

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕФЛАЗИДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

А.Н. Дзюба, Д.А. Дзюба

Луганский государственный медицинский университет,
кафедра нервных болезней с нейрохирургией и курсом детской неврологии
(зав. кафедрой – д.м.н., проф. А.Н. Дзюба)

Несмотря на почти полуторавековой интерес к проблеме рассеянного склероза во всем мире проблема данной патологии остается наиболее актуальной в современной неврологии. Следует отметить, что в последние годы достигнуты определенные успехи в лечении рассеянного склероза.

В настоящее время существует ряд иммуномодулирующих препаратов, позитивно влияющих на активность патологического процесса. Наибольшую трудность вызывает достоверная оценка клинического течения рассеянного склероза при воздействии медикаментозной терапии. Основопологающим в клинической картине заболевания и оценке эффективности медицинских препаратов является частота обострений и степень изменения неврологического дефицита. Наиболее сложным при данной патологии является правильная оценка обострения заболевания, которая характеризуется появлением новой неврологической симптоматики, которая удерживается не менее 3 суток, с использованием клинической оценки функционального состояния проводящих систем по шкале повреждений функциональных систем Kurtzke [FS] с вычислением суммарного бала неврологического дефицита и определением тяжести состояния по расширенной шкале степени инвалидности Kurtzke [EDSS]. Данные методики объективно определяют минимальные колебания в клинической картине рассеянного склероза.

Мы столкнулись с тем, что практически не встречается работ с негативными результатами клинических испытаний препаратов. В некоторых исследованиях даются смешанные результаты, к примеру четкая положительная динамика в иммунном статусе при практически отсутствующем клиническом эффекте или не объективной его оценкой.

Своеобразие течения рассеянного склероза и оценка неврологического дефицита в небольших группах, по крайней мере 100-150 исследуемых, приводит к формированию ложнопозитивных

и ложнонегативных результатов, которые зависят от формы, типа течения, стадии заболевания, пола, возраста, длительности заболевания, применения стероидной терапии, неправильной подборки дозировки препарата, несоблюдения двойного слепого метода, отсутствия длительного динамического наблюдения и т.д.

Ведущим патогенетическим лечением при рассеянном склерозе является активация Т – клеток, их адгезия на сосудах, миграция через ГЭБ.

Основной вопрос, который стоит перед больным и лечащим врачом - это соответствие стоимости проводимого лечения и эффективности препаратов. Наше внимание привлек новый отечественный препарат протекфлазид, выпускаемый НПК "ЭКОФАРМ", обладающий иммунокорректирующим действием и используемый для лечения инфекций, вызванных вирусом герпеса, как один из компонентов комплексного лечения больных СПИДом, а так же входящий в комплексное лечение гепатита В и С. Так же немаловажно, что стоимость препарата выгодно отличается от препаратов данной группы.

Включая систему индукторов интерферона активно вмешиваются в индукционный процесс. На самых ранних стадиях они обладают иммуномодулирующими свойствами, стимулируют гуморальный и клеточный иммунитет.

Иммуномодулирующие препараты, помимо общих требований, предъявляемых к лекарственным препаратам, обладают низкой токсичностью, отсутствием мутагенного, канцерогенного, эмбриотоксического и др. действий.

Обращает на себя внимание тот фактор, что герпетическая инфекция и рассеянный склероз относятся к медленным инфекциям, то есть главная особенность иммунного статуса заключается в формировании вторичного иммунодефицита. Эти инфекции характеризуются пожизненной персистенцией вируса с периодическими рецидивами и ремиссиями. Иммунный ответ организма обусловлен гуморальным и клеточным факторами. Защитную роль играет синтез антител против обычных оболочечных антигенов вируса и мембранных антигенов инфицированных клеток.

Нами проведено исследование протекфлазида на клеточные факторы иммунитета у 32 больных, в том числе 14 мужчин и 18 женщин. Средний возраст обследуемых был $31,46 \pm 1,43$ года, длительность заболевания - $5,09 \pm 0,71$ лет, степень тяжести $2,47 \pm 0,19$,

суммарный балл по шкале FS составил $11,14 \pm 0,67$, EDSS- $4,52 \pm 0,28$. Положительный иммунный сдвиг при использовании протекфлазида отмечен у 25 больных, что составило (78,1 %). Он заключался в повышении количества Т-клеток, многорецепторных и активных РОК, увеличении термостабильных и гистаминчувствительных РОК, снижении 0-клеток.

Следует однако отметить, что уровень Е-РОК и многорецепторных РОК, а так же активных РОК и ТФР-РОК к моменту выписки остается достоверно ниже нормы, т.е. не происходит полной нормализации клеточных факторов иммунитета у больных, получивших протекфлазид.

Исследование клеточных показателей иммунитета с помощью МА позволило в целом прийти к тем же выводам: отмечалось увеличение числа СД-11 и СД-4 клеток по сравнению с исходным уровнем, нормализация соотношения СД-4/СД-8 (иммунорегуляторный индекс), хотя уровень СД-11 оставался достоверно ниже нормы.

Клинический эффект по результатам проведенного лечения получен: хороший у 3, удовлетворительный у 25, отсутствие динамики клинических показателей отмечался у 2, ухудшение у 2 больных. Следует отметить, что все больные были с цереброспинальной формой рассеянного склероза, ремитирующим типом течения в стадии нестойкой ремиссии. Поскольку препарат протекфлазид, обладающий иммуномодулирующим действием, впервые использовался для лечения больных рассеянным склерозом и исследования больных были пилотными, исследуемая группа была немногочисленной, а так же не представилась возможность изучить длительное использование препарата, наши исследования будут продолжены в данной области и значительно расширены. Мы надеемся, что отечественный препарат протекфлазид займет достойное место в борьбе с таким тяжелым недугом как рассеянный склероз и получит широкое распространение не только на Украине.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белова А.Н., Григорьева В.Н. Амбулаторная реабилитация неврологических больных. – АОЗТ "Антидор", Москва, 1997. – 212 с.
2. С.М.Віничук, О.А.Мяловицька. Розсіяний склероз. К., 2001. – 56 с.

3. Е.И.Гусев, Т.Л.Демина, А.Н.Бойко "Рассеянный склероз", Москва 1997.
4. А.Н.Дзюба, В.М.Фролов, Н.А.Пересадин.Иммунопатология и иммунорегуляция при рассеянном склерозе.-Луганск, 1995.-252 с.
5. Е.И.Гусев, А.Н.Бойко, Ч.Позер. Проблемы и перспективы использования бета-интерферонов и компаксона в лечении рассеянного склероза.
6. А.Н.Дзюба. Клиника рассеянного склероза. - Медіко-біологічні проблеми промислового регіону:збірник наукових статей вчених Луганського державного медичного університету.-Вип.1/Під ред.Ковешникова В.Г. – Луганськ: Віталіна, 1997 р.-200с.
7. Multiple Sclerosis Therapeutics / Eds: R.A. Rudick and D.E. Goodkin. – London: M. Dunitz, 2000. – 573 p.