

ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ СИСТЕМНИХ ХВОРОБ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ АМІТОЗИНОМ

Є.(О.)С. Абрагамович, О.О. Абрагамович, А.І. Потопальський,
Л.Є. Абрагамович, Я.Є. Абрагамович

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна
Інститут молекулярної біології та генетики НАН України, Київ, Україна
Інститут оздоровлення і відродження народів України, Київ, Україна*

Амітозин перспективний при всіх захворюваннях і станах, що супроводжуються розростанням сполучної тканини і порушенням імунної системи.

Львівською обласною клінічною лікарнею (О.С. Абрагамович) розроблена в 1966 р. методика комплексного лікування амітозином цієї важкої недуги. Лікування засноване на специфіці змін синовіальної оболонки суглобів при інфекційному неспецифічному еволютивному поліартриті.

Основні прояви інфекційного поліартриту [ІП] - запальні зміни в суглобах, що, на відміну від класичного хронічного запалення, характеризуються тривалістю плинущу і здатністю до «самопідтримування». Процеси в синовіальній оболонці мають усі характерні риси імунологічного запалення, на що вказують присутність у ній імунних гамма-глобулінів 7 і 19, утилізація комплементу, а також наявність лімфо-плазмоцитарних інфільтратів.

Морфологічно запальні зміни синовіальної оболонки при ІП являють собою гіперпластичний процес, в результаті якого утворюються ворсинчасті вирости, що гілкуються, причому тканина ворсин різко васкуляризована та інфільтрована лімфоїдними і плазматичними клітинами, що утворюють по ходу судин лімфоїдні і плазматичні інфільтрати типу фолікулів.

Гамма-глобуліни — нормальні і патологічні (імуногаммаглобуліни типу ревматоїдного фактора) виробляються тільки клітинами лімфоїдної тканини (плазматичними), тому природно, що наявність їх у надлишку в синовіальній оболонці уражених суглобів при ІП є джерелом стійкого прогресивного утворення патологічних імуноглобулінів, а її видалення хірургічним шляхом

(синовектомія) або консервативним із застосуванням антибластичних (цитостатичних) препаратів цілком виправдане і науково обґрунтоване.

Одним з доказів правильності такого судження і застосування амітозину при ІІ є досвід вітчизняних і закордонних дослідників, що у ряді випадків після тотального видалення патологічно зміненої синовіальної оболонки (з наявністю в ній рясної плазмоклітинної інфільтрації і депонуванням у ній ревматоїдного фактора) домоглися значного поліпшення плину захворювання в цілому і навіть видужання, у той час як застосування місцевої і загальної кортикостероїдної терапії призводило лише до зниження гостроти запальних явищ в ураженому суглобі.

Хірурги, ґрунтуючись на цьому, пропонують проводити тотальну синовектомію з метою видалення вогнища, що є постійним джерелом патологічних імуноглобулінів.

Таким чином, досвід радикального лікування після тотальної синовектомії підтверджує не тільки правильність сучасного погляду на патогенез інфекційного неспецифічного поліартриту (інфекційного артрити), але й підтримує правильність і обґрунтованість запропонованого нового патогенетично обґрунтованого безкровного радикального методу лікування цього важкого захворювання антибластичним препаратом амітозином.

Запропонований метод має характер часткової етіопатогенетичної терапії і є методом, більш радикальним й ефективним у порівнянні з іншими, який можна порівняти лише з радикальною хірургічною операцією — синовектомією, широко рекомендованою науково-дослідним інститутом ревматизму і центральним науково-дослідним інститутом травматології й ортопедії, від якої, однак, хворі в основному відмовляються.

Клінічна практика показала, що лікування хворих інфектартиром глюкокортикоїдами на даному етапі не цілком себе виправдало як самостійний метод лікування, тому що не дає стійкого ефекту, різко

пригнічує опірність організму і при тривалому застосуванні викликає побічні явища типу гіперкортицизму.

Препарат амітозин (АМ) - тіофосфамідне похідне очищеної суми алкалоїдів чистотілу "Chelidonium majus", синтезований у 1959 році А.І.Потопальським, був рекомендований МОЗ України для клінічної апробації як цитостатик.

Нами вперше у 1966 році після наукового обґрунтування та розробки методики застосовано АМ як імуномодулятор і противірусний препарат в комплексному лікуванні важких форм системних захворювань сполучної тканини (СЗСТ): ревматоїдного артриту (РА), системного червоного вовчака (СЧВ), системної склеродермії (ССД), системних васкулітів (СВ), а згодом системного дерматозу - розацеазної хвороби (РХ) третьої й четвертої стадій. Подальші дослідження механізму дії АМ довели його виражену антивірусну, імуномодельюючу, антисеротонінову дію, а також цитотоксичний вплив селективно на злоякісні клітини та патологічно змінені синовіальні оболонки, що й підтвердило правильність нашої концепції про його застосування у комплексному лікуванні СЗСТ. Обстежено й проліковано 122 хворих дослідної групи (Ж - 100, Ч - 22; у віці 21-56 років; серед них 79 - з РА, 11 - з СЧВ, 12 - з ССД, 9 - з СВ, 1 - з РХ) з анамнезом захворювання на початок курації від 1 до 10 років. АМ у дозі 0,05 г вводили внутрішньом'язово через день, на курс 20 ін'єкцій. Поряд з тим, важко хворим з РА додатково вводили внутрішньосуглобово від 25 мг до 50 мг АМ залежно від розмірів уражених суглобів 1 раз в 10 днів - на курс 5 ін'єкцій. Перший курс проводили у стаціонарі, наступні 5-6 курсів з одномісячними перервами - в амбулаторних умовах. Ефективність лікування оцінювали безпосередньо після закінчення 1-го курсу та проспективно протягом 30 років спостереження після закінчення декількох курсів. Використовувалися клініко-функціональні, лабораторно-біохімічні та імунологічні критерії, а також показники тривалості ремісій та працездатності лікованих пацієнтів. Встановлено, що в усіх хворих, які приймали АМ, безпосередні та віддалені результати лікування

були позитивні: відмінна ефективність була у 2,08%, добра - у 79,17%, задовільна - у 18,75%, незадовільної і летальності не було.

У контрольній групі (аналогічні дослідній групі 106 пацієнтів, які лікувалися без застосування АМ) ці показники, відповідно, становили: 0,91%, 68,04%, 27,85%, 2,74%, 0,46%. Стійка клініко-морфологічна ремісія тривала в середньому $14,9 \pm 1,1$ р. у пацієнтів з РА, $12,7 \pm 3,7$ р. - з СЧВ, $9,6 \pm 1,2$ р. - з ССД, $11,5 \pm 1,5$ р. - з СВ та $10,7 \pm 1,3$ р. - з РХ, що дозволило у більшості хворих зменшити дозу або відмінити нестероїдні протизапальні препарати та глюкокортикоїди. Працездатність була збережена у 79,17% лікованих пацієнтів.

Таким чином, одержані результати свідчать про високу ефективність амітозину та дозволяють рекомендувати застосовувати його в комплексному лікуванні важких форм системних захворювань сполучної тканини.