

болевого импульсации соответственно увеличивает активность передних мотонейронов, что ведёт к ещё большему спазму мышцы. Замыкается порочный круг: боль - мышечный спазм - боль. Несмотря на то, что лечение может значительно отличаться в зависимости от нозологической формы болезни, в комплекс медикаментозной терапии обязательно входят симптоматические препараты, непосредственно влияющие на болевой синдром. Среди последних центральное место до сих пор занимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Однако имеющиеся проблемы с переносимостью традиционных НПВП (диклофенак, индометацин, пироксикам) и недостаточной эффективностью хорошо переносимых, но более слабых НПВП нового поколения (целекоксиб, мелоксикам, нимесулид) заставляют искать дополнительные возможности лечебного воздействия. Присутствующая в клинической картине дорсалгия в значительной степени обусловлена сопутствующим мышечным спазмом. В этом случае патогенетически обоснованное включение в комплекс медикаментозной терапии миорелаксантов позволяет, с одной стороны, добиться лучшего терапевтического эффекта, а с другой - уменьшить суточную дозу НПВП и, соответственно, снизить риск развития НПВП-ассоциированных неблагоприятных явлений. При использовании новых НПВП (типа целекоксиба) снижение их дозировок за счёт комбинированной с миорелаксантами терапии также благоприятно отражается на стоимости лечения. Среди миорелаксантов центрального действия хорошо себя зарекомендовал толперизон (Мидокалм), уже многие годы успешно применяемый при многих заболеваниях, сопровождающихся усилением мышечного тонуса. Эффект включения в

медикаментозный комплекс Мидокалма заключается не только в уменьшении болевого синдрома, но и увеличении объёма движений. Соответственно тому месту, которое занимает в общей клинической картине заболевания поражение позвоночника, определяется и индивидуальный для каждого пациента план медикаментозной терапии и адекватной реабилитации. При хроническом течении заболевания пациент с поражением позвоночника в различные периоды своей жизни может требовать изменения, как лекарственной терапии, так и форм физического лечения. Пациент, обращаясь за медицинской помощью, вправе ожидать от врача профессионализма, который заключается в творческом применении современных методов борьбы с болезнью.

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

А.П. Парахонский, Е.А. Венглинская

*Медицинский институт высшего
сестринского образования
Краснодар, Россия*

Основной принцип лечения ревматоидного артрита (РА) заключается в подавлении воспалительной реакции (в сочетании с мероприятиями по сохранению функции суставов). В перечень препаратов, применяемых в терапии РА, входят нестероидные противовоспалительные средства, небольшие дозы преднизолона и модифицирующие заболевание антиревматические лекарственные препараты (гидроксихлорохин, сульфасалазин, лефлуномид, метотрексат и циклоспорин).

По современным представлениям, патогенез РА сводится к воздействию артрогенного анти-

гена на Т-клетки CD4⁺. Активация последних стимулирует макрофаги к продукции провоспалительных цитокинов, в первую очередь - фактора некроза опухоли (ФНО α) и интерлейкина-1 (ИЛ-1). Их высокая активность сопровождается пролиферацией синовиоцитов, не-оангиогенезом, мобилизацией клеток воспаления и продукцией разрушающих ткани ферментов. Эти представления стимулировали разработку антицитокиновой терапии. Установлено, что симптомы РА могут быть ослаблены при воздействии моноклональных антител, нейтрализующих активность ФНО α и ИЛ-1. К числу этих препаратов относится инфликсимаб - химерические ФНО α -антитела. Инфликсимаб назначали (с эффектом) в виде монотерапии или в сочетании с метотрексатом в инъекциях по 3-10 мг/кг.

К числу препаратов анти-ФНО α относится этанерцепт (энбрел). Он связывает растворимый ФНО α -рецептор и предупреждает его взаимодействие с рецептором на поверхности клеток. Высокая терапевтическая активность этанерцепта подтверждена в нескольких клинических исследованиях: уже через 2 недели от начала лечения отмечалось существенное облегчение клинической симптоматики РА, достигавшее максимума спустя 3 месяца. Препарат вводится в виде инъекций два раза в неделю под кожу бедра, передней брюшной стенки или плеча. Лекарство можно ввести самостоятельно дома или получить инъекции в поликлинике.

Этанерцепт применяется для лечения умеренного и выраженного РА. В отличие от других иммунодепрессантов, влияющих на большую часть иммунной системы, мишенями этанерцепта являются специфичные компоненты патогенеза заболевания. Доказано, что этанерцепт обеспечивает существенное облегче-

ние симптомов. Препарат можно принимать вместе с другими лекарствами, обычно применяющимися в лечении ревматоидного артрита, в том числе метотрексатом, кортикостероидами и болеутоляющими.

Этанерцепт обычно назначается при неадекватности традиционных лекарств, потому что препарат является дорогим и более неудобным для приёма, чем некоторые другие лекарства. Побочные эффекты лекарства проявляются болью в животе, лихорадкой, уменьшением количества лейкоцитов, головокружением, головной болью, расстройством желудка, респираторными нарушениями и местными инъекционными реакциями, такими как сыпь и зуд. Хотя не известно, изменяет ли этанерцепт способность организма сопротивляться инфекции. Больные, принимающие препарат, должны обратить внимание на возможность возникновения инфекций, в том числе грибковые инфекции и туберкулёз. Возможно развитие выраженных инфекций, особенно у людей, чья иммунная система уже ослаблена. Приём этанерцепта не показан в случае лечения лекарствами, ослабляющими иммунную систему. Приём этанерцепта противопоказан больным, имеющим заболевания сердца, так как способен вызвать тяжёлую сердечную недостаточность.

ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

А.П. Парахонский

*Медицинский институт высшего
сестринского образования
Краснодар, Россия*

Классическое представление о рассеянном склерозе (РС) как об аутоиммунном заболева-