

**Заключение.** При РА коленного сустава данные артроскопической ревизии позволяют получить наиболее полную информацию о тяжести патологических изменений, однако рентгенологическое исследование в определенной степени помогает прогнозировать артроскопические на-

ходки, в том числе патологию суставного хряща. В 72,2% наблюдений истинные изменения суставного хряща, выявляемые при артроскопической ревизии, совпадали или превосходили по тяжести рентгенологические изменения, определяемые по классификации Larsen.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Насонов Е.Л. Ревматология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
2. Сигидин Я.А., Лукина Г.В. Ревматоидный артрит. М.: АНКО, 2001.
3. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. Update Arthritis Rheumatism 2002;46:328–46.
4. Ogilvie-Harris D.J., Basinski A. Arthroscopic synovectomy of the knee for rheumatoid arthritis. Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery 1991;7(1):91–7.
5. Yuko M.N., Takanobu O. и др. Role of arthroscopic synovectomy for rheumatoid knee joints. Orthopaedic Surgery and Traumatology 2003;46(1):37–44.
6. Ogilvie-Harris D.J., Weisleder L. Arthroscopic synovectomy of the knee: Is it helpful? Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery 1995;11(1):91–5.
7. Klein W., Jensen K.U. Arthroscopic synovectomy of the knee joint: Indication, technique, and follow-up results. Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery 1988;4(2):63–71.
8. Bras F., Daures J.P., Legouffe M.C. et al. Treatment of chronic knee synovitis with arthroscopic synovectomy: longterm results. J Rheumatol 2002;29(6):1171–5.

## Нестероидные противовоспалительные препараты: возможности снижения интенсивности боли в спине у больных остеопорозом

**Н.В. Торопцова, Т.А. Короткова, О.А. Никитинская**  
НИИ ревматологии РАМН, Москва

**Цель исследования** — оценить эффективность и переносимость 10-дневного курса лечения различными дозами мелоксикама у больных с остеопорозом и болью в спине.

**Материал и методы.** В исследование включены 60 женщин (средний возраст  $70 \pm 7$  лет), которые случайно были разделены на 3 группы — получавшие соответственно 15 и 7,5 мг мелоксикама и контроль.

**Результаты исследования.** На фоне 10-дневной терапии отмечалось достоверное снижение интенсивности боли в спине при назначении мелоксикама в дозе как 7,5, так и 15 мг/сут ( $p < 0,001$ ) по сравнению с уровнем боли при включении в исследование и в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). При этом в контрольной группе через 10 дней болевой синдром уменьшился незначительно ( $p > 0,05$ ). У пациенток первых 2 групп достоверно снизилось ограничение подвижности, а также повысилась физическая активность, улучшилось состояние здоровья, оцененное по вопросам Освестри и EQ-5D. Улучшение состояния зафиксировано у 27 (67,5%) больных, удовлетворительный эффект — у 10 (25%), а отсутствие эффекта — у 3 (7,5%).

**Заключение.** В целом переносимость лечения была хорошей.

**Ключевые слова:** остеопороз, боль в спине, селективные ингибиторы циклооксигеназы 2.

**Контакты:** *Наталья Владимировна Торопцова* [epid@iramn.ru](mailto:epid@iramn.ru)

### NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS: POSSIBILITIES OF REDUCING BACK PAIN INTENSITY IN PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS

**N.V. Toroptsova, T.A. Korotkova, O.A. Nikitinskaya**  
Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

**Objective:** to evaluate the efficiency and tolerability of a 10-day course of therapy with different doses of meloxicam in patients with osteoporosis and back pain.

**Subjects and methods.** The study covered 60 women (mean age  $70 \pm 7$  years), who were randomized to 3 groups: those who received meloxicam in doses of 15 and 7,5 mg and controls.

**Results.** During 10-day therapy, there was a significant reduction in the intensity of back pain when meloxicam was given in doses of

both 7,5 mg and 15 mg/day ( $p < 0,001$ ) as compared with the baseline level and in the control group ( $p < 0,05$ ). At the same time, the pain syndrome became insignificantly lower in the control group following 10 days ( $p > 0,05$ ). In the first 2 groups, movement restriction significantly reduced, as well as physical activity increased and health improved, as rated by the Oswestry and EQ-5D questionnaires. Improvement was recorded in 27 (67,5%) patients, a satisfactory effect was seen in 10 (25%), there was no effect in 3 (7,5%) women.

**Conclusion.** The treatment was generally well tolerated.

**Key words:** osteoporosis, back pain, selective cyclooxygenase-2 inhibitors.

Острый болевой синдром (БС) или усиление хронической боли при различных заболеваниях суставов и позвоночника, миалгиях и других состояниях — одна из наиболее частых причин обращения больных за медицинской помощью как в России, так и во всем мире. Так, при анализе всех случаев обращений в отделения неотложной терапии в США за 1999 г. выяснилось, что из 14,5 млн пациентов, которым оказывалась скорая медицинская помощь, 2 млн (14%) жаловались на слабую, а 2,9 млн (20%) — на умеренную или выраженную боль, при этом у 18% пациентов боль была связана с поражением мышечно-скелетной системы [1]. Международная ассоциация по изучению боли определяет ее как неприятное сенсорное и эмоциональное состояние, обусловленное действительным или возможным повреждающим воздействием на ткани. Неприятные ощущения приводят к специфическому поведению больного, что позволяет врачу сделать заключение о том, что пациент испытывает боль, и появлению вегетативных реакций. Эмоциональная же реакция больного вызывает страдания, которые в зависимости от длительности болевого ощущения имеют разную клиническую характеристику. В настоящее время при определении характера БС пользуются международной классификацией, согласно которой острое течение диагностируется при продолжительности БС до 12 нед, хроническое — более 12 нед. Все известные типы боли — ноцицептивная, нейрогенная, психосоматическая и др. — могут принимать участие в формировании БС.

Одним из наиболее распространенных БС является боль в спине, которая представляет собой серьезную медико-социальную проблему, особенно для лиц пожилого возраста. Процесс старения населения развитых стран рассматривается сегодня как одна из основных причин прогнозируемого роста частоты дегенеративных и метаболических заболеваний в популяции. Указанный выше глобальный демографический процесс распространяется и на Россию, сопровождаясь ростом числа пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы (XIII класс Международной классификации болезней 10-го пересмотра — МКБ-10), так как в большинстве случаев боль связана с повреждением мышц, связок и дегенеративными изменениями позвоночника.

Среди заболеваний, при которых боль в спине встречается достаточно часто, выделяют остеопороз (ОП) — медленно прогрессирующее заболевание с длительным бессимптомным периодом, характеризующееся уменьшением массы костной ткани и нарушением ее микроархитектоники, что приводит к снижению прочности кости и повышению риска возникновения переломов [2]. При тщательно собранном анамнезе обнаруживается, что рост пациента уменьшился, изменилась осанка, появились боли в спине. При осмотре выявляются кифоз позвоночника, уменьшение расстояния между гребнями подвздош-

ных костей и реберными дугами, появление расстояния между затылком и стеной при измерении роста [3].

При ОП встречаются различные типы боли [4]. Так, при вновь возникшем переломе позвонка появляется острая боль, которая может иррадиировать в грудную клетку, брюшную полость или бедро, усиливается при минимальных движениях, включая кашель и чиханье. При этом отсутствует неврологическая симптоматика, пациент выполняет тест с поднятием прямой ноги. Острая боль обычно становится менее интенсивной к 3—4-й неделе и проходит к 3—4-му месяцу. Хроническая боль, связанная со снижением высоты тел позвонков, является следствием увеличения компенсаторных позвоночных изгибов, может персистировать в результате механического сдавления связок и мышц, а также вторичных дегенеративных изменений межпозвонковых суставов. При этом ключевую роль в формировании болевого импульса играют альгогенные соединения — серотонин, гистамин, простагландины, брадикинин. Продолжительный выброс медиаторов воспаления приводит к сенситизации периферических сенсорных нейронов ноцицептивной проводящей системы. Простагландины повышают чувствительность ноцицепторов к различным стимулам, а их накопление коррелирует с интенсивностью боли. Особенностью БС при повреждении позвоночника является сочетание рефлекторных мышечно-тонических и миофасциальных синдромов с изменениями в эмоциональной сфере, что способствует дальнейшей хронизации боли. Следует помнить, что боль в спине, хотя и часто сопровождает деформации позвонков, но не является специфичным для ОП симптомом, так как может возникать и при других заболеваниях, таких как первичное дегенеративное инфекционное или воспалительное поражение позвоночника, злокачественные новообразования, а также патология внутренних органов.

Основной целью лечения ОП является нормализация процесса костного ремоделирования, что приводит к увеличению или стабилизации минеральной плотности кости, улучшению ее качества и снижению частоты возникновения новых переломов. Клинически это проявляется уменьшением БС, расширением двигательной активности, улучшением качества жизни пациента. Патогенетическая терапия ОП включает препараты, замедляющие костную резорбцию: бисфосфонаты, кальцитонин, селективные модуляторы эстрогенных рецепторов, эстрогены; медикаменты, преимущественно усиливающие костеобразование, — паратиреоидный гормон и средства, оказывающие многоплановое действие на костную ткань, — стронция ранелат, а также витамин D и его активные метаболиты [3]. Все перечисленные препараты положительно влияют на БС у пациентов с ОП, однако лишь при длительном лечении (кроме терапии кальцитонином), а в реальной клинической практике часто требуется быстрое купирование боли. Кроме того, данные лекарственные сред-

ства нередко принимаются нерегулярно либо вовсе не используются пациентами ввиду их высокой стоимости. В связи с этим врачи часто прибегают к назначению нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Основной механизм действия НПВП — подавление биосинтеза простагландинов. Помимо этого, они угнетают синтез лейкотриенов, образование супероксидных радикалов и высвобождение лизосомальных ферментов, влияют на активацию клеточных мембран, агрегацию и адгезию нейтрофилов, функции лимфоцитов. Ввиду этого НПВП не только оказывают позитивное лечебное действие, но и вызывают довольно большой спектр нежелательных явлений (НЯ), особенно со стороны желудочно-кишечного тракта. Также для НПВП характерны нефро- и гепатотоксичность, их применение может способствовать задержке жидкости, развитию сердечной недостаточности, артериальной гипертензии, дистрофии миокарда. НПВП воздействуют на метаболизм клеток мозга, в связи с чем возникают выраженные головные боли и другие проявления церебральной токсичности. Возможны гематологические нарушения, вплоть до развития тяжелых цитопений, гипо- и апластической анемии, торможение агрегации тромбоцитов, нарушение гемостаза с массивными кровотечениями. Прием НПВП нередко вызывает появление разнообразных аллергических реакций и бронхообструктивного синдрома («аспириновая» астма). Создание новой группы НПВП, которые селективно ингибируют активность циклооксигеназы 2 (ЦОГ 2), играющей основную роль в синтезе медиаторов воспаления в местах тканевого повреждения, позволило повысить их безопасность [5, 6]. Кроме того, поскольку ЦОГ 2 участвует в процессе активации остеокластов, селективные ингибиторы ЦОГ 2 предпочтительны и в лечении больных, имеющих ОП или факторы риска его развития.

Среди данных препаратов большое внимание уделяется средствам с высокой анальгетической активностью и длительным периодом полувыведения, к которым относится мелоксикам. Мелоксикам является производным эноликоновой кислоты. Он, как и все НПВП, обладает противовоспалительной, анальгетической и антипиретической активностью. Более 99,5% препарата при попадании в кровь связывается с белками. Период полувыведения составляет 20 ч, что является основанием для однократного его приема на протяжении суток. Биодоступность препарата — около 90%, она не зависит от приема пищи. Мелоксикам метаболизируется в неактивные метаболиты, которые экскретируются в равных пропорциях с калом и мочой. При этом прием мелоксикама практически не усугубляет печеночную и почечную недостаточность. Препарат обладает кумулятивным свойством, максимальная его концентрация достигается на 3—5-й день приема. Он выпускается в 2 дозировках: 7,5 и 15 мг для приема 1 раз в день.

**Цель исследования** — оценить влияние на БС в спине у больных ОП

10-дневного курса лечения различными дозами мелоксикама и его переносимость.

**Материал и методы.** В исследование включено 60 женщин с болью в спине в возрасте 50—85 лет (средний возраст  $70 \pm 7$  лет), диагноз ОП подтвержден с помощью костного денситометра QDR 4500 («Hologic», США). Все больные обследованы рентгенологически для выявления ОП-деформаций позвонков. Пациентки случайно были распределены в одну из 3 групп: в 1-й ( $n=20$ ) мелоксикам (Мирлокс) назначался в дозе 15 мг/сут; во 2-й ( $n=20$ ) — 7,5 мг/сут; 3-я ( $n=20$ ) группа служила контролем (НПВП не применялись).

Оценку эффективности терапии проводили по следующим параметрам: динамика БС в позвоночнике по визуальной-аналоговой шкале (ВАШ), количество горизонтальных положений в течение дня и их продолжительность, оценка физической активности и ограничения подвижности по специальной анкете в балах, вопросам здоровья EQ-5D и Освестри. Анализ указанных параметров осуществляли до начала наблюдения и через 10 дней, кроме того, дважды через 20 и 30 дней проводился телефонный опрос. НЯ, количество принятого препарата, эффективность и переносимость лечения оценивались через 10 дней терапии, а выраженность БС определяли и в ходе телефонных опросов.

Статистическая обработка выполнялась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0 StatSoft. Анализ включал общепринятые процедуры с использованием параметрических и непараметрических методов сравнения.

Пациентки до начала терапии подписывали информированное согласие на участие в клиническом исследовании эффективности и переносимости 2 доз Мирлокса у больных ОП с болями в спине.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Пациентки всех групп не различались по основным характеристикам (см. таблицу). Анализ рентгенограмм позвоночника показал, что 37% обследованных с жалобами на боль в спине имели ОП-деформации позвонков и 83% —

*Общая характеристика больных*

Показатель	Группа больных		Контроль
	1-я	2-я	
Возраст, годы	68±6	72±6	70±7
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	27	26	28
Переломы позвонков, %	30	40	40
Дегенеративные поражения позвоночника, %	85	85	80
Боль в грудном отделе	10 (50)	12 (60)	11 (55)
Боль в поясничном отделе	15 (75)	17 (85)	16 (80)
Интенсивность боли по ВАШ, мм	60,2±11,9	60,4±12,4	56,5±11,6
Число положений лежа в день	2,0	2,1	2,3
Оценка по Освестри, %	37,5±9,0	42,0±14,9	44,5±14,9
Патогенетическая терапия	6 (30)	7 (35)	9 (45)
Кальций + витамин D	14 (70)	11 (55)	9 (45)

**Примечание.** В скобках — процент больных. ИМТ — индекс массы тела.

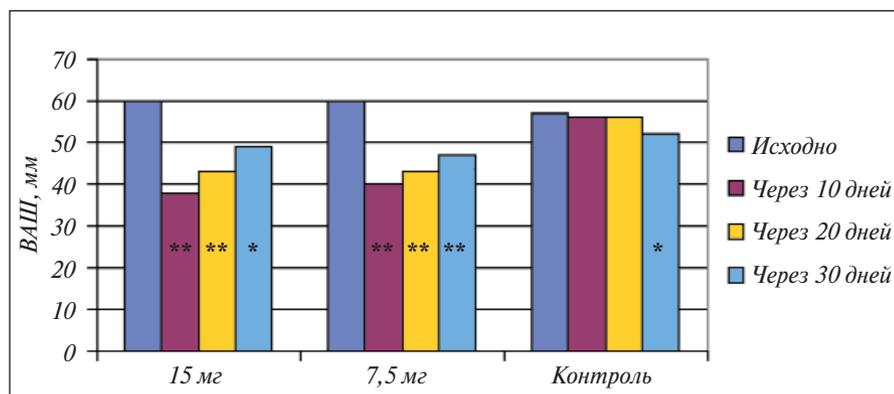


Рис. 1. Динамика БС на фоне лечения Мирлоксом.  
\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$

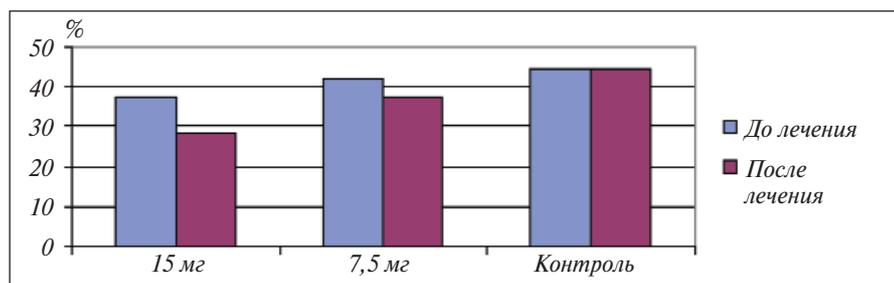


Рис. 2. Динамика качества жизни (вопросник Освестри)

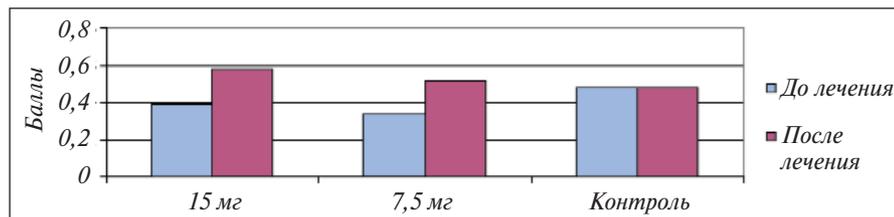


Рис. 3. Динамика состояния здоровья (EQ-5D)

признаки дегенеративных изменений позвоночника. У наших больных преобладали боли в поясничном отделе позвоночника по сравнению с таковыми в грудном отделе (55 и 83% соответственно), при этом боли в 2 отделах беспокоили 43% обследованных.

Следует отметить, что патогенетическая терапия проводилась только 37% пациенток, в то время как кальций и витамин D<sub>3</sub> принимали 57% опрошенных ( $p < 0,05$ ), не получали терапию по поводу ОП 7% женщин.

На фоне 10-дневной терапии Мирлоксом отмечалось достоверное снижение интенсивности боли в спине при назначении дозы как 7,5, так и 15 мг/сут ( $p < 0,001$ ) по сравнению с уровнем боли при включении в исследование и в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). При этом в контрольной группе через 10 дней БС уменьшился незначительно ( $p > 0,05$ ; рис. 1).

Оценка боли через 20 и 30 дней после включения в исследование, когда пациентки последовательно в течение 10 и 20 дней не получали обезболивающее лечение, показала, что хотя после прекращения терапии НПВП интенсивность БС несколько увеличилась, он был достоверно менее выражен, чем в начале лечения. Обращает на себя внимание то, что и в группе контроля БС через 30 дней достоверно умень-

шился ( $p < 0,05$ ) по сравнению с исходным уровнем и по интенсивности в среднем не отличался от такового в группах лечения к концу периода наблюдения.

Значительно реже приходилось и дополнительно лежать днем для уменьшения БС пациенткам, получавшим препарат в обеих дозировках. Принимавшие 15 мг Мирлокса, если и ложились днем, то на достоверно более короткое время уже через 10 дней терапии, и этот эффект сохранялся на протяжении последующих 20 дней наблюдения без лечения. В группе женщин, получавших 7,5 мг препарата, значимое снижение продолжительности дневного отдыха в положении лежа выявлено лишь к 30-му дню наблюдения, хотя данная тенденция отмечалась уже на фоне приема препарата. В то же время женщинам контрольной группы приходилось ложиться днем для уменьшения боли в спине в течение всего периода наблюдения, при этом частота и продолжительность этого вида отдыха не изменились.

В ходе клинического наблюдения проводилась оценка физической активности и ограничения подвижности, которая показала, что у пациенток первых 2 групп эти показатели значительно улучшились: снизилось ограничение подвижности, а также повысилась физическая активность, при этом положительная динамика этих показателей зарегистрирована соответственно у 60 и 40% пациенток 1-й группы, у 65 и 30% — 2-й группы и только у 15 и 5% — в группе контроля.

Изучение качества жизни пациенток с помощью вопросника Освестри (рис. 2) показало, что у лиц, получавших Мирлокс, отмечено достоверное снижение как боли в спине, так и ограничений в выполнении повседневной деятельности через 10 дней приема 15 и 7,5 мг препарата ( $p < 0,001$  и  $p < 0,05$  соответственно). В контрольной группе положительной динамики не выявлено по всем 10 доменам опроса. Аналогичные результаты получены и с помощью вопросника EQ-5D (рис. 3), который также продемонстрировал улучшение состояния здоровья на фоне лечения препаратом Мирлокс ( $p < 0,05$  и  $p < 0,01$  соответственно для 15 и 7,5 мг).

Таким образом, прием мелоксикама (Мирлокс) значительно ускорил процесс снижения выраженности боли в спине, что положительно повлияло на функциональную активность и качество жизни пациенток с ОП.

Переносимость лечения в целом была хорошей. НЯ зафиксированы при приеме обеих доз препарата у 12 пациенток: подъем АД — у 2 (5%), сердцебиение — у 1 (2,5%), головная боль — у 1 (2,5%), зуд век — у 2 (5%), боль в животе — у 1 (2,5%), изжога — у 1 (2,5%), тошнота — у 1 (2,5%), сухость во рту — у 1 (2,5%), запор — у 1 (2,5%), отеки — у 1 (2,5%). Отмена препарата



ПРЕПАРАТ ВКЛЮЧЕН В ФЕДЕРАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ ДЛО

# МИРЛОКС®

МЕЛОКСИКАМ

7,5 мг и 15 мг

по 20 таблеток в упаковке

## УСМИРИ СВОЮ БОЛЬ

- ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
- ХОРОШАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ
- БЫСТРОЕ НАЧАЛО ДЕЙСТВИЯ
- ВОЗМОЖНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
- ПРИНИМАЕТСЯ 1 РАЗ В СУТКИ



Препарат выбора для безопасного, длительного лечения суставов



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия) г. Москва

119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8

Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949

e-mail: [centr@g-richter.ru](mailto:centr@g-richter.ru) [www.g-richter.ru](http://www.g-richter.ru)

потребовалась 2 (5%) и 3 (7,5%) пациенткам из 1-й и 2-й групп соответственно.

Переносимость препарата оценена как отличная и хорошая у 26 (65%) пациенток, удовлетворительная — у 9 (22,5%) и плохая — у 5 (12,5%).

Оценка эффективности лечения врачом выявила улучшение состояния у 27 (67,5%) больных, удовлетворительный эффект — у 10 (25%), а отсутствие эффекта — у 3 (7,5%), у которых препарат был отменен на 3—4-й день терапии, что не позволило достичь его максимальной концентрации, а следовательно, получить и сохранить желаемый эффект.

**Заключение.** Таким образом, боль в спине и нарушение функциональной активности являются основными

клиническими проявлениями ОП, которые отягощают жизнь не только самого больного, но и его семьи. В связи с этим купирование или хотя бы уменьшение выраженности БС — одна из основных задач лечения. Следует помнить, что основой антиостеопоротической терапии является патогенетическое лечение, направленное на снижение потери костной массы. Однако для улучшения качества жизни больных необходимо помочь им быстрее справиться с болью. По этой причине правомочно назначать НПВП, среди которых препаратом выбора является мелоксикам (Мирлокс) — селективный НПВП, показавший хорошую эффективность и переносимость при 10-дневном курсе лечения у пожилых больных ОП.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. McLean S.A., Majo R.F., Domeier R.M. The epidemiology of pain in the prehospital setting. *Prehosp Emerg Care* 2002;6(4):402—5.  
2. Руководство по остеопорозу. Под ред. Л.И. Беневоленской. М.: Бином, 2003.  
3. Клинические рекомендации. Остеопо-

роз. Диагностика, профилактика и лечение. Под ред. Л.И. Беневоленской и О.М. Лесняк. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.  
4. Рожинская Л.Я. Системный остеопороз. Практическое руководство для врачей. М.: Издатель Мокеев, 2000.  
5. Насонов Е.Л., Цветкова Е.С. Селектив-

ные ингибиторы циклооксигеназы-2: новые перспективы лечения заболеваний человека. *Тер арх* 1998;5:8—14.  
6. Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов и ингибиторов циклооксигеназы-2 в начале XXI века. *РМЖ* 2003;7:375—9.

## Сравнительная эффективность препаратов Панавир® и Ацикловир в комплексной терапии ревматоидного артрита, осложненного герпетической инфекцией

О.Н. Егорова, Р.М. Балабанова, Н.Е. Лопатина, А.К. Каптаева, Т.П. Федина, Е.Г. Сажина, Е.Л. Насонов, Г.Н. Чувиров\*

НИИ ревматологии РАМН, \*Научно-диагностический центр МедБиоСпектр, Москва

**Цель исследования.** Оценка эффективности противовирусной терапии у больных ревматоидным артритом (РА), осложненным герпетической инфекцией, получающих базисную терапию.

**Материал и методы.** В проспективное сравнительное исследование были включены 130 пациентов РА с рецидивирующей герпесвирусной инфекцией. Больные были разделены на 3 группы: 1-я группа получала дополнительно к базисной терапии Панавир®, 2-я — Ацикловир, 3-я — только базисную терапию. У 90 из 130 обследованных в 60% случаев выявлены высокие титры антивирусных антител IgG к цитомегаловирусу и в 48,8% — к вирусу Эпштейна—Барр. У 72 (80,0%) пациентов диагностирован синдром интерферондефицита.

**Результаты исследования.** Показано, что включение виростатиков способствовало достижению более выраженного клинического эффекта, уменьшению числа рецидивов герпетической инфекции.

**Заключение.** Виростатическую терапию можно рекомендовать больным РА с рецидивирующей герпесвирусной инфекцией.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, герпесвирусы, Панавир®, Ацикловир.

**Контакты:** Ольга Николаевна Егорова onegorova@yandex.ru

### EFFICACY OF PANAVIR® AND ACYCLOVIR IN THE COMPLEX THERAPY OF HERPETIC INFECTION-COMPLICATED RHEUMATOID ARTHRITIS

O.N. Egorova, R.M. Balabanova, N.E. Lopatina, A.K. Kaptaeva, T.P. Fedina, E.G. Sazhina, E.L. Nasonov, G.N. Chuvirov\*  
Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, \*MedBioSpectr Research Diagnostic Center, Moscow

**Objective:** to evaluate the efficiency of antiviral therapy in patients with herpetic infection-complicated rheumatoid arthritis (RA) who receive the basic therapy.

**Subjects and methods.** One hundred and thirty patients with recurrent herpesvirus infection were enrolled in the prospective comparative study. The patients were divided into 3 groups: 1) in addition to the basic therapy, the patients received Panavir®; 2) those who took Acyclovir; and 3) those who had the basic therapy alone. In 90 of the 130 examinees, high titers of antiviral IgG antibodies to cytomegalovirus and Epstein—Barr virus were found in 60 and 48,8%, respectively. The interferon-deficiency syndrome was diagnosed in 72 (80,0%) patients.

**Results.** Virostatic therapy may be recommended for patients with RA concurrent with recurrent herpesvirus infection.

**Key words:** rheumatoid arthritis, herpesviruses, Panavir®, acyclovir.