

щей сонной артерии. Гиперкапническая проба характеризует реактивность мозговых сосудов и функциональный резерв мозговой гемодинамики. Компрессионная проба направлена на тестирование эффективности коллатерального мозгового кровообращения. Психологическое тестирование проводилось с помощью опросника Спилбергера. Больные также отмечали интенсивность головной боли во время приступа по 10-бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Исследование проводилось в межприступном периоде.

Результаты. Средняя линейная скорость кровотока у больных с мигренью в межприступном периоде была увеличена в передней мозговой артерии на стороне гемикрании и составила $(60,3 \pm 9,2)$ см/с ($p < 0,05$). Диастолическая ЛСК у больных мигренью также была увеличена в обеих общих сонных артериях до $20\text{--}22$ см/с ($p < 0,01$). У пациентов с мигренью выявлено снижение резистивного индекса в обеих сонных артериях до $0,63 \pm 0,04$ ($p < 0,001$), обеих наружных сонных артериях — до $0,69 \pm 0,04$ ($p < 0,05$) и обеих внутренних сонных артериях — до $0,44 \pm 0,05$ ($p < 0,05$). Кроме того, определено достоверное увеличение асимметрии ЛСК по средним мозговым артериям ($p < 0,05$), задним мозговым артериям ($p < 0,05$) и передним мозговым артериям ($p < 0,05$), где асимметрия ЛСК была наиболее выраженной и составляла $(26,3 \pm 7,8)$ см/с. Также имело место нарушение венозного оттока из полости черепа по вене Розенталя у 52 % пациентов.

Выявлена зависимость эмоционально-личностных и гемодинамических изменений у больных мигренью от стороны развития болевых приступов. Группа больных мигренью преимущественно с правосторонней гемикранией характеризовалась несколько более высоким уровнем реактивной — тревожности ($56,72 \pm 1,37$) балла по сравнению с больными с приступами левосторонней гемикрании — ($44,38 \pm 1,64$) балла. Больные правосторонней мигренью отмечали и достоверно более высокую интенсивность головной боли по ВАШ (67,2 %).

Выводы. Таким образом, мозговая гемодинамика у больных мигренью, поступающих на санаторно-курортное лечение, в межприступный период характеризуется снижением базального тонуса церебральных артерий, на что указывает снижение индекса резистентности в общих, наружных и внутренних сонных артериях и повышение диастолической ЛСК в общих сонных артериях. У пациентов с мигренью определяется отчетливая асимметрия ЛСК по артериям основания мозга, причем наиболее выраженная по передним мозговым артериям за счет увеличения ЛСК на стороне гемикрании, что, на наш взгляд, может служить одним из доплерографических критериев миг-

рени. Косвенные признаки венозной церебральной дисциркуляции выявляются больше чем у половины пациентов, что позволяет предположить, что венозный стаз может быть одним из проявлений церебральной ангиодистонии при мигрени в межприступный период. Принимая во внимание данные параклинических методов исследования, необходимо прибегнуть к таким санаторно-курортным реабилитационным программам, которые могут повлиять на механизмы церебрального кровотока, претерпевающие наибольшие изменения.

ЭФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

М. В. Гриценко, К. О. Савченко

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Останніми десятиліттями спостерігається збільшення захворюваності на подагру як у світі, так і, зокрема, в Україні. Таку ситуацію пов'язують як зі збільшенням вживання багатих на пурини продуктів, алкоголю, так і з покращанням рівня діагностики.

Одним з найбільш частих вісцеральних проявів подагри є нефропатія, яка виявляється у 60–70 % хворих. У подальшому вона призводить до розвитку ниркової недостатності, що найбільш несприятлива в прогностичному відношенні, є основною причиною смерті хворих. Підвищений рівень сечової кислоти призводить до ураження ендотелію та запалення, порушення клубочкової гемодинаміки. Також гіперурикемія інгібує систему оксиду азоту та підвищує рівень ендотеліну-1, що спричиняє розвиток вазоконстрикції, поглиблює ішемію.

З огляду на вищесказане, набуває актуальності пошук способів оптимізації лікування хворих на подагру із впливом на патологічні процеси, що розвиваються у нирковому апараті, із застосуванням препаратів з антиоксидантними властивостями. Як такий препарат нами був застосований біофлавоноїд Квертин, що має нефропротекторну дію, яка проявляється у протидії ішемії та гіпоксії, нормалізації концентраційної функції нирок, сприяє підтримці швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), виявляє ендотеліопротекторні, антиоксидантні та мембранопротекторні властивості, протизапальну активність, протидіє гломерулосклерозу, характеризується антипротеїнуричною дією.

Метою нашого дослідження було підвищення ефективності лікування хворих на подагру шляхом включення до схеми лікування препарату з антиоксидантною дією.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі ревматологічного відділення



Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ. Обстежено 63 пацієнтів з діагнозом «первинна подагра», що встановлений згідно з критеріями S. L. Wallace (2001). У дослідженні взяли участь тільки чоловіки. Середній вік становив $(55,90 \pm 3,35)$ року (від 29 до 71 року). Тривалість захворювання на момент обстеження варіювала від 1,7 до 32 років (у середньому — $(10,03 \pm 3,70)$ року).

Стан функції нирок оцінювали за клінічними та лабораторними даними (визначення рівня сечової кислоти, креатиніну сироватки крові, розрахунок ШКФ, оцінка протеїнурії, відносної щільності сечі). Для визначення хронічної хвороби нирок (ХХН) використовували класифікацію K/DOQI (2006). Хворі з ознаками ХХН 4–5-ї стадії (3 пацієнти) у дослідження не включалися.

Усі пацієнти були розподілені на дві однорідні групи залежно від віку, тривалості захворювання, ознак ХХН: хворі I групи ($n=30$) отримували стандартну гіпоурикемічну терапію — Алопуринол, НПЗП та Квертин (по 1 табл. 3 рази на добу протягом 3 міс. з повтором через 4 міс.); хворі II групи ($n=30$), групи контролю, отримували тільки Алопуринол та НПЗП. Усі розрахунки здійснювали на персональному комп'ютері з використанням пакета статистичних програм «Статистика». Вираховували середню величину та її стандартну похибку (середнього, $M \pm m$). Оцінку достовірності проводили за допомогою критерію Манна — Уїтні за показником p . Різницю показників у групах вважали достовірною при значенні $p < 0,05$.

Результати. Збережену функцію нирок при подагрі було виявлено у 20 (33,3 %) хворих зі ХХН, із незначним зниженням ШКФ (60–89 мл/хв) — у 22 (36,7 %), ХХН з помірним зниженням ШКФ (< 60 мл/хв) — у 15 (25 %), 4–5-ту стадію ХХН — у 3 (5 %) пацієнтів. У 24 із 60 хворих коливання білка в разовій порції сечі було в межах 0,033–0,264 ‰. При добовому моніторингу протеїнурія становила 0,5–1,0 г/л, а у 7 хворих вона була більше 1,0 г/л і мала постійний характер. Динамічне спостереження (через 3, 6 та 12 міс.) за основними клініко-лабораторними параметрами свідчило, що пацієнти, які отримували в комплексній терапії Квертин, мали кращі результати лікування, ніж хворі з групи контролю, які отримували стандартне лікування. Під впливом лікування з додаванням антиоксиданта знижувалися показники мікроальбумінурії, також значуще зменшувався рівень сироватки крові і збільшувалося її виведення із сечею. Зниження ШКФ протягом року становило: в основній групі з $(71,4 \pm 18,7)$ мл/хв/1,73 м² до $(70,5 \pm 19,7)$ мл/хв/1,73 м² ($p < 0,05$); у групі порівняння — з $(73,7 \pm 16,1)$ мл/хв/1,73 м² до $(69,6 \pm 16,6)$ мл/хв/1,73 м² ($p < 0,05$). Різниця між значеннями показників ШКФ у досліджуваних

групах через один рік була недостовірною, але в основній групі зниження становило 0,9 (0,2 : 2,4) мл/хв/1,73 м² за рік, а в групі порівняння — 4,1 (3,1 : 4,4) мл/хв/1,73 м² за рік ($p < 0,05$). Отже, у групі порівняння прогресування було набагато швидшим (за показником зниження ШКФ за рік).

Висновки. Хворі на подагру потребують додаткової нефропротекторної терапії з огляду на частоту ураження ниркового апарату. Включення до стандартної терапії біофлавоноїду Квертину позитивно впливає на функцію нирок і більш раннє його застосування запобігатиме прогресуванню ХХН.

СУЧАСНІ ВИМОГИ ЗАКОНОДАВСТВА ЩОДО ЗДІЙСНЕННЯ ФАРМАКОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ В УКРАЇНІ

В. В. Годован, В. Й. Кресюн,
К. Ф. Шемонаєва

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Сучасна медицина досягла значних успіхів у профілактиці та лікуванні багатьох захворювань. Проте за останні півстоліття кількість ускладнень від ліків різко зросла. За даними статистики, у світі смертність від побічних реакцій лікарських засобів (ПР ЛЗ) посідає 5-те місце після серцево-судинних хвороб, онкопатології, захворювань легень і травм. У деяких країнах більше 10 % госпіталізацій пов'язані з несприятливими ефектами ліків, а витрати через них досягають 20 % бюджету охорони здоров'я.

Сьогодні безпека ліків є однією з основних складових фармакотерапії. У світі одним із шляхів розв'язання цієї проблеми є впровадження та розвиток системи фармакологічного нагляду, тобто державної системи моніторингу безпеки й ефективності лікарських засобів, вакцин, туберкуліну, і визначення будь-яких змін співвідношення користь/ризик застосування. Фармаконагляд — процес виявлення, збору, оцінки, вивчення та запобігання виникненню побічних реакцій на ліки, вакцини, туберкулін, проводиться для прийняття певних регуляторних заходів з боку держави, заявника ліків (зняття з виробництва, внесення змін до інструкції та ін.). Таким чином, безпека й ефективність застосування ліків залежать від потужності національних систем організації охорони здоров'я, які контролюють не тільки розробку та якість ліків, а й повідомляють про небезпечні наслідки і надають достовірну інформацію для їх безпечного використання. Ретельна оцінка ризи-

