

# Методжект

метотрексат в предварительно заполненных шприцах

*Незаменим как вода*

**metoject**  
Methotrexate Syringe

Сочетает все преимущества парентерального введения метотрексата:

- достоверно более высокая эффективность<sup>1</sup>,
- более быстрый ответ на терапию<sup>1</sup>,
- стабильная высокая биодоступность<sup>2</sup>,
- снижение частоты и выраженности гастроинтестинальных побочных эффектов<sup>3,4</sup>

Высокое качество немецкого препарата  
Входит в список ЖНВЛС

Улучшая золотой стандарт

**TIRUPHARM**

**medac**  
autoimmune

Эксклюзивный представитель medac GmbH (Germany) в России

121087, г. Москва, ул. Барклая,  
д. 6, стр. 5, офис 417  
Тел./факс: +7 (495) 258-68-94  
+7 (495) 491-28-02  
[www.tirupharm.ru](http://www.tirupharm.ru)  
[www.metoject.ru](http://www.metoject.ru)  
[info@tirupharm.ru](mailto:info@tirupharm.ru)

**Список литературы:**

1. Braun J., Kaestner P., Flaxenberg P. et al. Comparison of the clinical efficacy and safety of subcutaneous versus oral administration of methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2008; 50, 73-81. 2. Balis FM, Mirro J Jr, Reaman GH, Evans WE, McCully C, Doherty KM, Murphy RF, Jeffries S, Poplack DG. Pharmacokinetics of subcutaneous methotrexate. *J Clin Oncol.* 1988 Dec; 6(12):1882-6. 3. Lambert CM, Sandhu S, Lochhead A, Hurst NP, McRorie E, Dhillon V. Dose escalation of parenteral methotrexate in active rheumatoid arthritis that has been unresponsive to conventional doses of methotrexate: a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2004 Feb; 50(2):364-71. 4. Lidia Rutkowska-Sak, Maria Rel-Bakalarska, Barbara Lisowska. Oral vs. subcutaneous low-dose methotrexate treatment in reducing gastrointestinal side effects. *Reum at ol og ia* 2009; 47, 4: 207-211



Союз  
педиатров  
России

ISSN 1682-5527

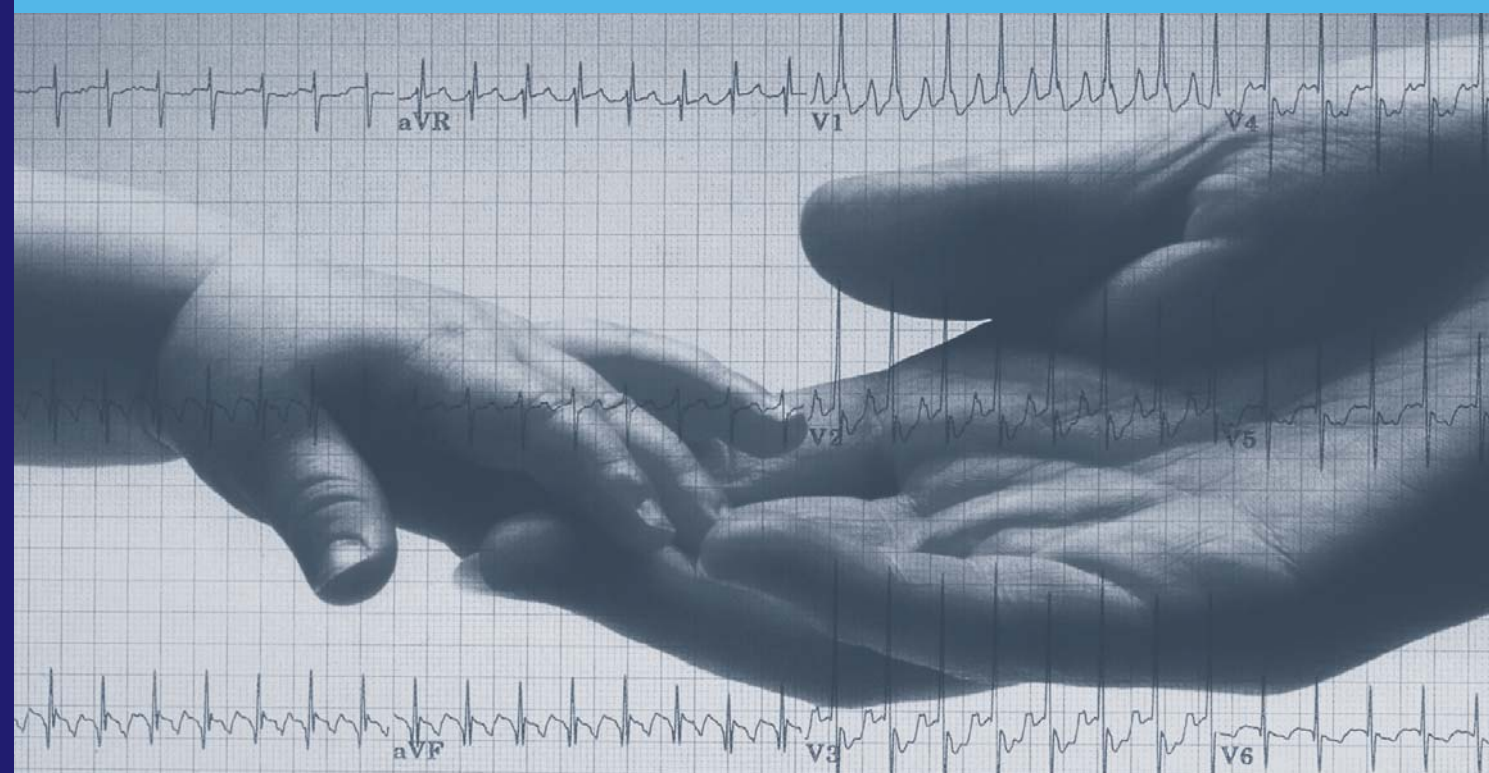
Научно-практический журнал Союза педиатров России

## Вопросы современной педиатрии

2011 / том 10 / № 6

К.Б. Исаева, Е.И. Алексеева, Р.В. Денисова, Т.М. Бзарова, Т.В. Слепцова

**Опыт применения метотрексата у больного пауциартикулярным вариантом юношеского артрита (репринт)**



On-Line версия журнала

[www.pediatr-russia.ru](http://www.pediatr-russia.ru) [www.spr-journal.ru](http://www.spr-journal.ru)

К.Б. Исаева<sup>1</sup>, Е.И. Алексеева<sup>1, 2</sup>, Р.В. Денисова<sup>1</sup>, Т.М. Бзарова<sup>1</sup>, Т.В. Слепцова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научный центр здоровья детей РАМН, Москва  
<sup>2</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

# Опыт применения метотрексата у больного пауциартикулярным вариантом юношеского артрита

Контактная информация:

Алексеева Екатерина Иосифовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая ревматологическим отделением Научного центра здоровья детей РАМН, декан педиатрического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова  
Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62, тел.: (499) 134-02-97  
Статья поступила: 19.10.2011 г., принята к печати: 15.11.2011 г.

В статье представлен случай раннего дебюта пауциартикулярного юношеского артрита с быстрым развитием контрактуры и деструктивных изменений в суставе. Описано успешное применение иммуносупрессивной терапии метотрексатом для внутримышечного введения в дозе 15 мг/м<sup>2</sup> поверхности тела в нед. Через 3 мес от начала терапии у ребенка купировались островоспалительные изменения в суставе, артралгии, утренняя скованность, снизились лабораторные показатели активности болезни, через 6 мес полностью восстановился объем движений и купировалась контрактура в коленном суставе. Была зарегистрирована фаза неактивной болезни, а в последующем ремиссия, которая сохраняется в течение 12 мес.  
**Ключевые слова:** дети, юношеский артрит, метотрексат.

Юношеский артрит — одна из наиболее частых инвалидирующих ревматических болезней у детей. Основным ее клиническим проявлением является артрит. Патологические изменения в суставе характеризуются болью, припухлостью, деформациями и ограничением движений, повышением температуры кожи над суставом. У детей наиболее часто поражаются крупные и средние суставы, в частности коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые, тазобедренные, реже — мелкие суставы кисти. Пролиферативно-экссудативные изменения в суставах быстро приводят к развитию стойких деформаций и контрактур, амиотрофии, гипотрофии. Юношеский артрит, как пра-

вило, имеет прогрессирующее течение и приводит к ранней инвалидизации и снижению качества жизни пациентов. Юношеский артрит — это болезнь с неблагоприятным прогнозом у большинства больных. Так, у 40% пациентов с пауциартиритом с ранним началом формируется деструктивный симметричный полиартрит. Вместе с тем ранняя диагностика и своевременное начало адекватной иммуносупрессивной терапии — еще до появления деструктивных изменений в суставах и инвалидизации пациента могут этот прогноз изменить. Мы хотим представить историю болезни мальчика с пауциартикулярным вариантом юношеского артрита и продемонстрировать

в дозе 15 мг/м<sup>2</sup>/нед. Мальчик находится в состоянии клинико-лабораторной ремиссии. Побочных эффектов терапии не отмечено. Анализ представленного клинического случая демонстрирует высокую эффективность и безопасность метотрексата у больного с юношеским артритом. Терапия метотрексатом в дозе 15 мг/м<sup>2</sup>/нед для подкожного введения позволила не только купировать воспалительные

изменения в суставе, но и восстановить функциональную активность пациента и предотвратить прогрессирование костно-хрящевой деструкции. Представленный клинический случай еще раз подтверждает, что назначение метотрексата в адекватной дозе на ранних стадиях болезни индуцирует ремиссию и предотвращает инвалидизацию детей, страдающих юношеским артритом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е.Л. Насонова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — С. 25–71, 120–140.  
2. Fleischmann R. Safety and efficacy of disease-modifying antirheumatic agents in rheumatoid arthritis and juvenile rheumatoid arthritis // Expert Opin. Drug. Saf. — 2003; 2 (4): 347–365.  
3. Алексеева Е.И., Шахбазян И.Е. Принципы патогенетической терапии тяжелых системных вариантов ювенильного ревматоидного артрита // Аутоиммунные болезни. — 2002; 5: 127.  
4. Hashkes P.J., Laxer R.M. Medical treatment of juvenile idiopathic arthritis // JAMA. — 2005; 294 (13): 1671–1684.  
5. Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней. — М.: М-Сити, 1996. — 345 с.  
6. Alarcon G.S. Methotrexate: Its use for the treatment of rheumatoid arthritis and other rheumatic disorders. In Arthritis and Allied Conditions. A Text book of rheumatology, 13th Edition / ed. W.J. Koopman. — Baltimore, Philadelphia, London: Williams & Wilkins, 1997; 1: 679–98.  
7. Cronstein B.N. The mechanism of action of methotrexate // Rheum. Dis. Clin. North. Amer. — 1997; 23: 739–755.  
8. Furst D.E. The rational use of methotrexate in rheumatoid arthritis // Br. J. Rheumatol. — 1997; 36: 1196–1204.  
9. Bologna C., Viu P., Picot M.C. et al. Long-term follow-up of 453 rheumatoid arthritis patients treated with methotrexate: an open, retrospective, observational study // Brit. J. Rheumatol. — 1997, 36: 535–540.  
10. Scott D.L., Symmons D.P., Coulton B.L., Popert A.J. Long-term outcome of treating rheumatoid arthritis: results after 20 years // Lancet. — 1987; 1: 1108–1111.  
11. Tambic-Bukovac L., Malcic I., Prohic A. Personal experience with methotrexate in the treatment of idiopathic juvenile arthritis // Rheumatism. — 2002; 49 (1): 20–24.  
12. Cassidy J.T. Outcomes research in the therapeutic use of methotrexate in children with chronic peripheral arthritis // J. Pediatr. — 1998; 133: 179–180.

13. Ramanan A.V., Whitworth P., Baildam E.M. Use of methotrexate in juvenile idiopathic arthritis // Arch. Dis. Child. — 2003; 88: 197–200.  
14. Yokota S. Classification and treatment strategy for juvenile idiopathic arthritis // Therapy. — 1999; 81: 766–772.  
15. Giannini E.H., Brewer E.J., Kuzmina N. et al. Methotrexate in resistant juvenile rheumatoid arthritis. Results of the USA-USSR double-blind, placebo-controlled trial. The Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group and The Cooperative Children’s Study Group // N. Engl. J. Med. — 1992; 326: 1043–1049.  
16. Woo P., Southwood T.R., Prieur A.M. et al. Randomized, placebo-controlled, crossover trial of low-dose oral methotrexate in children with extended oligoarticular or systemic arthritis // Arthr. Rheum. — 2000; 43 (8): 1849–1857.  
17. Silverman E., Mouy R., Spiegel L. et al. Leflunomide or methotrexate for juvenile rheumatoid arthritis // N. Engl. J. Med. — 2005; 352: 1655–1666.  
18. Ruperto N., Murray K.J., Gerloni V. et al. A randomized trial of parenteral methotrexate comparing an intermediate dose with a higher dose in children with juvenile idiopathic arthritis who failed to respond to standard doses of methotrexate // Arthritis Rheum. — 2004; 50: 2191–2201.  
19. Tukova J., Chladek J., Nemcova D. et al. Methotrexate bioavailability after oral and subcutaneous dministration in children with juvenile idiopathic arthritis // Clin. Exp. Rheumatol. — 2009; 27 (6): 1047–1053.  
20. Alsufyani K., Ortiz-Alvarez O., Cabral D.A. et al. The role of subcutaneous administration of methotrexate in children with juvenile idiopathic arthritis who have failed oral methotrexate // J. Rheumatol. — 2004; 31 (1): 179–182.  
21. Kutukculer N., Caglayan S., Aydogdu F. Study of pro-inflammatory (TNF-alpha, IL-1-alpha, IL-6) and T-cell derived (IL-2, IL-4) cytokines in plasma and synovial fluid of patients with juvenile chronic arthritis: Correlations with clinical and laboratory parameters // Clin. Rheumatol. — 1998; 17: 288–292.

К.В. Isaeva<sup>1</sup>, Е.И. Alexeeva<sup>1, 2</sup>, Р.В. Denisova<sup>1</sup>, Т.М. Bzarova<sup>1</sup>, Т.В. Sleptsova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Scientific Center of Children’s Health RAMS, Moscow  
<sup>2</sup> Sechenov First Moscow State Medical University

## A clinical experience of methotrexate use in treatment of patient with juvenile oligoarthritis

This article presents clinical case of early manifestation of juvenile oligoarthritis with rapid contracture and destructive joint changes formation. Methotrexate was administered IM 15 mg/m<sup>2</sup> once a week. After 3 months of treatment — acute inflammatory changes in the joint were relieved as well as arthralgias, morning stiffness and there was a decrease in laboratory markers of the disease. After 6 months full motion range of the joint was achieved and contracture relieved. Remission is maintained for the last 12 months.  
**Key words:** children, juvenile arthritis, methotrexate.