

## ГЕМОСОРБЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

В. В. Трусов, А. Н. Баженов, А. А. Насачев

*Кафедра терапии № 1 (зав.— проф. В. В. Трусов) Ижевского ордена Дружбы народов  
медицинского института*

Недостаточная эффективность медикаментозного лечения, высокая частота и выраженность осложнений, возникающих при длительном приеме лекарственных препаратов, делают оправданным поиски новых средств терапии ревматоидного артрита.

В последние годы в комплексной терапии данного заболевания применяется метод гемосорбции. Однако до настоящего времени нет четких показаний к его назначению, не разработаны критерии эффективности лечения, частоты проведения процедур и др.

Гемосорбция как компонент комплексной терапии была включена нами в лечение 47 больных с достоверным ревматоидным артритом. Среди больных преобладали женщины (35 из 47). Больные были в возрасте от 23 до 60 лет (до 40 лет — 19, свыше 40 — 28). 17 человек болели в течение 1—5 лет, 24 — 6—10 лет, 6 — 11—15 лет. У 11 больных заболевание прогрессировало быстро, у 36 — медленно. Активность процесса II степени была у 34 больных, III — у 13. У 16 больных констатирована I—II рентгенологическая стадия заболевания, у 28 — III, у 3 — IV. У 41 больного диагностирована I—II и у 6 — III степень функциональной недостаточности суставов. Серопозитивный вариант ревматоидного артрита отмечен у 28 больных, серонегативный — у 19. У всех больных был олигополиартрит; у 25 из 47 — с системными проявлениями.

39 больных принимали различные нестероидные противовоспалительные средства, 17 из них — в сочетании с хинолиновыми препаратами и 8 — с кризанолом. Глюкокортикоиды (в дозе не выше 40 мг в сутки) использовали при быстро прогрессирующем заболевании, а также при системных проявлениях (у 22) в сочетании с метатрексатом (у 3).

Гемосорбция была включена в комплексную терапию больных ревматоидным артритом при наличии следующих показаний: 1) высокой активности ревматоидного процесса (II—III степень); 2) резистентности медикаментозной терапии; 3) неэффективности эффекта от адекватных доз; формировании кортикостероидной зависимости; 4) непереносимости или осложнениях основной терапии.

Гемосорбцию проводили в условиях операционной. Применяли вено-венозный и артерио-венозный варианты перфузии с по-

мощью отечественных сорбентов марки СКН (СКН-1К, СКН-2К, СКН-2М). Перфузию осуществляли на аппарате УАГ-07 с использованием щелевого фильтра. Скорость объемного кровотока составляла 80—120 мл/мин. Сеанс гемосорбции продолжался 60—90 мин. В зависимости от эффективности процедуры больным назначали от 1 до 3 сеансов гемосорбции. Всего было произведено 96 сеансов гемосорбции. Интервал между повторными процедурами составлял 5—7 дней.

Помимо клинических критериев эффективности лечения изучена динамика неспецифических лабораторных показателей активности воспалительного процесса: СОЭ, С-РБ, белкового спектра крови, уровня фибриногена, сиаловых кислот, серомукоида. Кроме того, определяли концентрацию β<sub>2</sub>-микроглобулина в цельной сыворотке крови радиоиммунологическим методом и оксипролина крови.

После лечения клиническое улучшение отмечалось у 43 больных, причем у 10 больных эффект от гемосорбции можно было оценить как отличный, у 26 — как хороший, у 7 — как удовлетворительный, у 4 — лечение оказалось безрезультатным.

Уже на второй день после гемосорбции больные чувствовали улучшение общего самочувствия и уменьшение утренней скованности; у них повысилось настроение, аппетит, нормализовался сон. К третьему дню уменьшились общая слабость, утомляемость, возросла физическая активность. Наблюдалась положительная динамика и суставного синдрома (табл. 1).

Из представленных данных видно, что на 5—7-е сутки после гемосорбции статистически достоверно уменьшилась продолжительность утренней скованности, снизились показатели суставного индекса и функционального теста, а также болевого и воспалительного индексов, увеличилась сила сжатия пальцев рук, улучшилась манипуляционная способность кистей. Уменьшение окружности проксимальных межфаланговых суставов пальцев рук оказалось статистически достоверным. Положительная динамика данного показателя зафиксирована в более поздние сроки — через 2—3 нед. Улучшение клинических показателей позволило активно подключать или усиливать реабилитационные мероприятия: лечебную физкультуру, массаж, трудотерапию и др.

Таблица 1

Динамика показателей суставного синдрома у больных ревматоидным артритом под влиянием комплексной терапии, включающей гемосорбцию ( $M \pm m$ )

Показатели	До гемосорбции	На 5—7-й день после гемосорбции	P
Продолжительность утренней скованности, мин	124,5 ± 33,1	36,8 ± 15,2	< 0,05
Функциональный тест Ли, баллы	8,6 ± 1,1	4,4 ± 0,7	< 0,01
Суставной индекс Ричи, баллы	13,5 ± 1,5	6,4 ± 1,6	< 0,01
Болевой индекс, баллы	1,8 ± 0,2	0,8 ± 0,1	< 0,001
Воспалительный индекс, баллы	7,5 ± 0,7	4,1 ± 0,6	< 0,01
Окружность проксимальных межфаланговых суставов, мм	340,1 ± 14,2	303,0 ± 11,4	> 0,05
Сила сжатия пальцев рук, кг			
правой	9,3 ± 2,8	21,7 ± 3,6	< 0,01
левой	7,5 ± 1,4	17,6 ± 3,5	< 0,01
Манипуляционная способность кистей			
правой	8,5 ± 1,3	12,3 ± 1,5	< 0,05
левой	7,2 ± 1,0	11,4 ± 1,5	< 0,05

Таблица 2

Динамика показателей активности воспалительного процесса у больных ревматоидным артритом под влиянием гемосорбционной терапии ( $M \pm m$ )

Показатели	До гемосорбции	На 5—7-й день после гемосорбции	P
СОЭ, мм/ч	34,2 ± 3,7	20,1 ± 2,6	< 0,01
С-РБ, мм	1,64 ± 0,29	0,95 ± 0,21	> 0,05
Серомукоид, ед. опт. пл.	0,448 ± 0,051	0,301 ± 0,035	< 0,02
Силовая проба, ед.	407,2 ± 45,6	288,3 ± 36,4	< 0,05
Фибриноген, г/л	6,34 ± 0,65	4,32 ± 0,48	< 0,02
Общий белок, г/л	65,7 ± 1,32	69,2 ± 1,45	> 0,05
альбумины, %	46,8 ± 1,1	52,5 ± 1,0	< 0,05
α-глобулины, %	8,10 ± 0,32	7,60 ± 0,41	> 0,1
α-глобулины, %	11,76 ± 0,58	9,56 ± 0,65	< 0,02
β-глобулины, %	13,82 ± 0,45	12,48 ± 0,50	< 0,05
γ-глобулины, %	19,52 ± 0,74	17,86 ± 0,63	> 0,05
Оксипролин, мг/л			
свободный	1,45 ± 0,13	1,87 ± 0,17	< 0,05
пептидсвязанный	0,99 ± 0,06	0,83 ± 0,05	< 0,05

Динамика лабораторных показателей активности воспалительного процесса у больных в целом коррелировала с динамикой показателей суставного синдрома (табл. 2).

Из представленных в табл. 2 данных следует, что уменьшение СОЭ, было наиболее выраженным по сравнению с исходным уровнем на 5—7-й день после гемосорбции, положительная динамика остальных показателей была менее значительной.

До гемосорбции у больных определялось повышенное содержание β<sub>2</sub>-микроглобулина в сыворотке крови (6,38 ± 1,23 мг/л), после этой процедуры его уровень снижился до 2,51 ± 0,95 мг/л (P < 0,02), а к 5—7-му дню несколько поднимался (3,01 ± 1,05 мг/л; P < 0,05). Как известно, повышение уровня β<sub>2</sub>-микроглобулина у больных ревматоидным артритом ряд исследователей связывают с активностью ревматоидного процесса [1, 2], соответственно его снижение под влиянием гемосорбции может служить еще одним критерием положительного терапевтического действия последней.

Несмотря на клиническое улучшение (ослабление воспалительных явлений уже на 3—4-й день), дозу лекарственных препаратов начинали снижать с 5—7-го дня после курса гемосорбции, не изменяя ее между сеансами, учитывая возможность удаления препаратов из кровотока во время гемосорбции.

В целом же улучшение состояния больных позволило с 5—7-го дня после гемосорбции уменьшить дозу нестероидных противовоспалительных препаратов на 40—60%. У 6 из 22 больных, получавших преднизолон, удалось его полностью отменить, а у 14 — снизить дозу на 30—50%. У 2 больных дозу преднизолона оставили без изменений до получения более выраженного клинического эффекта. У 20 из 22 больных, леченных глюкокортикоидами, дозу препарата также снизили или полностью от него отказались.

К моменту выписки из стационара клинико-лабораторное улучшение сохранялось у всех больных.

Таким образом, после комплексной терапии, включавшей гемосорбцию, нами отмечен клинический эффект у 43 (91,5%) больных ревматоидным артритом, а именно: регрессия суставного синдрома, ослабление активности воспалительного процесса. Гемосорбция может с успехом применяться для уменьшения дозы лекарственных препаратов, снижения или даже устранения гормонозависимости, служить эффективным дополнением медикаментозной терапии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Коненков В. И., Прокофьев В. Ф. и др. // Тер. арх.— 1986.— № 7.— С. 15.
2. Evrin P. E., Wibell L. // Clin. Chim. Acta.— 1973.— Vol. 43.— P. 183.

Поступила 14.06.88.