В течение 8 месяцев состояние стабильное.

Таким образом, нами получен первый опыт применения в Республике Саха (Якутия) инфликсимаба у 2 больных спондилоартритом с тяжелым течением заболевания резистентным к “стандартной” базисной терапии. Эффект инфликсимаба проявился на 2-3 день после введения: исчезли утренние скованность, боли, экссудативные изменения в суставах, отмечалась быстрая регрессия внесуставных проявлений: купирование лихорадки после 1-й инфузии, уменьшение проявлений лимфоаденопатии, купирование анемии. Динамика лабораторных показателей: СОЭ и СРБ нормализовались после 2-го введения.

Однако из-за высокой стоимости препарата и отсутствия его в базовом

перечне ОМС на каждого ребенка в 2005 г. приходилось добиваться дополнительного финансирования. В 2006 г. больные получают ремикейд по дополнительному льготному обеспечению по месту жительства, инфузия проводится в КРО.

Другой проблемой является необходимость постоянного наблюдения больных врачами кардиоревматологического отделения: каждые 10-14 дней проводится клинический осмотр и контрольные анализы.

Учитывая высокую распространенность туберкулеза в республике, необходимо тщательное обследование детей перед назначением инфликсимаба.

Пристального внимания заслуживает проблема безопасности терапии инфликсимабом, в обоих случаях была хорошая переносимость препарата и минимальные побочные эффекты, но могло быть инфекционное гнойное осложнение (панариций был вовремя пролечен). Поэтому необходим постоянный контроль за состоянием больных.

Заключение

Применение инфликсимаба оказалось эффективным при анкилозирующем спондилоартрите. Инфликсимаб назначался детям с тяжелым течением заболевания, высокой воспалительной активностью, несмотря на применение НПВП, метотрексата, сульфасалазина, пульс-терапии метипредом. У больных отмечался очень быстрый клинический эффект (на 2-3-й день после введения препарата), который сохраняется на фоне поддерживающей терапии инфликсимабом. Инфликсимаб – перспективный препарат для лечения спондилоартрита у детей.

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Актуальность. Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы [3, 7, 10, 11]. Эпилепсия у детей представляет собой самостоятельную пробле-

БАИШЕВА Галина Максимовна – к.м.н., врач-невролог 1-й квалиф. категории, доцент МИ ЯГУ; **ГУЗЕВА Валентина Ивановна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой СПбГПМА.

Г.М. Баишева, В.И. Гузева

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ В ЯКУТИИ

му. Частота заболевания в популяции детского населения высока и достигает 1-5% [9, 12]. Достоверных данных о количестве людей с эпилептическими приступами в России нет. Можно предполагать, что в России количество детей и подростков с эпилепсией составляет 800 000 [17].

Эпилепсия является тяжелым, но потенциально излечимым заболева-

нием нервной системы. По данным Всемирной организации здравоохранения (1997), более 80% больных с впервые установленным диагнозом эпилепсия можно успешно лечить противосудорожными препаратами. Около 70% всех больных эпилепсией [13], а в детском возрасте до 85%, по данным Aicardi J. [41], достигают пятилетней ремиссии в результате