

етапах формування подагричної нефропатії дозволяє відновити функціональний стан нирок та відстрочити розвиток інтерстиціального нефриту.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування пацієнтів із подагрою в поєднанні з метаболічним синдромом та профілактики ниркової недостатності у них шляхом призначення комплексного етіопатогенетичного лікування з застосуванням фітопрепарату Уронефрон та біофлавоноїду Квертин.

Дослідження проводилось серед 40 чоловіків хворих на подагру і метаболічний синдром, яких було розділено на 2 групи по 20 пацієнтів. Контрольна група отримувала стандартну медикаментозну антигіперурикемічну, протизапальну, гіполіпідемічну терапію. Основна група окрім стандартної терапії отримувала фітопрепарат Уронефрон,

по 30 крапель 3 рази на добу та біофлавоноїд Квертин 40 мг по 1 табл., 2 рази на добу, протягом 6 тижнів, з повторенням курсу через 2 — 3 місяці, протягом року.

В подальшому відслідковували результати лікування впродовж 1 — 1,5 років. Порівняно з контрольною групою застосування запропонованої схеми в основній групі дозволило нормалізувати рівень сечової кислоти, сприяло позитивній динаміці показників видільної функції нирок, зменшило кількість нападів подагричного артриту. Протягом терміну спостереження відзначається відсутність побічних реакцій і добра переносимість препаратів.

Отже, комбінація стандартної терапії з фітопрепаратом Уронефрон та Квертин є ефективною схемою медикаментозного відновлюваного лікування хворих на подагру з метаболічним синдромом.

УДК 616.72-002:615.837.3

### **Использование ММВ-терапии в комплексном восстановительном лечении больных реактивными артритами хламидийной этиологии**

Е. А. ЯКИМЕНКО, Л. В. ЗАКАТОВА, Н. Н. АНТИПОВА, В. В. ТБИЛЕЛИ,  
А. А. СЕРЕБРЯКОВА, Н. С. ТИХОНЧУК

*Одесский национальный медицинский университет*

Обследовано 60 больных реактивными артритами (РеА) хламидийной этиологии. Для оценки состояния опорно-двигательного аппарата изучали клинические суставные показатели. У всех больных изучали состояние иммунного гомеостаза (показатели клеточного и гуморального иммунитета). Все исследования проводили до начала и после завершения курса лечения.

Пациенты I группы (n = 30) получали лечебный комплекс, включавший антибактериальную (доксидиклин 200 мг в сутки, на протяжении 4 недель, в сочетании с нистатином, 2 млн. ЕД/сутки), противовоспалительную (диклофенак натрия, 150 мг/сутки), иммуностимулирующую (тимоген внутримышечно ежедневно №10) терапию. Пациентам II группы (n = 30) наряду с фармакотерапией

ей назначали ММВ-терапию на область тимуса. Для ММВ-терапии использовали аппарат «Явь-1-2М» длиной волны 7,1 мм, плотностью потока мощности 10мВт/см<sup>2</sup>. Продолжительность одной процедуры — 20 минут, количество процедур на курс — 10.

Анализ клинико-лабораторных показателей продемонстрировал, что ММВ-терапия на область тимуса оказывает иммунокорректирующий эффект, равноценный действию препаратов тимуса.

Таким образом, фармако-физиотерапевтический комплекс, включающий ММВ-терапию на область тимуса, может быть рекомендован к использованию у больных РеА с целью предупреждения хронизации заболевания.

УДК 616.72-002.771: 616-08-039.11

### **Использование препарата Хомвио-ревман в комплексной терапии раннего ревматоидного артрита**

Е. А. ЯКИМЕНКО, О. Е. КРАЧУК, В. В. КЛОЧКО, В. В. ДЕЦЬ

*Одесский национальный медицинский университет*

Ревматоидный артрит (РА) является весьма распространенным ревматическим заболеванием, рано приводящим к

индивидуализации, за счет повреждения суставных поверхностей с формированием подвывихов и анкилозов.

Перспективи улучшения прогноза при РА напрямую связаны с началом адекватной терапии на раннем деструктивном этапе заболевания (не позднее, чем через 3 месяца после начала заболевания). В этот период успешная постановка диагноза базируется на данных лабораторных исследований (АССР, РФ), инструментальных данных (МРТ, УЗИ суставов) и ряде характеристик жалоб больных (болезненность суставов, скованность, тугоподвижность и т.д.). В этот период заболевания, как можно раньше следует назначить базисную терапию, а также препараты противовоспалительного действия (НПВП, глюкокортикостероиды — ГКС). Однако назначение НПВП и ГКС на длительный срок оказывает негативное воздействие на слизистую желудочно-кишечного тракта и функции печени и почек. Доказано, что низкие дозы колхицина обладают противовоспалительным действием, нормализуют обмен пуринов и не являются токсичными для организма пациента.

Целью работы является определение эффективности применения низких доз колхицина при ранних проявлениях РА. Группы наблюдения представлены 20 пациентами с ранними проявлениями РА. Из них лица до 55 лет составили 76 % и лица после 55 лет — 22 %. Всем больным был проведен опрос с выявлением характерных жалоб. Проведены следующие лабораторные исследования (общий клинический анализ крови, СРБ, РФ, АССР), УЗИ или МРТ исследования суставов. У всех обследованных больных первично были выяснены жалобы на боль в суставах (оценка боли по аналоговой шкале ВАШ), скованность суставов. На МРТ и КТ определены экссудативные проявления без деструкции костной ткани. Больные были распределены на 2 группы по 10 человек. Первой группе проводилась базисная терапия метотрексатом

(10 мг/нед.), НПВП (мелоксикам 15 мг/сут), срок наблюдения 3 месяца. Второй группе наряду с базисной терапией метотрексатом в дозе 10 мг/нед., был назначен препарат хомвио-ревман (компания Homvioga), содержащий низкие дозы колхицина, 10 капель, 3 раза в день, на срок до 3 мес. При оценке результатов, согласно опросу по аналоговой шкале боли ВАШ у больных в I группе отмечался более быстрый, но нестойкий обезболивающий эффект, который проявлялся после 2-х недельного курса лечения становился менее выраженным и у половины пациентов возникла необходимость в дополнительном приеме парацетамола с целью снижения болевого синдрома. Во II группе стойкий обезболивающий эффект возникал позже (к концу II недели), но со временем его выраженность не исчезла, а усиливалась. При контроле лабораторных данных достоверное снижение острофазовых показателей (СРБ, СОЭ, РФ) было аналогично в I и II группах к концу I месяца лечения. При проведении доплеровского ультразвукового исследования суставов у больных I и II групп наблюдения было выявлено снижение экссудативных проявлений (синовита и тендовагинита). Однако у 3-х из 10 больных I группы к концу 3 мес. наблюдения было определено наличие паннуса (утолщение синовиальной оболочки до 3 — 4 мм с усиленной васкуляризацией), что подтверждает прогрессирование процесса, в то время как у больных II группы таких явлений не наблюдалось.

Таким образом, низкие дозы колхицина оригинально в виде препарата хомвио-ревма при длительном приеме в комплексе с базисным препаратом (метотрексат) у больных с РА на ранних стадиях являются эффективным противовоспалительным средством, предотвращающим структурно-функциональные изменения синовиальной оболочки.

УДК 616-036.88

## Роль взаємодії факторів ризику у формуванні імовірності летального наслідку серцево-судинних захворювань

О. О. ЯКИМЕНКО, Д. А. ОЛІЙНИК, А. І. ОЛІЙНИК

*Одеський національний медичний університет*

У клінічній практиці відзначається значне погіршення прогнозу при поєднанні факторів кардіо-васкулярного ризику. Це може бути пояснено явищами підсумовування або потенціювання їх негативного впливу.

Мета проведеного дослідження полягала у побудові математичної моделі кількісної оцінки сили безпосереднього впливу двох модифікуючих факторів ризику (ФР) і їх взаємодії на величину ймовірності розвитку фатальних серцево-судинних подій протягом десятирічного періоду. Факторами кардіо-васкулярного ризику були величини систолічного артеріального тиску (САТ) і зміст загального холестерину (ХС).

Побудова регресійних моделей здійснювалася шляхом обробки масиву інформації, наведеної в таблицях SCORE.

Методика побудови моделей базувалася на основних положеннях теорії статистично планованого експерименту. Прийнятий вид моделі, що відбиває вплив двох модифікованих факторів на величину ризику розвитку серцево-судинних захворювань (Рссз), представлений рівнянням:

$$P_{\text{ссз}} = b_0 + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_{12} x_1 x_2 + b_{11} x_{12} + b_{22} x_{22}, \quad (1)$$

де  $x_1$  і  $x_2$  — безрозмірні кодовані значення величин САТ і ХС відповідно.