

Є.М. Нейко
Р.І. Яцишин
О.І. Олійник

Івано-Франківський
державний медичний
університет

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ ЗИНАКСИНУ У ЛІКУВАННІ ПРИ ПСОРІАТИЧНОМУ АРТРИТІ

Ключові слова: артрит,
псоріаз, Зинаксин.

Резюме. У статті проаналізовано ефективність і безпеку Зинаксину у лікуванні при псоріатичному артриті. На великому клінічному матеріалі (60 хворих) проаналізовано особливості перебігу та лікування суглобового синдрому при псоріазі. Отримані результати допомагають доповнити схему лікування пацієнтів із псоріатичним артритом.

ВСТУП

Псоріаз — одне із найпоширеніших захворювань, яке виявляють у 1–3% населення Європи і Америки, і займає 4-те місце в загальній структурі хвороб шкіри (Свінціцький А.С., Пузанова О.Г., 2004). Перший опис ураження суглобів у хворих на псоріаз належить J.L. Alibert (1818), який вважав, що в подібних випадках має місце випадкове поєднання двох захворювань, безпосередньо непов'язаних між собою. У 5–60% хворих на псоріаз, за даними різних авторів, виявляють зміни в кістках і суглобах, які називають псоріатичним артритом (ПА) відповідно до рекомендацій Комітету експертів ВООЗ (1980).

ПА — це хронічне прогресуюче системне захворювання суглобів, асоційоване із псоріазом, з переважною локалізацією процесу в тканинах опорно-рухового апарату, яке призводить до розвитку ерозивного артриту, остеолізу та спондилоартриту. ПА — одна із основних форм запальних захворювань суглобів та хребта і належить до групи серонегативних спондилоартропатій.

Суглобовий синдром при ПА проявляється порізному, включаючи симптоматику ревматоїдного артриту і хвороби Бехтерева, звичайно змінену у певному ракурсі, а також великий спектр інших синдромів, описаних у минулому як окремі нозологічні форми, наприклад синдром Тітце, інтермітуючий гідрартроз. З іншого боку, ураження суглобів при ПА настільки специфічне, що дозволяє встановити діагноз у хворих без псоріатичних висипань (Бадокин В.В., 2002).

Початкова стадія захворювання має багато спільних рис із іншими артропатіями, що створює значні труднощі в діагностиці. Адекватний діагноз — ПА — встановлюють на початку хвороби лише в 5–7% випадків, навіть за наявності виражених проявів ураження опорно-рухового апарату. Помилки в діагностиці є одним із чинників незадовільних результатів лікування: втрачається час для профілактичних і терапевтичних заходів на ранніх стадіях захворювання.

Із врахуванням досить високої поширеності ПА та складності його патогенезу лікування цієї патології є однією з провідних проблем сучасної терапії та ревматології. Велика увага вчених концентрується саме навколо вибору вірної тактики лікування. Давно у ми-

нулому думка, що терапію ПА необхідно починати з нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), при прогресуванні псоріатичного ураження суглобів — застосовувати базисні препарати, а в останню чергу використовувати глюкокортикостероїди. На сьогодні відомо, що монотерапія НПЗП дає симптоматичний ефект, а застосування базисних препаратів при ранньому ПА дозволяє модифікувати перебіг хвороби. Найоптимальніший ефект від застосування базисної терапії отримують при призначенні її впродовж перших 3 міс після встановлення достовірного діагнозу ПА. Висока частота розвитку виражених побічних ефектів НПЗП, потреба у їх постійному прийомі, пошкоджувальна дія деяких препаратів цієї групи на хрящ, відсутність у них тривалого терапевтичного ефекту роблять недоцільним безконтрольне призначення цих засобів у хворих на ПА.

Розумною альтернативою НПЗП у лікуванні хворих на ПА є виготовлений за унікальною LipoCap™-технологією препарат Зинаксин компанії «Ferrosan» (екстракт імбиру 150 мг та екстракт альпінії 15 мг), який виявляє протизапальний ефект за відсутності побічних ефектів, характерних для НПЗП. Численні дослідження з метою оцінити властивості препарату у ревматологічній практиці свідчать про його задовільну ефективність при лікуванні пацієнтів із остеоартрозом та ревматоїдним артритом. Нас зацікавила можливість застосування Зинаксину у комплексній терапії ПА.

Мета роботи — вивчення ефективності та безпеки Зинаксину у комплексному лікуванні ПА.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням перебували 60 хворих на ПА, які проходили курс стаціонарного лікування у ревматологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні та Обласному клінічному дерматовенерологічному диспансері. Діагноз було верифіковано на підставі діагностичних критеріїв Інституту ревматології РАМН (1989) (Мазуров В.И., 2001). Серед обстежених переважали чоловіки — 32 (53,3%) хворих. Вік пацієнтів становив від 24 до 66 років (у середньому — 38,1±2,1 року). Тривалість хвороби коливалась від 2 до 12 років (у середньому — 4,2±0,7 року). Абсолютну більшість становили 49 (81,7%) хворих з ПА I та II ступеня активності. При клінічному обстеженні пацієнтів нами виявлено різні варіанти перебі-

гу недуги: асиметричний олігоартрит — 17 (28,3%); артрит дистальних міжфалангових суглобів — 13 (21,7%); симетричний ревматоїдоподібний артрит — 23 (38,3%); мутилюючий артрит — 2 (3,4%); псоріатичний спондиліт — 5 (8,3%) хворих. Вісцеральну патологію виявлено у 17 (28,3%) пацієнтів. Псоріатичні висипання на шкірі передували суглобовому синдрому у 43 (71,7%), паралельно з'явилися — у 8 (13,3%), ураження суглобів передувало шкірним проявам у 9 (15%) хворих.

Усім пацієнтам при госпіталізації призначали традиційну для ПА терапію: НПЗП, дезагреганти, десенсибілізуювальні препарати, а при невисокій активності хвороби — фізіопроцедури. Як хворобомодифікуючий препарат у 30 хворих на ПА (1-ша група) застосовували метотрексат по 7,5 мг за 3 прийоми на тиждень. Інші 30 пацієнтів (2-га група) на фоні такої ж терапії отримували Зинаксин по 1 капсулі 2 рази на добу протягом 1 міс.

Для оцінки стану хворих на ПА й аналізу ефективності та безпеки запропонованих схем лікування нами проводились об'єктивний огляд, оцінка вираженості больового синдрому, оцінка функції ураженого суглоба за допомогою індекса Lequesne, оцінка впливу препарату на якість життя за шкалою EuroQol-5D, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічне дослідження крові, рентгенографія суглобів, рівень фактора некрозу пухлин (ФНП)- α у сироватці крові. До початку і в ході дослідження всі пацієнти проходили клініко-лабораторне та інструментальне обстеження. Всі результати заносили до Індивідуальної реєстраційної форми хворого та історії хвороби. Усі дані — критерії ефективності й переносимості — оцінювали за запропованою шкалою, статистично обробляли і порівнювали у контрольній і основній групах.

Обстеження хворих проводили на початку включення в дослідження, на 15-й день лікування та через 3 міс. У зазначені терміни проводили весь комплекс клінічних, функціональних та лабораторних досліджень.

Зокрема:

- клінічне обстеження (вимірювання температури тіла, перкусія та аускультация легенів і серця, пальпація та перкусія органів черевної порожнини, визначення частоти серцевого скорочення (ЧСС), артеріального тиску (АТ), огляд шкіри та видимої слизової оболонки);
- щоденне ведення пацієнтом щоденника (протягом перших 15 днів), у якому відзначають:
 - вираженість больового синдрому (оцінюється пацієнтом щоденно через 1 год після ранкового прийому препарату). Оцінку вираженості здійснюють за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) та за вербальною шкалою оцінки больового синдрому;
 - тривалість достатнього знеболювального ефекту (відзначають час, протягом якого зберігається анальгетичний ефект після одноразового прийому препарату вранці);
 - швидкість настання достатнього знеболювального ефекту (відзначають час, протягом якого

розвивається достатній анальгетичний ефект після одноразового прийому препарату вранці);

- оцінка впливу препарату на якість життя за шкалою EuroQol-5D;
- загальний аналіз крові (еритроцити, гемоглобін, кольоровий показник, лейкоцити, лейкоцитарна формула, тромбоцити, швидкість осідання еритроцитів — ШОЕ);
- біохімічний аналіз крові (загальний білок, С-реактивний білок (СРБ), цукор, АсАТ, АлАТ, білірубін, креатинін, сечовина);
- рівень ФНП- α у сироватці крові;
- загальний аналіз сечі (рН, питома вага, білок, цукор, епітеліальні клітини, лейкоцити, еритроцити, солі).

У клінічне дослідження включали лише після отримання від пацієнта письмової згоди на участь у ньому.

Ступінь вираження ознаки оцінювали в балах: 0 — відсутні; 1 — незначні; 2 — помірні; 3 — виражені.

Суб'єктивну самооцінку зміни загального стану проводили за шкалою: 0 — без поліпшення; 1 — незначне поліпшення; 2 — поліпшення; 3 — значне поліпшення.

Оцінку ефективності лікування проводили на основі зазначених критеріїв у балах за шкалою (табл. 1).

Таблиця 1

Оцінка ефективності лікування

Висока ефективність — за наявності ≥ 3 критеріїв	<ul style="list-style-type: none"> • Зменшення вираженості больового синдрому після ранкового прийому препарату за ВАШ на ≥ 4 см • Зменшення вираженості больового синдрому після ранкового прийому препарату за вербальною шкалою на ≥ 2 бали • Тривалість достатнього* знеболювального ефекту після одноразового прийому препарату не менше 8 год • Настання достатнього знеболювального ефекту після одноразового прийому препарату протягом 40–60 хв • Зниження індексу шкали EuroQol-5D на ≥ 4 балів
Помірна ефективність — за наявності ≥ 3 критеріїв	<ul style="list-style-type: none"> • Зменшення вираженості больового синдрому після ранкового прийому препарату за ВАШ на 2–3 см • Зменшення вираженості больового синдрому після ранкового прийому препарату за вербальною шкалою на 1 бал • Тривалість достатнього знеболювального ефекту після одноразового прийому препарату менше 8 год • Настання достатнього знеболювального ефекту після одноразового прийому препарату протягом 60–90 хв • Зниження індексу шкали EuroQol-5D на 2–3 бали
Відсутність ефекту — за наявності ≥ 3 критеріїв	<ul style="list-style-type: none"> • Зменшення вираженості больового синдрому після ранкового прийому препарату за ВАШ менше ніж на 2 см • Відсутність зменшення вираженості больового синдрому після ранкового прийому препарату за вербальною шкалою • Тривалість достатнього знеболювального ефекту після одноразового прийому препарату менше 4 год • Відсутність достатнього знеболювального ефекту після одноразового прийому препарату протягом 120 хв • Відсутність динаміки зниження індексу за шкалою EuroQol-5D

*Достатнім у цьому дослідженні вважали зменшення вираженості болю на 1 бал або на 20 мм за 100 мм ВАШ.

Переносимість препарату оцінювали за суб'єктивними симптомами і об'єктивними даними, отриманими при лікуванні за такою шкалою (табл. 2).

Таблиця 2

Шкала оцінки переносимості препарату за суб'єктивними симптомами і об'єктивними даними, отриманими при лікуванні

Хороша	При об'єктивному огляді в динаміці не виявлено будь-яких патологічних змін або клінічно значущих відхилень, дані лабораторного обстеження вірогідно не змінюються і не виходять за межі норми, пацієнт не відзначає проявів побічних реакцій
Задовільна	При об'єктивному огляді в динаміці виявлено незначні зміни, які носять мимущий характер і не потребують зміни схеми лікування та проведення додаткових медичних заходів і/чи дані лабораторного обстеження незначно відхиляються від меж норми і/чи відзначають незначні побічні ефекти, що не спричиняють серйозних проблем для пацієнтів і не потребують відміни препарату (вираженість суб'єктивних скарг – не більше 2 балів)
Незадовільна	При об'єктивному огляді в динаміці виявлено патологічні зміни, які потребують відміни препарату та проведення додаткових медичних заходів і/чи дані лабораторного обстеження значно відхиляються від меж норми, що веде за собою необхідність додаткового обстеження та інтерпретації даних і/чи спостерігаються побічні ефекти, що спричиняють серйозні проблеми для пацієнтів і потребують відміни препарату (вираженість суб'єктивних скарг – 3 бали)

Оцінку вираженості суб'єктивних скарг проводили за такою шкалою:

- 0 — відсутність ознаки;
- 1 — слабкий ступінь вираженості ознаки;
- 2 — помірний ступінь вираженості ознаки;
- 3 — значний ступінь вираженості ознаки.

Захворювання, симптоми та/чи лабораторні показники, що не відповідають нормі, які були до початку дослідження, не вважали побічними явищами.

В аналіз включали лише пацієнтів, які отримали повний курс лікування досліджуваним препаратом. Статистичну обробку результатів проводили на персональному комп'ютері з використанням пакета статистичних програм «Statistica 5,0».

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед обстежених нами пацієнтів патологію суглобів виявлено у всіх 60 (100,0%) хворих на ПА. Ці зміни коливались від мінімальних, субклінічних до різко виражених. Суглобовий синдром у обстежених пацієнтів характеризувався різноманітністю проявів — від летючої поліартралгії до тяжкої деформації з явищами анкілозу.

Больовий синдром у суглобах змінювався в інтенсивності від незначного чи помірного, але стійкого, до досить вираженого з періодами повного знерухомлення (табл. 3). У більшості біль мав симетричний характер, з переважною локалізацією у суглобах кистей та стоп, рідше — у великих суглобах. Стійкими проявами суглобового синдрому були ранкова скутість (понад 1 год) та обмеженість рухів у суглобах.

Слід відзначити, що при тривалості ПА понад 5 років у суглобах виникають деструктивні зміни, що у ряді випадків спричиняє розвиток анкілозу. Зокрема, повну втрату рухомості у дрібних суглобах кистей нами виявлено у 6 (20,0%) обстежених хворих. У 29 хворих виявлено явища Синовіту, з них у 6 пацієнтів діагностований Синовіт колінних суглобів, що потребувало проведення лікувально-діагностичної пункції.

Таблиця 3

Прояви суглобового синдрому при ПА

Клінічна ознака	Хворі на ПА, n (%) (n=60)	Ступінь активності ПА		
		I (n=22)	II (n=27)	III (n=11)
Поліартрит	60 (100,0)	21	26	13
Периартрит	16 (26,7)	5	8	3
Ранкова скутість	60 (100,0)	21	26	13
Обмеження рухів у суглобах	60 (100,0)	21	26	13
Анкілоз	12 (20,0)	1	4	7
Рентгенологічне звуження суглобової щілини	60 (100,0)	21	26	13
Деформація суглобів	28 (46,7)	8	9	11
Атрофія м'язів кистей	12 (20,0)	1	4	7
Синовіт	29 (48,3)	7	11	11

Больовий індекс серед хворих на ПА — $38,25 \pm 2,26$ бала. При мінімальній активності запального синдрому цей індекс становить 80,8% середнього показника серед усіх обстежених. При помірній активності патологічного процесу досліджуваний параметр зростає, але достовірно не відрізняється від середнього у всій популяції хворих.

А от при максимально вираженому запальному синдромі больовий індекс зростає найбільш вагомо і є вищим за середній показник серед хворих на ПА на 28,1%. При тяжкій формі ПА вираженість больового синдрому серед обстежених хворих вища, ніж при більш сприятливому перебігу хвороби.

Аналогічні клінічні особливості виявлено нами при аналізі запального індексу у хворих на ПА. Це не дивно, адже показник є одним із маркерів вираженості запального синдрому. Разом з цим запальний індекс практично не залежить від тривалості ПА і стадії патологічного процесу.

ПА в більшості випадків починається непомітно у віці 25–40 років. Тривалий час хворі скаргяться лише на артралгію, переважно під час ходьби чи фізичного навантаження. З часом біль у суглобах стає постійним. Перебіг захворювання частіше доброякісний, характеризується епізодичними загостреннями і тенденцією до спонтанних ремісій. Іноді початок захворювання може бути гострим, при цьому його перебіг набуває агресивного характеру і супроводжується більш глибокими деструктивними змінами суглобів.

Суттєві відмінності проявів захворювання, темпів його розвитку та еволюції зумовили потребу виділити основні клінічні форми ПА — тяжку, звичайну і злякисну (Бадокін В.В., 2002). Клінічна форма — інтегральне поняття, що включає характер прогресування захворювання, глибину деструктивних змін у суглобах, наявність спондилоартриту, функціональні особливості суглобів та хребта, наявність вісцеритів, лабораторну активність запального процесу. Крім того, клінічна форма визначає об'єм лікувальних заходів та прогнозує можливі наслідки захворювання. Серед обстежених тяжку форму ПА діагностовано у 32 (53,3%), звичайну — у 23 (38,3%), злякисну — у 2 (3,4%), ПА у поєднанні з подагрою — у 3 (5%) пацієнтів. Таке співвідношення отримано шляхом включення усіх пацієнтів з базовою терапією у групу з тяжкою формою ПА, для того щоб відзначити важливість диспансерного нагляду та попередити побічну дію ліків.

Призначене лікування позитивно відобразилося на клінічних показниках (табл. 4). При аналізі отриманих даних встановлено, що приєднання до комплексної терапії ПА Зинаксину супроводжується більш вираженим зменшенням головних проявів суглобового синдрому. Дані 3-місячного спостереження цих пацієнтів свідчать про те, що Зинаксин дозволяє утримувати одержаний ефект протягом 3 міс. Натомість у групі порівняння простежується чітка тенденція до відновлення суглобових проявів ПА.

Таблиця 4

Динаміка суглобових показників при ПА під впливом терапії

Показник	Хворі на ПА на фоні лікування		
	до початку	на 15-й день	через 3 міс
Традиційна терапія (n=30)			
Суглобовий індекс, балів	41,24±3,16	23,82±3,79 p<0,01	28,05±3,92 p<0,01 p>0,05
Больовий індекс, балів	28,99±2,89	16,02±2,24 p<0,01	19,57±2,32 p<0,05 p>0,05
Запальний індекс, балів	18,64±1,95	9,58±1,61 p<0,01	13,30±1,91 p<0,05 p>0,05
Традиційна терапія + Зинаксин (n=30)			
Суглобовий індекс, балів	42,09±3,24	20,18±3,21 p<0,01	22,84±3,35 p<0,01 p>0,05
Больовий індекс, балів	29,57±2,64	12,01±2,43 p<0,01	15,48±2,94 p<0,05 p>0,05
Запальний індекс, балів	18,90±1,62	7,29±1,84 p<0,01	10,71±1,88 p<0,05 p>0,05

У табл. 4 і 5: p – вірогідність різниці показників порівняно із хворими на ПА до лікування; p_i – вірогідність різниці показників порівняно із хворими на ПА на 15-й день лікування.

Вищенаведені факти підтверджують те, що Зинаксин підтримує протизапальну спрямованість комплексної терапії ПА та виявляє власний помірний протизапальний ефект. Лише у 4 (13,0%) пацієнтів цієї групи спостереження протягом 3 міс виникло повторне загострення запального синдрому, що потребувало повторного застосування НПЗП. У групі порівняння це загострення діагностовано у 7 (23,3%) пацієнтів.

Основний мотив призначення Зинаксину при ПА — його протизапальні властивості. Тому наша увага була прикута саме до імуномодулюючих ефектів Зинаксину у хворих на ПА.

Перш за все нас зацікавив вплив препарату на продукцію одного з найбільш чутливих маркерів запалення — ФНП-α. Встановлено (табл. 5), що під впливом комбінації стандартної терапії та Зинаксину на 15-й день лікування рівень ФНП-α у сироватці крові хворих на ПА знизився з 51,95±4,38 до 38,05±4,62 пкг/мл (p<0,05). Аналіз індивідуальних значень вказує на те, що зниження продукції ФНП-α через 15 днів лікування діагностовано у всіх 30 обстежених цієї групи. Важливо, що через 3 міс прийому Зинаксину рівень ФНП-α продовжував залишатись вірогідно нижчим, ніж до лікування. Отримані дані свідчать про те, що Зинаксин виявляє виражений тривалий ефект щодо пригнічення продукції ФНП-α. Зниження рівня досліджуваного показника

у групі порівняння також мало позитивну динаміку, але ступінь вираженості цих змін був нижчим.

Найвагомим було зниження досліджуваного показника при мінімальній активності запального синдрому. У цьому разі рівень ФНП-α знижується на 68,67% порівняно із вихідними даними (p<0,05).

Таблиця 5

Динаміка вмісту ФНП-α у хворих на ПА під впливом терапії

Показник	Хворі на ПА на фоні лікування		
	до лікування	на 15-й день	через 3 міс
Традиційна терапія (n=30)			
ФНП-α, пкг/мл	52,22±4,19	42,49±4,03 p<0,05	45,59±4,11 p>0,05 p _i >0,05
Традиційна терапія + Зинаксин (n=30)			
ФНП-α, пкг/мл	51,95±4,38	38,05±4,62 p<0,05	40,02±3,89 p<0,05 p _i >0,05

Для більш об'єктивної оцінки вираженості больового синдрому та динамічного спостереження за його перебігом нами використано ВАШ болю (рисунк).

Як свідчать отримані нами дані, через 15 днів лікування відзначали вірогідне зниження показників болю за ВАШ на прикладі колінних суглобів з 7,45±0,29 до 2,21±0,32 бала (p<0,001) у групі хворих, які отримували традиційну терапію у поєднанні з Зинаксином та з 7,34±0,24 до 3,10±0,34 бала (p<0,001) у групі хворих, які отримували традиційну терапію. Цей факт свідчить на вірогідно (p<0,05) більш виражений анальгезивний та протизапальний ефект комплексної терапії із Зинаксином.

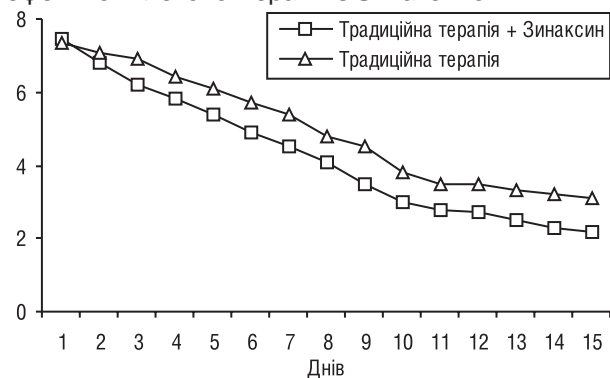


Рисунок. Динаміка показників болю за ВАШ для колінних суглобів під впливом терапії

Важливим показником, що характеризує якість життя пацієнтів є шкала EuroQoL-5D. Нами проаналізовано динаміку індексу EuroQoL-5D у хворих на ПА під впливом різного лікування (табл. 6). Отримані результати свідчать про те, що темпи та динаміка зниження досліджуваного індексу були більш вираженими при приєднанні до комплексної терапії Зинаксину.

Таблиця 6

Динаміка індексу EuroQoL-5D у хворих на ПА під впливом терапії

Показник	До лікування		Після лікування	
	Традиційна терапія (n=30)	Традиційна терапія + Зинаксин (n=30)	Традиційна терапія (n=30)	Традиційна терапія + Зинаксин (n=30)
Індекс EuroQoL-5D	6,36±0,18	3,61±0,24*	6,42±0,22	3,02±0,23*

*Показник вірогідності досліджуваного індексу порівняно із вихідним p<0,01.

Динаміка показників крові у обох групах порівняння також була практично однаковою, за винят-

ком показників запалення (див. табл. 5). В обох групах хворих нами не відзначено впливу на вміст еритроцитів, гемоглобіну, рівень АсАТ, АлАТ, білірубину, сечовини, загального білка. Натомість виявлено вірогідне зниження ШОЕ у обох групах порівняння, причому рівень зниження цього показника був більш вираженим при застосуванні Зинаксину.

Загалом ефективність лікування ПА оцінена досить добре (табл. 7). Але більш ефективною була терапія із застосуванням Зинаксину. Зокрема, у більшості (60,0%) пацієнтів, пролікованих препаратами Зинаксом, ефективність лікування була високою, у 36,7% — помірною і лише у 1 (3,3%) — лікування було неефективним.

Таблиця 7
Оцінка ефективності лікування хворих на ПА за її вираженістю під впливом терапії

Оцінка ефективності, балів	Кількість хворих, n (%)
Традиційна терапія (n=30)	
Неефективний	3 (10,0)
Помірно ефективний	13 (43,3)
Високоефективний	14 (46,7)
Традиційна терапія + Зинаксин (n=30)	
Неефективний	1 (3,3)
Помірно ефективний	11 (36,7)
Високоефективний	18 (60,0)

Розподіл хворих за ефективністю лікування при застосуванні препаратів традиційної терапії був менш оптимістичним, відповідно — високоефективним — у 46,7% хворих, помірно ефектним — у 43,3% хворих і неефектним — у 10,0% обстежених.

Досить високою виявилась і переносимість лікування, оцінена «добре» як для Зинаксину, так і для препаратів традиційної терапії у більшості (96,7%) хворих. У 1 пацієнта в кожній групі виявляли незначні побічні реакції (запаморочення, метеоризм), що не потребували відміни препарату чи корекції його дози. Це означає, що в процесі дослідження нами не виявлено серйозних побічних явищ чи реакцій внаслідок застосування препаратів, а приєднання Зинаксину до комплексного лікування при ПА не супроводжувалося зростанням кількості побічних ефектів (табл. 8).

Таблиця 8
Оцінка переносимості лікування хворих на ПА за її вираженістю під впливом терапії

Оцінка переносимості, балів	Кількість хворих, n (%)
Традиційна терапія (n=30)	
1 (незадовільна)	0
2 (задовільна)	1 (3,3)
3 (добра)	29 (96,7)
Традиційна терапія + Зинаксин (n=30)	
1 (незадовільна)	0
2 (задовільна)	1 (3,3)
3 (добра)	29 (96,7)

Слід зазначити, що приєднання до комплексної терапії Зинаксину зумовило зменшення потреби пацієнта у НПЗП у зв'язку з помітним усуненням больового синдрому. Вже з 10–12-го дня 14 (46,7%) хворих, які отримували Зинаксин, знизили дозу НПЗП у 2 рази, а 3 (10%) — припинили прийом зазначених препаратів.

Таким чином, застосування в комплексному лікуванні хворих на ПА Зинаксину забезпечує корекцію запального та больового синдрому, супроводжується позитивною динамікою його клінічних про-

явів та лабораторних критеріїв, добре переноситься хворими. Доведено, що Зинаксин можна з успіхом застосовувати в лікуванні хворих на ПА.

ВИСНОВКИ

1. Дані дослідження свідчать про достатню ефективність, хорошу переносимість і безпеку Зинаксину, який посилює антифлогістичну дію традиційних засобів.

2. Застосування Зинаксину сприяє позитивній динаміці клінічних ознак запального суглобового синдрому, зменшуючи вираженість болю, обмеження рухів та покращуючи якість життя хворих.

3. При застосуванні Зинаксину виявлено достатньо хорошу ефективність та високу переносимість, низький ризик розвитку побічних явищ чи реакцій.

ПЕРСПЕКТИВИ

Отримані результати допомагають створити алгоритм диференційної діагностики ПА та розробити на цій основі адекватну терапію захворювання з урахуванням його клінічних варіантів.

ЛІТЕРАТУРА

- Бадокин В.В.** (2002) Гетерогенность клинических проявлений псориатического артрита. Вест. последип. мед. образ., 4: 30–33.
Мазуров В.И. (2001) Клиническая ревматология. Фолиант, Санкт-Петербург, 169–190.
Свінцицький А.С., Пузанова О.Г. (2004) Псоріаз та псоріатичний артрит. Врач. практи., 4: 63–72.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЗИНАКСИНА В ЛЕЧЕНИИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Е.М. Нейко, Р.И. Яцишин, А.И. Олійник

Резюме. В статье приведен анализ эффективности и безопасности Зинаксина в лечении при псориатическом артрите. На большом клиническом материале (60 больных) проанализированы особенности течения и лечения суставного синдрома при псориазе. Полученные результаты помогают дополнить схему лечения пациента с псориатическим артритом.

Ключевые слова: артрит, псориаз, Зинаксин.

ESTIMATION OF EFFICACY AND SAFETY OF ZINAXIN IN MEDICAL TREATMENT OF PSORIATIC ARTHRITIS

Ye.M. Neyko, R.I. Yatsyshyn, O.I. Olijnyk

Summary. Estimation of efficacy and safety of Zinaxin in medical treatment of psoriatic arthritis is given in the article. On large clinical material (60 patients) the features of course and medical treatment of joint syndrome at psoriasis are analyzed. The results help to complement the chart of medical treatment of psoriatic arthritis.

Key words: arthritis, psoriasis, Zinaxin.